Trente-troisième année. N° 1 Dimanche 1er JANVIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

91496

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

AVIS

Renouvellement des Abonnements.

L'échéance du 1er janvier étant une des plus chargées de l'année, *nous prions instamment* nos adhérents, dont l'abonnement expire à cette date, de vouloir bien nous en adresser le renouvellement en un mandat ou chèque à l'ordre de M. C. Boulanger, administrateur du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris.

On peut se réabonner sans aucun frais dans tous les bureaux de poste.

***

Changements d'adresses.

A chaque changement d'adresse, nos lecteurs sont priés de nous adresser 0 fr. 60 en timbres ou mandat pour frais de réimpression de leur bande.

***

Agenda-Memento du Praticien.

En réponse aux nombreuses *demandes* qui nous parviennent, nous informons nos lecteurs que *seuls* ont droit au service de l'*Agenda-Memento du Praticien* : les abonnés des deux premières catégories indiquées sur la manchette du journal c'est-à-dire :

France...... **10 fr.** *Etranger*...... **12 fr.**

Les étudiants abonnés en échange de thèse doivent, pour recevoir notre prime, souscrire dès maintenant un abonnement normal à *dix francs*.

PROPOS DU JOUR

Nos Souhaits pour 1911

« Bon jour et bon an, en attendant quelque bonne nouvelle que tout le monde désire », écrivait Gui Patin à son confrère, A. Falconnet, médecin à Lyon le 1er janvier 1665.

« Le bourgeois, ajoutait-il, est ici mal con-« tent des rentes supprimées ; tout le monde se « retranche fort ; il n'y a que les vendeurs « de bijoux et de galants qui gagnent, avec « quelques cabaretiers. Les charlatans même « ne font plus fortune. »

Deux siècles et demi se sont écoulés, mais la lettre de Gui Patin reste une actualité. En adressant, nous aussi, nos meilleurs souhaits à nos lecteurs, nous n'oserions dire trop haut que nous attendons quelque bonne nouvelle que tout le monde désire. Puisse-t-elle être celle de la révision équitable du tarif Dubief, si longtemps attendue et toujours systématiquement ajournée !

Si en 1911, comme en 1665, seuls les vendeurs de bijoux et quelques cabaretiers gagnent, est-ce que par hasard aussi les charlatans même ne sauraient plus désormais faire fortune ? Ce

souhait de nous tous serait-il en voie de se réaliser ?

Pour la première fois, croyons-nous, les magistrats ont traité avec quelque sévérité « une de ces vastes entreprises d'escroqueries mondiales », pour nous servir de la qualification donnée par la dixième chambre correctionnelle du tribunal de la Seine à l'Institut Mann. Cet établissement singulier traitait par correspondance et guérissait ainsi tout le monde à distance ; mais le tenancier a été néanmoins condamné à la fois pour *escroquerie* et exercice illégal de la médecine à six mois de prison et trois mille francs d'amende.

Bénéficiant de l'indulgence du tribunal, un pauvre diable d'officier de santé, qualifié par les juges d' « officier subalterne, assimilable à « un dactylographe, figurant qu'on exhibe au « commissaire de police pour masquer l'exercice « illégal de la médecine », s'en est tiré comme complice avec cinq cents francs d'amende.

Ce succès est un précieux cadeau de nouvel an pour le dévoué Directeur de l'Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, notre excellent confrère, Ch. Levassort. Dieu sait le nombre de menaces, d'insinuations perfides et d'injures calomnieuses par lettres anonymes que valurent, à lui et à moi, les lenteurs de la procédure de cette affaire Mann.

Aussi, puisqu'à notre satisfaction, elle est heureusement terminée, souhaitons que certains confrères mettent désormais autant d'énergie à se défendre eux-mêmes qu'à attaquer et à suspecter ceux qui ont accepté l'ingrate besogne de prendre en mains leurs intérêts. Souhaitons à quelques autres, heureusement très rares, mais toujours très persévérants, de se débarrasser de la déplorable habitude de la lettre anonyme.

Souhaitons qu'après une année de dissentiments et d'agitation stérile, l'entente et la concorde viennent donner à la masse des praticiens la cohésion indispensable au triomphe de leur cause.

Souhaitons que nous puissions continuer à citer la lettre de Gui Patin et dire à notre tour, en 1911, comme elle disait en 1665, à grand renfort de citations bibliques, comme c'était la mode alors :

« Les gens de bien vivent toujours bien... *Nunquam vidi justum derelictum, nec semen ejus quœrens panem.* »

Ce que nous traduirons librement : Nos œuvres de prévoyance et nos caisses de secours seront assez pourvues et assez bien organisées pour qu'aucun confrère malheureux ne soit abandonné, et qu'aucun de ses enfants ne soit dans l'obligation de tendre la main. Ainsi soit-il ! J. NOIR.

RHINOLOGIE PRATIQUE

Indications et Technique de l'ablation des Végétations adénoïdes ;

Par le Dr M. PATEL,
Agrégé à la faculté de Lyon.

L'ablation des végétations adénoïdes constitue une intervention de pratique courante, simple, à la portée de tout médecin, et suivie d'un résultat excellent, surprenant même, lorsqu'elle est exécutée correctement ; elle tend à se généraliser de plus en plus et avec raison.

Voyons successivement : 1° les indications de l'opération ; 2° la technique opératoire.

I. INDICATIONS DE L'OPÉRATION. — Vous reconnaîtrez facilement les enfants adénoïdiens, avec leur profil caractéristique, leur bouche constamment entr'ouverte, leur parole nasonnée et difficile, leur gêne respiratoire constante, mais surtout exagérée pendant la nuit ; c'est même souvent en raison de ronflements nocturnes et de réveils brusques que les parents se décident à demander un avis. Leur thorax est aplati ; leur massif facial, arrêté dans son développement ; des troubles de l'ouïe viennent souvent encore s'y ajouter. Votre diagnostic est en général fait d'après ces différents signes ; si vous hésitez, pratiquez le toucher naso-pharyngien ; vous percevrez alors une tuméfaction diffuse, ramollie, avec quelques saillies polypoïdes, qui ne sont autres que les amygdales naso-pharyngiennes hypertrophiées. Cette manœuvre n'est cependant pas à conseiller ; elle est douloureuse, rend l'enfant indocile, ce qui vous ménagerait des difficultés le jour de l'intervention.

Il est de votre devoir d'insister auprès de l'entourage sur les troubles graves et irréparables qui sont la conséquence de cette obstruction nasale chronique ; il est de votre devoir de conseiller fortement l'intervention, dans certaines conditions cependant.

a) *Il ne faut pas opérer* les enfants hémophiles, tuberculeux, cachectiques ou convalescents.

b) *Il faut différer l'opération* en cas de maladie infectieuse concomitante (bronchite, rougeole, diphtérie, etc.) ; de même, s'il y a une poussée d'adénoïdite aiguë ou d'otite aiguë, il est préférable de se contenter de pulvérisations antiseptiques et d'opérer à froid.

c) *Il faut opérer les grosses végétations* avec troubles mécaniques et infectieux ; les *petites végétations*, avec accidents infectieux chroniques du côté des oreilles ou du nez. La présence d'un écoulement purulent par le conduit auditif externe n'est pas une contre-indication, bien au contraire, pourrait-on dire, à condition que

la poussée ne soit pas aiguë et qu'il n'y ait pas de température.

La *question d'âge* est importante. Chez les nourrissons, le choc et l'hémorragie sont mal supportés ; il ne faut intervenir qu'en cas de dyspnée nocturne ou encore d'impossibilité absolue de téter ; et encore ici, faut-il bien avoir soin de faire un diagnostic précis ; le toucher est indispensable ; on pourrait faire erreur avec l'abcès rétro-pharyngien ou les causes si diverses et si fréquentes d'obstruction nasale du nourrisson.

Au-dessus de deux ans, il n'y a pas d'âge de prédilection ; on prétendait que les adénoïdes, enlevées avant l'âge de sept ans, avaient de la tendance à revenir ; la chose est possible, mais la désobstruction des fosses nasales ne s'en impose pas moins.

II. Technique opératoire. — A. *Avant l'opération.* — Trois points doivent être envisagés : 1° la désinfection préventive ; 2° l'anesthésie ; 3° l'instrumentation

1° *Désinfection préventive.* — Pendant quelques jours, faites gargariser l'enfant avec une solution de résorcine (1/100). S'il est indocile, contentez-vous de pulvérisations d'eau boriquée ou de simples inhalations d'une solution alcoolique de menthol (1/20), versée dans l'eau bouillante.

2° *Anesthésie.* — La question d'anesthésie a divisé et divise encore nombre de spécialistes ; elle est cependant facile à résoudre ; l'opération est rapide et beaucoup d'enfants ne se plaignent pas. Vous ne devez y recourir que chez les sujets particulièrement indociles, ou si vous ne disposez pas d'un aide robuste, complément indispensable ; elle expose à des accidents (syncope, pénétration de végétations dans la trachée) ; mieux vaut s'en abstenir. En tous cas, elle ne doit être faite qu'avec le chlorure d'éthyle.

3° *Instrumentation.* — Préparez à vos côtés :

a) Un ouvre-bouche ;

b) Un abaisse-langue ;

c) De l'eau oxygénée, avec quelques petits tampons, tout préparés, montés sur de longues pinces courbes.

d) Le *couteau adénotome*. Le modèle de Schmidt est classique et suffisant ; rappelez-vous qu'il ne doit pas être tranchant, condition essentielle pour faire une opération non dangereuse. Le couteau plus récent de Gottstein, à manche déjeté, est d'une manœuvre plus facile et tient mieux en mains.

La pince de Chatellier convient chez le nourrisson pour éviter la chute des végétations dans la trachée ; elle doit être alors employée seule. Chez l'enfant au-dessus de deux ans, on l'a préconisée pour morceler les adénoïdes avant de les racler. Si vous opérez sans anesthésie, méfiez-vous des manœuvres doubles ; l'enfant accepte bien la première, mais vous refusera souvent la seconde.

B) *Opération.* — *a*) La *position de l'enfant* est capitale, et vous ne devez rien entreprendre avant qu'elle soit bien ce que vous désirez. Ce qu'il y a de mieux, c'est de l'envelopper d'un drap. Un premier aide, assis, le maintient entre ses genoux et retient les bras ; un second aide, debout, maintient la tête, sans la renverser en arrière.

Si vous avez décidé l'anesthésie, faites-la vous-même, l'enfant étant dans cette même position ; vous enlevez la compresse pour opérer aussitôt.

L'ouvre-bouche sera placé et maintenu par l'aide assis.

Ces manœuvres préliminaires seront, comme toujours, exécutées lentement, mais sûrement.

b) *Curettage.* — Tout est prêt ; il faut aller vite ; rappelez-vous la configuration du naso-pharynx, sorte de cube, à paroi inférieure, mobile ; il faut racler la voûte, la paroi postérieure et les deux parois latérales.

De la main gauche placez l'abaisse-langue, de la main droite, prenez la curette et faites-lui exécuter les manœuvres suivantes :

1° Gagnez la voûte du naso-pharynx ; pour cela, introduisez la curette horizontale ; faites-lui doubler le voile du palais (attention à la luette) ; basculez le manche en bas sans heurter le dôme pharyngien.

2° Raclez de haut en bas, sans lâcher la paroi ; la manœuvre doit être exécutée d'une façon soutenue, mais non brutale ; un coup ou deux suffisent, la masse médiane est tombée.

3° Sans sortir le couteau du cavum, et c'est pour ce temps que le couteau de Gottstein est commode, raclez les parois à droite et à gauche.

L'opération doit durer 30 secondes.

L'*hémorrhagie* est parfois assez forte et peut effrayer la première fois ; soyez sans crainte et n'interrompez jamais pour cela l'opération ; achevez-la complètement et nettoyez le naso-pharynx avec des tampons imbibés d'eau oxygénée ; tout s'arrête.

Il arrive aussi très fréquemment que les végétations raclées tombent dans le pharynx et sont dégluties ; ne vous attendez donc pas à recueillir la masse adénoïdienne et surtout ne promettez pas à l'entourage de lui montrer le corps du délit.

C. *Soins consécutifs.* — Les suites immédiates sont des plus simples ; il faut laisser l'enfant à la chambre pendant deux jours, plus longtemps en cas de froid humide. Il y a quelque douleur, surtout à la déglutition ; aussi faut-il donner une alimentation liquide

Pas de lavages du nez ; faites faire seulement quelques gargarismes froids, ou des pulvérisations d'huile mentholée.

Deux complications sont possibles :

1° *L'hémorrhagie*, rare du reste ; un tampon imbibé d'eau oxygénée ou d'une solution d'antipyrine suffit en général ; si elle persiste, vérifier le naso pharynx ; souvent un débris reste à l'intérieur ; son ablation tarit l'écoulement sanguin.

2° L'*infection*, qui se traduit par une angine aiguë, un engorgement des ganglions sous-maxillaires, avec hyperthermie : un lavage du nez suffit. Il est exceptionnel de voir survenir une otite moyenne, ou un abcès rétro-pharyngien.

Les *suites éloignées* sont favorables, le développement de la face et du thorax est rapide et spontané ; seules, la respiration buccale et la prononciation des mots demandent, de la part des parents, une sorte d'éducation nouvelle.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'aphronie

L'aphronie (de α privatif et φρονειν, avoir du jugement), dit M. le Dr E. Bérillon dans un article de la *Revue de Psychothérapie*, est un terme par lequel on peut désigner les troubles psychologiques liés à l'insuffisance du pouvoir de synthèse mentale.

Il n'est pas rare de rencontrer le syndrome aphronie chez des sujets bien doués au point de vue des autres fonctions mentales. Les pédagogues ont souvent l'occasion de constater que, chez les enfants, il n'y a pas de parallélisme dans le développement des facultés intellectuelles. Certains, peu avancés dans leurs études, font preuve, au contraire, d'une grande précocité dans l'apparition du jugement. D'autres, quoique doués d'une vive imagination et présentant de grandes facilités à s'instruire, demeurent légers, inconséquents, incapables de profiter des leçons de l'expérience.

Livrés à eux-mêmes, ces derniers accomplissent des actes irréfléchis, en opposition avec les règles élémentaires de la prudence et du bon sens. Ce sont ces derniers que, par opposition aux *arriérés de l'intelligence*, on peut désigner sous le nom *d'arriérés du jugement*.

Parmi les causes principales qui peuvent, soit retarder l'apparition du jugement, soit en arrêter le développement, il faut noter :

1° La dégénérescence héréditaire ;

2° Les arrêts dans l'évolution dépendant d'affections intercurrentes ;

3° Les tendances sentimentales de l'éducation moderne ;

4° Les influences déformantes du milieu familial ;

5° Le surmenage scolaire ;

6° Une tendance naturelle à l'éparpillement mental.

Les caractères de l'aphronie sont absolument distincts de ceux de l'aboulie. Les aphroniques n'éprouvent aucune difficulté à la mise en jeu de l'activité volontaire. C'est dans la sphère des opérations syllogistiques qu'ils sont atteints. Ils ne raisonnent bien que quand ils y sont aidés par la collaboration d'autrui. « Notre volonté, notre courage ne sont souvent que le reflet de la volonté et du courage d'un autre », dit excellemment Wiliam James. Cela est encore plus vrai du jugement.

Un aphronique peut présenter toutes les apparences d'un jugement normal et de l'aptitude à raisonner logiquement. A certains moments, il paraît apprécier sainement les conséquences de ses actes. Mais cela n'existe en réalité que quand il y est aidé. Dans le cours d'un entretien, d'un examen mental, d'un interrogatoire, on sera étonné de la valeur de ses réponses. Certains se demanderont avec étonnement comment ce jeune homme, qui raisonne d'une façon si juste, a pu être considéré comme dépourvu de jugement. Ils ne seront pas moins étonnés du désaccord qui existe entre les intentions exprimées, les promesses faites solennellement, avec l'accent de la sincérité la plus vive, et les actes accomplis. C'est que les réponses de l'aphronique n'émanent pas directement de lui. Elles ne sont que l'écho des idées de celui qui poursuit l'interrogation. Sans s'en rendre compte, l'interrogateur a guidé l'interrogé dans ses réponses, il l'incite à réfléchir, à se rendre compte de la valeur de ses actes. L'aphronique, lorsqu'il est sous la direction d'un guide sérieux, cesse momentanément d'être aphronique.

Au contraire, placé en contact avec d'autres individus dépourvus de discernement, l'aphronique ne fera plus preuve de la moindre réflexion. Il agira comme s'il était complètement privé de jugement.

Les procédés les plus efficaces pour le traitement des aphronies chez les jeunes sujets sont les suivants :

1° Placer l'enfant ou l'adolescent dans un milieu favorable au développement de l'esprit d'observation et de réflexion.

2° S'assurer du fonctionnement normal des sens, les appréciations fausses étant souvent le résultat de perceptions sensorielles erronées ou incomplètes.

3° Cultiver l'aptitude à raisonner juste par des exercices spéciaux, des épreuves pratiques, des leçons de choses, des enseignements tirés de l'expérience.

4° Réaliser l'entraînement au travail manuel dont l'exécution initie aux difficultés de la vie pratique.

5° Réaliser l'éducation du caractère par la discipline des réflexes psychiques.

6° Recourir à la psychothérapie graphique, moyen de culture de l'attention et de l'application.

7° L'abstinence totale de boissons alcooliques : les doses les plus minimes d'alcool provoquent l'accentuation de l'aphronie.

Appliquer la suggestion hypnotique, dans le but de contrarier les tendances à l'éparpillement mental et à favoriser le monoïdéisme.

L'association de ces divers procédés exerce l'action la plus favorable et, en favorisant la maturité du jugement, permet dans un grand nombre de cas, d'obtenir l'adaptation des aphroniques aux exigences du milieu social.

Les Purgations et l'Appendicite

Dans un but commercial trop évident, plusieurs marchands d'eaux minérales purgatives ont pris l'habitude d'écrire sur leurs étiquettes : « Plus d'appendicites, purgez-vous ». De même, beaucoup de médecins, entraînés par le courant d'opinion, conseillent et abusent des purgations sous prétexte de prévenir l'appendicite. Or, récemment, M. le Dr P. GALLOIS signalait à la Société du VIIIe arrond. de Paris les dangers qu'amène l'abus des purgatifs au point de vue de l'irritation intestinale et de l'évolution de l'appendicite.

« Toute purgation, dit le Dr Gallois, provoque une irritation de l'intestin et si les purgations se repètent, elles produisent de l'entérite chronique et exagèrent encore la constipation. Le malade se trouve alors pris dans un cercle vicieux ; plus il se purge, moins il va à la selle ; moins il va à la selle et plus il se purge. Il n'y a pas de raison pour que cela finisse et, en réalité, cela n'en finit plus. J'agis avec les purgations comme avec la morphine, je ne les proscris pas absolument et je les utilise quand je les juge nécessaires, mais ce sont des médicaments dont il ne faut pas laisser prendre l'habitude aux malades, d'autant plus que cette habitude devient une véritable manie, une véritable maladie mentale.

« Se purger trop souvent pour éviter l'appendicite me semble donc une erreur, et je comprends d'autant moins cette recommandation que tout le monde admet le danger de la purgation au moment d'une crise appendiculaire. Il me semble qu'il y a là une contradiction. En tout cas, il y a un danger certain. Il existe, en effet, des atteintes extrêmement légères d'appendicite qui ne se traduisent guère que par la constipation. Si l'on ne se méfie pas, on peut, par une purgation intempestive, provoquer une crise grave d'appendicite. Pour ma part, je purge très rarement mes malades et je ne vois chez eux presque jamais d'appendicite. »

Les Complications des Oreillons

Les oreillons sont le plus souvent considérés, dit M. HUTINEL, comme étant une affection bénigne et presque négligeable, et cependant les cas où survient une complication grave ne sont pas absolument rares.

On signale toujours comme complication grave l'orchite ourlienne et on a, certes, raison.

Mais il faut ajouter les tuméfactions des glandes lacrymales, de la glande thyroïde, des mamelles, du pancréas, sans oublier les violentes épistaxis, les complications méningées bruyantes, les névrites faciales, acoustiques, optiques.

La néphrite ourlienne est parfois fort grave et peut aboutir à une crise urémique. On cite enfin des cas où les oreillons ont infecté le fœtus dans l'utérus de sa mère et ont provoqué chez le nouveau-né des symptômes de paralysie ou d'atrophie cérébrale.

En somme, au cours des oreillons, si l'agent infectieux se cantonne d'ordinaire dans les parotides, il peut porter son action non seulement sur les organes glandulaires, testicules, ovaires, mamelles, thyroïde, pancréas, mais encore sur les enveloppes des centres nerveux, sur les nerfs et particulièrement sur le nerf auditif ; il peut léser les reins, le cœur, et dans certains cas, troubler profondément l'hématopoïèse.

Sans doute, il vaut mieux contracter les oreillons quand on est petit que lorsqu'on est grand, mais cette maladie n'est négligeable à aucun âge.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La fièvre de Malte.— Le repos au lit dans l'angine de poitrine.— Valeur comparée du 606 et du mercure dans le traitement de la syphilis.— Les nouveaux arsenicaux organiques.— Paralysie infantile à début méningitique. — Diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins.—Traitement des fractures de jambe. — Plaie du poumon.— Goitre rétro-sternal asphyxiant.— Hémorrhagies d'origine syphilitique. — L'insuffisance vertébrale.

M. DEBOVE rapporte à l'*Académie de médecine* un nouveau cas de *fièvre de Malte* observé à Paris. La malade, bien que n'aimant pas le lait et n'en buvant pas habituellement, avait pris, étant en Auvergne, quinze jours environ avant le début de sa fièvre, un seul verre de lait de chèvre. Cette observation montre l'existence de la fièvre de Malte dans une région (l'Auvergne) où on ne l'avait pas encore signalée. Elle prouve également, une fois de plus, la nécessité de ne jamais boire de lait cru, car cette défense ne doit pas être limitée au lait de chèvre.

M. COURMONT a constaté, à Lyon, la présence de cas assez nombreux de fièvre méditerranéenne. Dans le service d'isolement des typhiques du Dr Mollard, 8 cas authentiques de fièvre de Malte ont été trouvés en 1909, sur 101 malades qui avaient été envoyés avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

M. ARLOING signale un second exemple de contagion par manipulation des cultures de micrococcus melitensis, au laboratoire de médecine expérimentale de Lyon.

— M. FIESSINGER présente à l'*Académie de médecine* un travail sur le *repos au lit dans le traitement de l'angine de poitrine.*

Pour l'auteur, le repos au lit agit en diminuant la tension vasculaire. Il calme, par ce mécanisme, les crises (hypertensives) des angineux. On le prolongera quinze jours, un mois, deux mois même. Le régime lacté, avec ou sans farineux, et les médications habituelles (théobromine, trinitrine, morphine) seront concurremment instituées.

— M. Gaucher communique à l'*Académie de médecine* le résultat de ses recherches expérimentales et cliniques sur la *valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis.*

M. Gaucher a suivi, dans son service, 30 malades syphilitiques traités par le 606. Il a constaté une action manifeste du médicament dans beaucoup de cas (mais non dans tous), sur les lésions cutanées et muqueuses, principalement sur les lésions ulcéreuses superficielles. Cette action, quand elle a existé, a été plus rapide que celle du mercure, quoique souvent momentanée.

M. Gaucher se montre peu partisan du 606. « L'étude attentive des faits que j'ai observés, dit-il, indique que nous sommes loin des miracles annoncés bruyamment par certains journaux. L'arséno-benzol ne guérit pas la syphilis et n'empêche pas les accidents de se reproduire, même quand il les fait disparaître.

Il ne possède aucune efficacité dans les lésions viscérales et il peut alors être dangereux. Le 606, malgré sa valeur, est seulement un médicament d'exception, de seconde ligne, qui ne saurait entrer dans la pratique courante. Dans les cas habituels, l'auteur ne conseille pas d'employer ce remède dont la préparation extemporanée est si difficile, dont l'injection est si douloureuse, qui exige le séjour au lit et comporte quelques dangers. Il faut le réserver pour des cas exceptionnels et bien définis dans lesquels il peut être un adjuvant ou un succédané du mercure. »

En résumé, pour M. Gaucher, quand le mercure n'est pas applicable, à cause de l'intolérance du sujet, quand il est sans effet ou insuffisant, et seulement dans les lésions cutanées et muqueuses, surtout dans les lésions ulcéreuses de la syphilis, l'arsenic organique peut être utile, à condition que les viscères soient sains. Mais dans la généralité des cas, la médication hydrargyrique conserve sa priorité : le *mercure est encore debout !*

— MM. Chiray et Poulard lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *syphilis tertiaire osseuse guérie par le 606 après échec de tous les autres agents thérapeutiques.* Le malade était un homme de 26 ans, atteint de gommes périostées multiples, ayant résisté pendant onze mois à des doses intenses de mercure, d'hectine et d'iodure, qui vit ses souffrances cesser brusquement vingt-quatre heures après une injection de 606. Les lésions disparurent rapidement,

M. de Beurmann croit intéressant de rapprocher de cette observation un cas personnel concernant un malade dont la syphilis, rebelle au mercure, n'obéit pas mieux au 606 puisque, trente-quatre jours après l'administration d'une dose de 0 gr. 60 de ce médicament, les accidents restaient non modifiés. Ce cas, remarque l'auteur, montre qu'il y a des infections spécifiques qui résistent aussi bien au 606 qu'au mercure.

— M. Armand Gautier rappelle, à la *Société médicale des hôpitaux,* comme il l'avait fait le 8 novembre à l'Académie de médecine, la part qui lui revient dans l'application à la thérapeutique des *arsenicaux organiques.* Il estime fort regrettable qu'en Allemagne, on fasse trop souvent abstraction des travaux publiés à l'étranger. Les cacodylates, l'arrhénal, ont été appliqués, en France, il y a 10 à 15 ans, au traitement des dermatoses, de la syphilis, des trypanosomiases. Le 606 n'est chimiquement qu'un composé nouveau de la même base. Ce n'est ni un remède original, ni un spécifique imprévu, ni un agent qui ne fait pas courir de risque au malade.

M. Queyrat trouve cette critique trop sévère. Sans diminuer l'œuvre chimique de M. Gautier, il n'en reste pas moins établi que l'arséno-benzol d'Ehrlich offre une activité particulièrement puissante.

M. Danlos, qui a expérimenté les cacodylates dans la syphilis, ne leur a reconnu qu'une utilité douteuse dans cette affection.

— M. Netter communique à la *Société médicale des hôpitaux* une série de 14 observations récentes de *paralysie infantile à début méningitique.*

Depuis l'été 1909, dit M. Netter, les paralysies infantiles ont présenté une fréquence insolite et un certain nombre d'entre elles ont été accompagnées pendant la période initiale de symptômes qui faisaient porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale ou plus rarement de méningite tuberculeuse.

La notion épidémique, la prédominance très marquée de ces cas en été et en automne — alors que la méningite cérébro-spinale s'observe au printemps et en hiver principalement — pourront mettre en garde l'attention du médecin. Il ne faudrait pas voir dans cette distinction une simple question de nosographie. Le sujet a une portée plus considérable. Les recherches expérimentales, en effet, inaugurées il y a deux ans environ, ont mis sur la voie d'un traitement spécifique, traitement qui a d'autant plus de chances de succès qu'il est appliqué de meilleure heure, et les formes à début méningitique pouvant être soupçonnées plusieurs jours avant l'apparition de la paralysie, semblent devoir fournir des conditions plus particulièrement favorables.

M. Jules Renault ajoute aux observations de M. Netter la relation d'une épidémie de 31 cas de poliomyélite, qui a sévi pendant les mois de septembre et d'octobre dans le département de la Creuse. Dans la plupart de ces cas, les phénomènes méningitiques eurent une telle importance que le diagnostic de méningite cérébro-spinale fut presque toujours porté.

— A propos d'une observation de M. Guinard, la *Société de Chirurgie* discute la question du *diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins*.

Pour apprécier l'état fonctionnel respectif des reins, on peut s'adresser à plusieurs méthodes : la division intra-vésicale des urines, le cathétérisme des uretères, etc. M. Legueu, M. Tuffier, M. Marion considèrent la division intra-vésicale (qui se pratique avec le séparateur de Luys) comme un procédé infidèle, trompeur, susceptible de conduire à des erreurs opératoires. M. Hartmann, au contraire, l'a employée avec avantage dans de très nombreux cas et il préfère y recourir que de faire le cathétérisme des uretères. M. Delbet, tout en reconnaissant la supériorité du cathétérisme urétéral, estime que la division intra-vésicale doit néanmoins conserver des indications. M. Bazy, enfin, pense qu'avant d'interroger les reins par des moyens instrumentaux, il convient de demander à la clinique les renseignements qu'elle est susceptible de donner, notamment en recherchant les points douloureux urétéraux, le point para-ombilical, le point urétéral inférieur, décelables par le toucher rectal ou vaginal, etc.

— M. Routier présente à la *Société de Chirurgie* un rapport sur un travail de M. Schmid intitulé : *traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche du prof. Delbet.* L'auteur a appliqué ce traitement à 15 fractures de jambe et il se félicite des résultats obtenus. L'appareil de M. Delbet, dit-il, assure la réduction et la contention. Il permet d'éviter les troubles trophiques et les longs soins consécutifs destinés à faire disparaître la raideur articulaire et les atrophies musculaires. Il abrège la durée de ce traitement et est infiniment plus agréable pour les blessés.

— M. Mauclaire montre à la *Société de Chirurgie* un malade qu'il a opéré avec succès de *plaie du poumon*. Il s'agit d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans le 5e espace intercostal gauche. Il fut admis à l'hôpital dans un état de choc thoracique très marqué et obligé de rester assis pour pouvoir respirer.

On n'entendait que très mal la respiration dans le poumon gauche. Pensant à une plaie du cœur ou à une plaie hilaire du poumon, M. Mauclaire intervint. Après résection de la 5e côte sur une longueur de 6 à 7 cent., il trouva un pneumothorax total et une plaie du bord antérieur du poumon. Il ligatura au catgut la languette pulmonaire intéressée. Le malade guérit.

— M. Souligoux relate à la *Société de Chirurgie* une observation de *goitre kystique rétro-sternal asphyxiant*. L'observation concerne une jeune femme atteinte de goitre, qui fut prise brusquement, un matin, d'une dyspnée tellement intense qu'elle ne put plus parler et que, cinq minutes après, elle tombait dans le coma. L'interne de garde fit une trachéotomie basse, après avoir luxé vers le haut le goitre engagé sous le sternum. Deux heures plus tard, la malade était encore sans connaissance, insensible et asphyxiante, ne respirant que cinq à six fois par minute. M. Souligoux extirpa le goitre qui atteignait la taille d'une grosse poire. La patiente ne reprit connaissance qu'au bout de dix heures et elle guérit sans incidents.

— M. Verchère rapporte à la *Société des Chirurgiens de Paris* deux nouveaux cas de *métrorrhagies syphilitiques*. Les malades en question étaient deux jeunes femmes syphilitiques à la période secondaire, chez lesquelles l'injection intra-veineuse d'arsénol-benzol « 606 » fut suivie, dès le soir de l'injection, de métrorrhagies inquiétantes par leur abondance pendant trois à quatre jours. Chez l'une de ces malades, les règles avaient un retard d'un mois. M. Verchère se demande si on ne peut pas craindre, en traitant une femme syphilitique enceinte par l'arséno-benzol, de provoquer un avortement. Si oui, la grossesse deviendrait une contre-indication de l'arséno-benzol et la syphilis intra-utérine ne pourrait être, sans danger pour le fœtus, traitée par le 606.

MM. Robert Lœwy et Le Fur parlent des hémorrhagies syphilitiques en général. M. Lœwy a été appelé auprès d'un patient mourant d'hémorrhagie intestinale, sur lequel on avait porté le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Ne trouvant pas de symptômes suffisants, il institua le traitement spécifique. Les accidents disparurent.

M. Le Fur a observé un cas de syphilis prostatique et vésicale qui s'est accompagné d'hématuries rebelles et considérables entraînant une anémie profonde, puis une rétention d'urine par les caillots. La prostate offrait des noyaux très durs. La vessie montrait, au cystoscope, trois ulcérations au niveau du trigone, dont l'une, assez profonde, saignait. Tous les traitements habituels ayant échoué pendant deux mois, on essaya le traitement spécifique qui fit cesser rapidement les symptômes et guérit les lésions.

— M. Mayet étudie, à la *Société des Chirurgiens de Paris*, la *scoliose par insuffisance vertébrale*.

Comme Schanz et Denucé, l'auteur croit à la fréquence de ce syndrome. Il l'a constaté dans plus de 300 cas sur 652 scolioses examinées. Ces faits correspondent aux anciennes scolioses douloureuses. Pour M. Mayet, dans toute scoliose à forme un peu accentuée, il existe une période d'acuité où l'on constate le syndrome de Schanz. En dehors des cas d'origine paralytique, la scoliose ne serait donc pas une affection musculaire, mais osseuse. Les scolioses avec insuffisance vertébrale s'aggravent par la gymnastique. Les défenseurs les plus zélés de la gymnastique suédoise sont souvent réduits devant des scolioses sérieuses ou actives à s'en remettre à d'autres méthodes thérapeutiques.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le Fer (*Suite*),

Par le Dr André LOMBARD.

Le carbonate ferreux (protocarbonate de fer), prescrit à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50, a l'inconvénient d'être très altérable à l'air, aussi le prescrit-on exclusivement en dragées ou en pilules de 0 gr.10 ; employé seul, il constitue la base des pilules de Vallet, inscrites au Codex, dont on prend de 2 à 10 par jour ; associé au sulfate de potasse, il entre dans la composition des pilules de Blaud, également inscrites au Codex, et qui se prennent à la même dose. Les unes et les autres contiennent 0 gr. 03 de fer par pilule ; on peut formuler d'une façon différente

Carbonate de fer.............	} àâ 0 gr. 10
Ergotine....................	
Extrait thébaïque..............	0 gr. 005

pour 1 pilule (Grasset), 4 par jour.

On désigne improprement sous le nom de *sous-carbonate de fer*, ou *safran de Mars apéritif* le *sesquioxyde* de fer hydraté ; on le prescrit à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 60 seul ou par exemple, dans les pilules suivantes :

Sous-carbonate de fer........	} àâ 0 gr. 10
Poudre de gentiane...........	

en 1 pilule ; en prendre une à six par jour ;

Ou celles-ci :

Sous-carbonate de fer...........	0 gr. 10
Aloès pulvérisé..................	0 gr. 025
Extrait de rhubarbe..............	0 gr. 05

pour 1 pilule, 2 avant les repas (Huchard) ;

Ou bien en cachets :

Sous-carbonate de fer...........	0 gr. 25
Poudre de gentiane..............	0 gr. 15
Magnésie calcinée................	0 gr. 10

en 1 cachet, nº 20, un ou deux par jour.

On y adjoindra l'ergotine, si la médication, en même temps que reconstituante, doit être vasoconstrictive, par exemple, pour atténuer les règles trop abondantes des jeunes filles ; on fera prendre avant les repas deux pilules contenant :

Sous-carbonate de fer....	0 gr. 10
Ergotine Bonjean.........	0 gr. 05
Bromhydrate de quinine..	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Extrait de belladone.....	0 gr. 005

en 1 pilule.

Le sous-carbonate de fer est un médicament très intéressant pour le traitement des plaies ; son action est rapide au point qu'on en peut cesser l'emploi si aucune amélioration ne s'est produite au bout de huit jours, à la condition, bien entendu, qu'on l'emploie pour une ulcération simple, atone, et non pour une gomme syphilitique, une scrofulo-dermite ulcéreuse ou un ulcus rodens du visage. Ce cicatrisant peut être employé pur ; M. Sabouraud conseille de remplir de poudre le creux tout entier de l'ulcération ; on recouvre d'une couche d'ouate et d'une bande de Velpeau. On nettoie tous les jours à sec *avec un pinceau d'aquarelle* et, s'il se produit des grumeaux qu'on ne peut déplacer, et sous lesquels on soupçonne que la suppuration continue, on les détache, au pinceau toujours, mais avec de l'huile d'amandes douces fraîche. L'ulcère nettoyé est rempli d'une nouvelle couche de poudre et ainsi de suite (Butte). Si le malade redoute les pansements, on lui fera remplir le creux de l'ulcération avec la pommade suivante

Vaseline...........................	40 gr.
Sous-carbonate de fer..............	1 gr.

et on se servira, pour nettoyer, d'ouate hydrophile et d'huile d'amandes douces.

Quant à l'*oxyde de fer*, ou *colcothar*, il n'est pas employé pour l'usage interne, mais on l'utilise aussi dans le pansement des plaies ; il entre, pour un cinquième, dans la composition de l'*onguent Canet*, qui est ainsi constitué (Codex 1884) ;

Emplâtre simple............	} àâ 100 gr.
— diachylon gommé......	
Huile d'olives..............	
Colcothar....................	

M. Danlos l'utilise dans le traitement des ulcères de jambes et emploie la pommade suivante :

Onguent Canet..................	} àâ 75 gr.
Onguent Styrax.................	
Huile pour délayer..............	

En hiver, on augmente la quantité d'huile. On applique cette pommade sur un linge fin stérilisé et on renouvelle le pansement une ou deux fois par jour.

Il y a encore le *peroxyde de fer hydraté*, qui n'est point employé comme ferrugineux, mais a cependant une grande importance comme contrepoison de l'acide arsénieux, des arséniates et des arsénites avec qui il forme des composés insolubles. Il faut le préparer au moment de l'emploi en mélangeant de l'ammoniaque ou une solution de bicarbonate de soude à une solution de perchlorure de fer ; on en fait avaler une cuill. à soupe d'abord tous les quarts d'heure (2 ou 3), puis toutes les heures

Le *sulfate de fer*, couperose verte, n'est point, à vrai dire, un médicament ferrugineux, mais un antiseptique et un désinfectant. Comme antiseptique on l'a employé dans l'érysipèle en solution à 60 p. 1000 (solution de Velpeau), et surtout dans le traitement de la blennorrhagie, après la période aiguë, si un écoulement persiste après l'usage des balsamiques, on peut faire alors une injection uréthrale de la solution suivante :

Sulfate de fer		
— de zinc	àâ 1 gr.	
— de cuivre		
Eau distillée	100 gr.	

En solution de 20 à 50 p. 1000, il constitue un bon désinfectant des locaux, des selles des malades.

(*A suivre.*)

UROLOGIE

Traitement de l'Uréthrite blennorragique aiguë par la méthode de Bier

A la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg (4 mai 1910), le Dr *Miles* a rendu compte des applications qu'il avait faites de la méthode de Bier à plus de 306 cas d'uréthrite antérieure aiguë.

Il emploie un cylindre en verre, muni à une de ses extrémités d'un diaphragme en caoutchouc s'adaptant exactement à la racine de la verge. Celui-ci mesure 18 centimètres de longueur sur 5 centimètres de diamètre, et l'on y fait le vide au moyen d'une petite pompe.

Dès que le malade a évacué sa vessie, un vide relatif est déterminé dans l'appareil que l'on vient d'appliquer, et l'on voit se produire une congestion intense du pénis, pendant que quelques gouttes de pus s'écoulent du méat. Au bout de 10 à 15 minutes, on laisse pénétrer l'air dans l'appareil ; puis, après 5 minutes de repos, on fait de nouveau le vide pour une dizaine de minutes. Cette manœuvre est répétée 3 fois au cours d'une seule séance, qui dure ainsi une heure environ au total. Dans les cas légers cependant, il suffit de vingt minutes. Ce traitement ne doit être fait qu'une seule fois dans les 24 heures ; il ne faut pas qu'il occasionne de douleur.

A l'examen microscopique du pus avant et après la séance, on note des modifications remarquablement constantes : les leucocytes polynucléaires sont en plus grand nombre ; il en est de même des gonocoques intra-cellulaires. Dans un cas, Miles nota avant la séance une quantité énorme de microcoques extra-cellulaires ; tandis que, après le traitement, il trouva une diminution du nombre de ces microcoques, qui étaient à présent presque tous intra-cellulaires.

Quels sont donc les résultats de ce mode de traitement ?

Dans les *cas aigus*, une seule séance suffit pour diminuer la douleur et la dysurie d'une façon marquée ; après deux séances, ces phénomènes disparaissent entièrement. Quand le traitement est appliqué d'une façon suffisamment précoce, l'écoulement tarit au bout d'une quinzaine de jours en général ; un léger suintement séreux peut persister encore pendant une semaine.

Dans quelques cas, l'écoulement a disparu après 3 ou 4 séances ; parfois la guérison n'est survenue qu'au bout de 3 ou 4 semaines.

A noter l'absence presque totale de complications : l'épididymite est exceptionnelle (2 cas sur 300, d'après Miles) ; très rarement l'infection gagne l'urèthre postérieur. Il n'y a pas eu, chez les malades traités par l'auteur, un seul cas compliqué de prostatite ou d'abcès de la prostate, de cystite, d'abcès péri-urétral. Par contre 2 malades ont eu du rhumatisme blennorragique.

Il faut savoir que, si dans la *blennorrhagie aiguë*, les résultats de ce traitement sont très satisfaisants, il n'en est pas de même dans la *blennorrhagie chronique* : très souvent alors l'écoulement augmente en même temps qu'apparaissent des douleurs et de la dysurie.

Miles insiste sur ce point que son procédé est plus simple, plus propre que les injections, qu'il est applicable même en cas de phimosis avec œdème du prépuce, qu'enfin le malade peut se soigner lui-même. Dr Fiser.

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

La Saignée.

Voici une question peu souvent traitée. Il m'a paru intéressant de communiquer dans ce journal quelques notes sur cette opération de petite chirurgie laissée trop de côté par beaucoup de praticiens. Sans insister sur les avantages que l'on peut retirer dans bien des cas fort graves d'une bonne saignée, je me hâterai de dire que pas mal de confrères ne pratiquent plus cette opération dont on a *tant abusé : ils ne la pratiquent* pas parce que dans la plupart des cas ils la réussissent très mal.

Et pourtant, suivant la méthode classique, ils placent un lac serré autour du bras, piquent la veine céphalique au pli du coude et le sang jaillit ; tout cela sans difficulté.

Mais voilà que 9 fois sur dix, le sang, qui jaillit d'abord avec force, s'arrête ensuite et bave aux bords de la petite plaie.

Le patient a beau remuer les doigts, serrer vigoureusement le poing, le médecin a beau fouiner la plaie, le sang s'obstine à couler goutte à goutte. Il est facile de faire dans ce cas une bonne saignée, aussi copieuse que l'on voudra. Ne cherchez jamais à agrandir la plaie et à faire souffrir inutilement le malade, mais simplement *desserrez doucement, légèrement, la ligature du bras.* Gardez à la main les deux chefs de la bandelette de façon à graduer instantanément sa tension suivant que le sang coule régulièrement ou non.

L'explication de ce fait, vous l'avez devinée : au début, votre ligature vigoureuse faite au bras avait pour but d'arrêter la circulation et de rendre les veines turgescentes et facilement accessibles à votre lancette ou à votre bistouri. La

piqûre faite, le sang, qui est à une forte pression, jaillit très violemment, puis il s'arrête parce que les artères, comprimées, elles aussi, par la ligature vigoureuse, n'apportent plus de sang, n'irriguent pas le membre.

Il faut donc desserrer la bande, petit à petit, graduellement et de telle façon que *la ligature, si elle ne comprime plus les artères, comprime cependant encore les veines superficielles.* Ce degré de tension, un fait vous l'indiquera : c'est l'écoulement du sang par la piqûre, écoulement qui se fait alors en un jet *continu, régulier, sans éclaboussure.*

Un autre cas, tout aussi intéressant, se présente aussi très fréquemment ; je veux parler de la saignée chez les sujets gras. Il y a un peu plus de difficulté. Mais l'opération réussit toujours, si on a soin d'abord de serrer vigoureusement le bras du malade avec une bande de peu de largeur et ensuite *de faire tendre fortement le bras*, lorsque le gros cordon que forme la veine, a été repéré.

Chez les sujets maigres en effet, l'index et le médius à cheval sur la veine servent à la rendre immobile, à la fixer. La graisse ici ne permet pas à la pulpe des doigts ce rôle, tout à l'heure si efficace puisqu'il empêche la veine de fuir sous la pointe ; en faisant tendre l'avant-bras sur le bras, la veine devient immobile et à la fois plus superficielle et plus accessible.

La veine atteinte et ouverte, une difficulté se présente encore : souvent des globules graisseux fusent, obstruent la piqûre toujours assez profonde — *un petit coup sec de l'index, une pichenette appliquée à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la plaie* suffit pour rétablir l'écoulement régulier du sang

Avec ces quelques données, la saignée sera toujours réussie ; c'est une petite opération peu dangereuse et peu difficile qui peut donner dans bien des cas urgents beaucoup de bons résultats Docteur Robert Bézos.

Encore un mot à propos du diagnostic de la mort réelle par la phlyctène gazeuse.

Le Dictionnaire des Sciences Médicales en 100 volumes paru en **1875** (Dechambre) dans son article « Mort » parle longuement, pages 650 et 661, du signe de la *phlyctène explosible* très anciennement connu et dont on se disputait déjà et depuis longtemps la priorité.

Docteur X.
(*Abonné*).

HYDROLOGIE

La constipation motrice et la cure de Châtel-Guyon.

C'est un fait admis sans conteste à l'heure actuelle que la cure de Châtel-Guyon agit aussi bien dans la constipation dite d'origine spasmodique que dans l'atonie intestinale. A différentes reprises et d'accord avec la plupart de nos confrères, nous nous sommes élevés contre la formule, trop absolue pour être vraie, qui limitait aux formes purement atoniques le territoire de Châtel-Guyon.

Cette restriction, née seulement depuis une dizaine d'années, consacrait une double erreur de fait et d'interprétation. Nos devanciers avaient fait de la cure de Châtel-Guyon le synonyme de traitement de l'atonie intestinale, parce qu'à cette époque, l'atonie, seule connue, était le synonyme de constipation, et dire que Châtel-Guyon s'adressait à l'atonie intestinale, c'était dire qu'il combattait toutes les formes de constipation

Puis, la notion du spasme intestinal apparaît, prenant de suite une très grande importance, et les constipés sont divisés en deux classes, que l'on fait très distinctes, les spasmodiques et les atones. Il en résulte tout naturellement une interprétation étroite de la formule de Châtel-Guyon interprétation que tous acceptent, sans voir qu'elle repose sur une contradiction formelle, car elle prend en même temps pour base la conception moderne et les idées anciennes à pathogénie périmée

A cette erreur d'interprétation s'en joint une autre, celle-ci de fait, puisqu'il est bien démontré que la cure améliore et souvent guérit les constipés qui présentent du spasme intestinal.

La formule étroite, absolue et surtout inexacte dans laquelle on a voulu enfermer les indications de Châtel-Guyon, n'a donc plus aucune raison de subsister, et subit le même sort que le temps, l'expérience et l'observation ont fait subir à la plupart des formules absolues, contre lesquelles la clinique se charge un jour ou l'autre de s'inscrire en faux

Et d'ailleurs, spasme et atonie ne sont pas aussi opposés l'un à l'autre qu'on a pu le croire. L'un et l'autre ne sont que le résultat du défaut de tonicité intestinale et la preuve de la dysharmonie qui en résulte.

Le spasme ne peut pas être opposé à l'atonie, car il n'est pas une réaction de force mais une réaction de faiblesse, et l'on conçoit qu'une cure, dont le principe essentiel est de régulariser la contractilité intestinale en rendant à la musculature son dynamisme normal, s'adresse à la fois à ces deux modes de perturbation.

C'est là une chose maintenant bien établie, et sur laquelle nous n'insisterions pas davantage, s'il ne nous semblait qu'on peut aller plus loin encore et affirmer que Châtel-Guyon agit sur toutes les formes de la constipation motrice, par un mécanisme analogue, à savoir : son action tonique, locale et générale.

Il suffit pour cela d'entrer plus à fond dans l'observation des faits que la clinique thermale met à notre disposition, et de considérer l'évolution de cette question de la constipation motrice, depuis que la notion de spasme a apparu dans la pathologie intestinale

A partir de cette époque, le spasme prend de plus en plus une place considérable ; peu s'en faut qu'on en arrive à nier l'importance de l'atonie, à reconnaître que tous les constipés sont des spasmodiques, et peu s'en faut qu'on en arrive tout naturellement à renverser l'ancienne formule de Châtel-Guyon et à la remplacer par une autre tout aussi absolue : « les spasmodiques à Châtel-Guyon »

L'évolution de la question, l'observation des résultats obtenus pendant la cure, imposaient cette conclusion, comme l'a fort bien vu Gardette dans sa communication à la Société d'Hydrologie (mars 1909). Toutefois, dès ce moment même, nous avons essayé de montrer que la grande part de vérité contenue dans cette conclusion était exagérée et qu'on pouvait peut-être donner aux faits observés une autre interprétation. C'est ce que nous chercherons à préciser aujourd'hui.

Il est en effet parfaitement exact que beaucoup de constipés présentent du spasme, et que ceux chez lesquels on le constate guérissent plus facilement et plus rapidement que les atones véritables.

Cependant ceux-ci existent, nous en avons chaque jour des preuves, de même que chaque jour nous constatons les résultats favorables que donne chez eux la cure de Châtel-Guyon

Il est certain que lorsqu'on se trouve en présence d'atones véritables il faut encore distinguer. Bien souvent il ne s'agit que de paresse de l'intestin, d'atonie fonctionnelle sur laquelle les eaux de Châtel-Guyon exercent une action puissante. Si l'atonie est plus ancienne, plus profonde, si la musculature intestinale n'est plus capable de réagir, Châtel-Guyon là encore n'est pas tout à fait impuissant ; soit par une action tonique générale, soit par une excitation de la fonction biliaire, soit tout de même par une action intestinale encore possible, quoique très réduite, nous voyons qu'après plusieurs cures successives, de tels malades finissent par obtenir une amélioration appréciable.

Certes, on ne leur rend pas le fonctionnement spontané et quotidien, dont ils doivent abandonner l'espoir, mais leur constipation devient moins accentuée, cède plus facilement ; un petit lavement rectal, un suppositoire, suffisent alors à amener le résultat qui n'était que très difficilement obtenu autrefois à grand renfort de laxatifs et même de purgatifs répétés.

Si nous observons et traitons avec succès de véritables atones, le plus souvent cependant nous nous trouvons en présence de malades qui présentent du spasme, dont l'intestin est par conséquent capable de réagir, et qui guérissent en effet plus facilement et plus complètement.

Mais, ces malades que nous observons le plus habituellement et chez lesquels nous constatons du spasme intestinal, sont-ils pour cela des constipés spasmodiques, en ce sens que l'origine de leur constipation réside essentiellement dans ce spasme ?

On ne peut plus l'affirmer à l'heure actuelle. L'origine spasmodique de la constipation est de plus en plus mise en doute ; le professeur Boas la nie, et M. Mathieu reconnaît que, sans négliger l'influence du spasme, on ne peut plus lui attribuer la même importance

Le spasme, nous l'avons déjà vu, n'est qu'une réaction de faiblesse. Deux choses sont nécessaires pour le créer : le défaut de tonicité normale et une irritation de l'intestin. Il existe en dehors de la constipation ; on le constate en effet dans la vraie diarrhée ; il est presque constant dans les colites ulcéreuses avec diarrhée ; il se montre chez des nerveux entéralgiques sans qu'il soit accompagné de constipation.

Enfin, dans la constipation, la coprostase par atonie d'un segment de l'intestin produit très souvent du spasme en une autre région. En ce cas, il n'est donc pas la cause de la constipation ni surtout une cause opposée à l'atonie, car il est fonction de l'atonie elle-même

C'est qu'en effet, en exceptant le petit nombre de malades qui présentent des spasmes exagérés du côlon, et qui sont d'ailleurs, comme l'a justement montré Foucaud (Congrès de Physiothérapie, 1910), des spasmodiques des autres viscères, en un mot des spasmodiques généraux, chez la plupart des constipés, le spasme, lorsqu'il existe, ne se montre que partiellement ou par intermittence, mélangé à l'atonie, lui succédant ou la précédant sur le même segment intestinal. Et ce que la palpation abdominale nous révèle le plus habituellement, c'est du spasme du côlon descendant avec atonie des autres segments, parfois même dilatation cæcale.

Ce spasme, localisé, partiel, souvent intermittent, ne peut donc être considéré comme la cause de la constipation, ni les malades chez lesquels on le constate comme des constipés spasmodiques. Ce sont beaucoup plutôt des atones, puisque c'est au fond l'atonie qui est la cause première et de leur constipation et de leur spasme.

Il semble donc, qu'après beaucoup de controverses, la question de la constipation motrice soit bien près de revenir à son point de départ, et qu'on ne soit pas éloigné de rendre à l'atonie intestinale toute l'importance que lui attribuaient nos devanciers.

On peut en effet logiquement conclure de l'étude des faits cliniques qu'il n'y a pas une constipation spasmodique comme il y a une constipation atonique, mais seulement que beaucoup d'atonies intestinales s'accompagnent d'un élément spasmodique.

Cet élément peut être plus ou moins important, et l'on doit toujours en tenir le plus grand compte dans la façon d'ordonnancer et la cure et ses adjuvances. Ceci est évident, mais les considérations précédentes ne nous permettent pas moins d'affirmer qu'en exceptant les spasmodiques exagérés, névropathes avec éréthisme abdominal et général, les constipés d'origine motrice, qu'ils présentent ou non du spasme, doivent avant tout être considérés comme manquant de tonicité intestinale, et par conséquent comme éminemment justiciables de la cure tonique de Châtel-Guyon.

Dr Frank Baraduc,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-consultant à Châtel-Guyon.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Un pas de plus dans la Prévoyance.

Les études que nous avons poursuivies, en 1909, dans le *Concours* et au Conseil de l'A. G., sur les *retraites de droit* pour la vieillesse médicale, nous ont amené à la nécessité de faire établir ces retraites par la *Caisse des pensions du Corps médical Français.* — L'obligation de pousser plus avant, à cet effet, l'examen du fonctionnement et la vérification des chiffres des barêmes nous a fait envisager la possibilité de réviser la structure de nos diverses œuvres de prévoyance pour les grouper (en les simplifiant) dans une organisation unique qui pourrait même dans l'avenir s'annexer des créations nouvelles déjà prévues.

Nos premiers travaux nous ont montré qu'il en résulterait pour les œuvres existantes des avantages considérables : compréhension plus facile des diverses combinaisons, simplification de la propagande, diminution des frais généraux, *mise à la portée de tous des avantages qu'elles présentent,* etc... C'est à ces travaux que faisait allusion notre confrère Jeanne dans ses communications récentes à notre dernière assemblée générale et au Conseil général de l'A. G

Aussi n'avions-nous pas hésité à ajourner encore de quelques mois la réalisation de la création que nous poursuivions.

Dans un très bref délai, nous publierons les divers rapports sur la question et les conclusions auxquelles nous nous sommes arrêtés.

Nous sommes convaincus que cette évolution nouvelle, à laquelle nous ont poussé les circonstances, rencontrera l'adhésion unanime de nos confrères.

L'année 1911 qui commence verra consacrer la mise au point de tout notre système de prévoyance professionnelle, et beaucoup seront heureux d'y trouver un attrait nouveau pour les Syndicats en train d'évoluer vers une vie active.

Le Conseil de Direction

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX

L'Honoraire médical à forfait jugé par une administration

Lege, quæso, cher confrère,

Le mode de rémunération des vaccinateurs doit être, lui aussi, pris en considération. Il importe en premier lieu que la rémunération soit équitable, et convenablement proportionnée au service rendu. Mais il n'est pas moins désirable que les bases adoptées pour la détermination soient de nature, tout en donnant satisfaction aux praticiens, à les intéresser, si l'on peut ainsi dire, au rendement même de la loi, et à les rendre, en quelque sorte, solidaires de son exacte application.

Le système du « forfait », appliqué dans un certain nombre de départements, méconnaît fréquemment la première de ces conditions, et toujours la deuxième. Qu'il consiste dans l'attribution d'une indemnité annuelle (plus ou moins arbitrairement déterminée d'après l'importance de la circonscription, ou calculée d'après le chiffre de la population desservie), ou dans l'octroi d'une allocation fixe par commune (uniforme pour toutes les communes du département, ou variable suivant le nombre de leurs habitants), il n'en reste pas moins nécessairement aussi étranger aux considérations d'équité qu'aux intérêts du service, et aboutit, à ces deux points de vue, à des résultats regrettables.

Pour n'en donner qu'un ou deux exemples, il a été relevé, dans le département du Nord, qui pra-


RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS
SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON
500 cmc
8 FRANCS
LE ½ FLACON
250 cmc
4 Fcs 50
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
ET D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE
CONTROLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

tique ce système, qu'un médecin aurait touché 400 fr. pour une vaccination, et un autre 200 fr. pour quatre !

Dans le département de la Garonne, la rémunération du médecin, ramenée au chiffre des vaccinations réellement pratiquées, a varié de 20 centimes par opération (dans une commune de 897 habitants où il en avait été vacciné 110) à 15 fr. (dans une commune de 1.584 habitants où deux vaccinations seulement avaient été effectuées); et l'on pourrait citer de nombreux cas analogues.

Le vaccinateur qui apporte du zèle à son service dans de telles conditions a réellement quelque mérite, puisqu'il est rémunéré en proportion inverse de sa peine, et celui qui s'en désintéresse ne manque pas d'excuses, puisque l'administration elle-même lui en donne l'exemple.

En réalité, le système du forfait n'a été adopté le plus souvent, dans les départements où il existe, qu'à titre de « précaution financière », et dans la seule pensée d'éviter des surprises préjudiciables à l'équilibre du budget départemental, alors qu'on ignorait, au début de l'application de la loi, le nombre probable des vaccinations à effectuer et le montant des charges susceptibles d'en résulter pour les finances locales. Ce motif ayant perdu la plus grande partie de sa valeur, il y a lieu d'espérer que le système lui-même disparaîtra progressivement.

La rémunération au tarif, c'est-à-dire à tant par opération, est évidemment la seule rationnelle, mais encore comporte-t-elle diverses modalités, et doit-elle avoir tout d'abord pour base un tarif convenable.

On ne peut considérer comme tels, à notre avis, des tarifs de 25 ou de 30 centimes par opération, tout compris et sans autre indemnité quelconque (Hautes-Pyrénées, Ariège, etc.), ni se montrer surpris que le service fonctionne plus que médiocrement avec de semblables tarifs.

Si d'autre part le tarif par opération, même largement suffisant, ne s'accompagne pas de frais de déplacements, le système prête à la critique, parce que les honoraires dus pour les vaccinations les plus éloignées se trouvent abusivement diminués des dépenses de transport, et les communes situées à la périphérie des circonscriptions sont souvent, de ce fait, moins bien desservies. S'il est alloué des frais de déplacement trop élevés, au regard d'un tarif opératoire minime, il arrive, en sens inverse, que ces frais prennent beaucoup plus d'importance que les honoraires proprement dits, et que les praticiens perdent tout intérêt à la bonne fréquentation des séances. Enfin, quelque bien conçu que soit le mode de tarification et de remboursement des frais, il existe une grande quantité de petites communes, où le vaccinateur ne peut être assuré, vu le petit nombre des assujettis, d'être rémunéré d'une manière convenable, si l'administration ne lui garantit un minimum d'allocation par séance.

Il nous semble, dès lors, que la rémunération des médecins vaccinateurs ne devrait être considérée comme équitable et comme rationnelle, qu'à la condition de comprendre : 1° des honoraires résultant de l'application d'un tarif par opération, mais avec garantie d'un minimum par séance ; et 2° des frais de déplacement, réglés, bien entendu, sur une base différente pour la voie de fer et pour la voie de terre, et tenant compte, dans une certaine mesure, en dehors des débours faits ou présumés, du temps employé au transport, c'est-à-dire perdu pour les occupations professionnelles.

Sur cette base, — et sous la réserve que les tarifs fussent convenables, — il est permis d'espérer que le souci très légitime de leur intérêt personnel s'ajouterait à celui de l'intérêt public pour amener les praticiens à se faire plus volontiers, comme nous l'indiquions ci-dessus, les propagandistes de l'administration en vue d'assurer notamment le bon établissement des listes et l'exacte fréquentation des séances par les assujettis. Sans doute, y sont-ils engagés déjà par le souci de s'acquitter consciencieusement de leurs fonctions, mais il ne saurait être sans avantages de les y intéresser plus directement, l'administration ayant tout à gagner, semble-t-il, à ce que ses collaborateurs trouvent personnellement leur compte à la bien servir.

Les lignes ci-dessus sont extraites du rapport présenté au président du Conseil par l'Inspection générale des services d'hygiène et d'assistance du Ministère de l'Intérieur (*Journal Officiel* du 6 décembre 1910).

Eh bien ! quinze jours après cette publication, on dit que nos malheureux délégués à la Commission du Tarif des accidents du travail sont encore invités (comme on invite en ce milieu-là) à étudier la rémunération par forfaits, qui ne seront pas des forfaits, il est vrai, mais bien des moyennes basées sur les documents des assureurs !

Et nous avions la naïveté de croire cette chimère condamnée ! Et nous espérions avec candeur que la révision du tarif ayant été demandée depuis trois ans par les Syndicats médicaux, on allait examiner les propositions formulées par ceux-ci !

Que pense de toute cette comédie M. le Ministre du travail, au nom duquel on la joue ? Son administration ne pourrait-elle pas accorder sa flûte avec celle de son collègue, M. le Ministre de l'Intérieur ?

Les intérêts des assureurs sont-ils plus sacrés que ceux des contribuables ?

Et vous, médecins, qu'en pensez vous ?

Dr Jeanne.

MÉDECINE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Sur la hernie-accident ;

Par le Dr Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

Une hernie peut-elle être considérée comme un accident du travail et tomber sous le coup de la loi du 9 avril 1898 ? Si oui, quels sont les caractères que doit présenter une hernie pour qu'elle puisse conférer à l'ouvrier atteint de cette lésion, le droit à une indemnité, et quel doit être le pourcentage de cette indemnité ? Ce sont là des questions qui sont fréquemment posées aux experts médicaux et que je vais tâcher de discuter.

« On ne saurait trop répéter, écrit le professeur « Berger dans le Traité de chirurgie, qu'aucune « démarcation absolue ne sépare les hernies de « force des hernies de faiblesse ; que les causes « qui interviennent dans la production des her- « nies de faiblesse existent probablement, quoi- « que moins prononcées, et prédisposent même à « l'apparition des hernies de force ; et c'est pour « cette raison que les hernies ne peuvent et ne « doivent jamais être considérées comme étant « la conséquence directe d'une lésion traumati- « que. Cette considération peut avoir son impor- « tance en médecine légale et tout particulière- « ment dans l'appréciation des dommages, que « prétend subir un ouvrier, qui attribue aux « travaux de sa profession une hernie dont il est « porteur et qui réclame une indemnité comme « compensation de cette infirmité. Nous sommes, « à cet égard, de l'avis de Roser et de Socier, et « nous pensons que si les travaux corporels et les « accidents peuvent favoriser dans une certaine « mesure le développement des hernies, il faut « toujours admettre que la constitution physi- « que du sujet, la conformation abdominale et « l'état pathologique du sujet sont les premiers « responsables d'une lésion, dont les actions méca- « niques ne sont jamais que la cause occasion- « nelle. »

Tous les chirurgiens qui ont opéré beaucoup de hernies sont d'avis que la hernie de force est des plus rares. Presque toujours dans les opérations de hernie on trouve une disposition anatomique qui indique qu'il y avait soit préformation du sac, soit faiblesse des parois abdominales, soit persistance du canal vagino-péritonéal et que le traumatisme n'intervient que comme épiphénomène, comme cause purement occasionnelle.

Brouardel pense également que la hernie qui se produit par un effort unique est une exception des plus rares, que l'accident n'intervient que secondairement, qu'il ne constitue que la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Blasius, sur 1000 hernies, n'en trouve qu'une seule d'origine traumatique.

Par ce que je viens de dire, par les auteurs que je viens de citer — et la liste pourrait en être allongée, — on peut voir que l'opinion scientifique qui règne est que : la hernie-accident, si tant est qu'on doive l'admettre, est excessivement rare ; que toujours ou presque toujours il y a prédisposition par une malformation antérieure, que l'accident n'intervient que comme cause purement accessoire (Jaboulay, Durand). Ces données ont été primitivement sanctionnées par la jurisprudence. En effet, le 27 février 1901, la cour de Limoges déclarait que : « la hernie ne constituait « pas un accident du travail donnant droit à une « indemnité au profit de l'ouvrier qui en est at- « teint ».

Par contre, d'autres auteurs (Remy, Forgue et Jeanbrau) reconnaissent l'influence du traumatisme, acceptent le partage des responsabilités entre l'accident et l'anomalie prexistante. Un arrêt de la cour d'appel de Paris (8 février 1902) a décidé que si le blessé est affecté de la prédisposition herniaire, le tribunal doit tenir compte, dans l'appréciation de l'incapacité, de la part due à l'accident et de celle imputable à l'état pathologique du blessé. Un arrêt de la cour de Chambéry (19 novembre 1900) juge dans le même sens.

Tout en reconnaissant le rôle de la prédisposition, d'autres cours ont nié que, lorsque l'accident reste prouvé, sa responsabilité doive être diminuée du fait de la prédisposition. Ainsi la cour de Lyon (22 mai 1902) dit « que la loi ne « précise pas aux magistrats de rechercher si la « victime d'un accident a des dispositions à « contracter une hernie » ; la cour de Grenoble précise que : « l'indemnité forfaitaire allouée par « l'article 3 est uniquement réglée d'après le « salaire de l'ouvrier et le degré de son incapacité « de travail, abstraction faite de l'état de santé « antérieur » ; la cour de Chambéry (16 février 1901) dit qu' « il importe peu que l'individu ait « une prédisposition herniaire, du moment où la « hernie n'a pas été amenée par l'évolution na- « turelle de cette prédisposition. »

En résumé, l'opinion scientifique générale est que la hernie de force ne saurait se produire sans qu'il y ait prédisposition herniaire. La théorie juridique, qui fait loi, néglige l'état antérieur et ne demande que la preuve de l'accident ayant occasionné une hernie. Pour qu'une hernie donne droit à une indemnité, il est donc nécessaire qu'elle ait le caractère d'un accident et présente certains symptômes particuliers.

Quels sont les phénomènes qui caractérisent la hernie-accident ? Le premier à signaler est l'effort violent et surtout la qualité de l'effort. La station debout, les jambes écartées et le tronc légèrement fléchi sur les cuisses paraît être la position la plus favorable à la production d'une hernie. L'effort nécessité pour soulever un fardeau est la cause occasionnelle la plus « fréquente « de la hernie ; puis vient celui qui résulte du « poids d'une charge sur les épaules, puis enfin « l'effort que l'on déploie pour s'opposer à une « chute imminente » (Brouardel). La position du portefaix s'apprêtant à charger un sac sur ses épaules est très favorable à la production d'une hernie. Il est indispensable dans les certificats médicaux de bien mentionner et la somme d'effort et la position du corps au moment où cet effort s'est produit. Des arrêts des cours de Lyon, de Paris et d'Amiens mentionnent que, pour que la hernie ait le caractère d'un accident, il est nécessaire que l'effort soit violent, anormal et exceptionnel. D'autres cours (Bordeaux, 1900 Angers, 1901 ; Nancy, 1901 ; Cour de cassation, 1902) refusent de reconnaître comme hernies-accidents celles qui se sont produites pendant un travail n'exigeant qu'un effort ordinaire. La science médicale est donc d'accord ici avec la jurisprudence pour dire qu'un effort violent, anormal et brusque dans une position donnée du corps est nécessaire à la production d'une hernie-accident.

Le second phénomène à signaler est la douleur ressentie par le sujet au moment de l'accident ; cette douleur est très violente ; elle force l'ouvrier à quitter son travail et à réclamer de suite les soins médicaux. Cette douleur se reproduira

dans la suite toutes les fois que l'intestin sort et est pincé dans un orifice étroit. Sont donc sujettes à caution toutes les hernies, qui permettent à l'ouvrier de continuer son travail, qui ne l'immobilisent pas de suite, comme le fait par exemple une fracture ; celles aussi pour lesquelles l'ouvrier ne réclame pas de suite l'intervention médicale.

Ces deux premiers phénomènes sont très importants et permettent déjà de préjuger la nature de la hernie. Ils m'ont servi dans un cas à rejeter la hernie-accident chez un ouvrier qui avait continué à travailler pendant deux jours et n'était allé trouver le médecin que le troisième jour.

Il existe d'autres symptômes : 1° l'*unilatéralité* ; en général, une hernie double est acquise ; 2° *le volume :* la hernie-accident est petite ; une hernie volumineuse atteignant le volume d'un œuf est ancienne : une hernie ne peut être d'emblée volumineuse, elle s'accroît lentement et progressivement ; 3° les *dimensions* de l'*anneau inguinal.* Ce dernier est petit dans la hernie-accident et admet à peine le doigt. On comprend parfaitement qu'un effort, si violent soit-il, ne peut effondrer l'anneau inguinal ; il peut propulser une petite portion d'intestin à travers l'anneau inguinal, mais sans le déchirer. Quand on trouve un anneau inguinal large, admettant deux doigts ou plus, à piliers relâchés, difficilement perceptibles, on peut être sûr qu'on a affaire à un anneau dilaté d'ancienne date ; 4° l'*état du trajet inguinal.* Dans la hernie-accident, le trajet inguinal conserve ses caractères et sa direction oblique en haut et en dehors. Les modifications dans la direction et les dimensions du trajet inguinal sont amenées par les hernies anciennes. En pareil cas, les deux orifices de ce trajet s'élargissent, l'externe plus que l'interne. A la longue, les deux orifices se superposent presque, le trajet intra-pariétal disparaît et le trajet herniaire devient direct d'arrière en avant. Quant à la véritable hernie directe, qui sort par la fossette péritonéale interne et pénètre dans le canal inguinal par sa paroi postérieure, elle ne s'observe qu'après la quarantaine. Il est exceptionnel qu'elle soit le résultat d'un traumatisme ; 5° l'*état de la musculature abdominale.* La sangle musculaire de l'abdomen doit être en bon état et il est de la plus haute importance d'en vérifier l'intégrité. La diminution de résistance de la paroi abdominale est une des causes les plus ordinaires de la production des hernies et il y a longtemps que Malgaigne avait signalé le ventre à triple saillie ; une médiane et deux latérales, dans l'étiologie de la hernie de faiblesse. L'obésité, le relâchement des parois abdominales, la flaccidité des tissus sont autant de points à signaler ; 6° l'*ectopie testiculaire* est incompatible avec la production d'une hernie-accident. Il n'est pas jusqu'aux antécédents héréditaires, qui ne soient à rechercher. L'influence héréditaire dans la production des hernies est généralement admise.

La variété de hernie est aussi à considérer en pareille matière. Le plus souvent il s'agit d'une hernie inguinale. La hernie crurale est la plupart du temps une hernie de faiblesse, elle est d'ailleurs rare chez l'homme. La hernie ombilicale, plus spéciale à la femme, se développe lentement, est sujette à des poussées congestives douloureuses ; elle ne rentre pas dans le cadre de la hernie accident.

De quelle quantité est diminuée la capacité de travail d'un ouvrier à la suite d'une hernie-accident ? Brouardel admet, dans ses tableaux d'évaluation des infirmités permanentes, du 20 au 30 %. L'office impérial des assurances en Allemagne accorde du 5 au 10 p. % pour une hernie inguinale simple ; du 10 au 20 p. % pour une hernie inguinale double. Si l'on passe en revue les indemnités allouées aux ouvriers par les différentes cours, qui ont eu à juger des cas de hernie-accident, on trouve des chiffres variant de 5 à 15 %. Dans cette évaluation, il faut tenir compte de plusieurs facteurs. Si l'accident arrive chez un ouvrier jeune et qui puisse être opéré ; après la cure radicale, si le résultat a été bon, ce qui est la règle, l'indemnité se réduit à une incapacité temporaire. Dans le cas où la cure radicale n'est pas possible, soit que l'ouvrier l'ait refusée, ce qu'il est toujours en droit de faire, soit qu'elle ne soit pas praticable, si la hernie peut être maintenue par un bon bandage, le dommage causé du fait de la hernie est minime et ne doit pas dépasser le 5 p. %. Si au contraire, la hernie augmente de volume, si elle est difficilement maintenue par le bandage, la gêne apportée au travail peut être considérable et le dommage causé assez important. La diminution de capacité peut s'élever en pareil cas du 15 au 25 p. %.

Les procès relatifs à la hernie-accident deviennent de plus en plus nombreux. On conçoit combien il est facile à un ouvrier porteur d'une hernie de la mettre au compte d'un accident. Aussi est-il nécessaire que le médecin, qui délivre un certificat pour une hernie accident, en décrive minutieusement tous les caractères, note les moindres cicatrices. Dans un cas, j'ai trouvé une cicatrice due à une excoriation produite par un bandage. Si les actions en dommages pour hernies deviennent plus fréquentes, *il est évident que* les patrons et les compagnies d'assurances auront intérêt à faire procéder avant l'embauchage à un examen médical. Très souvent cette espèce de conseil de révision serait le meilleur moyen pour les patrons et les compagnies d'éviter de faire des rentes à de vieux herniaires.

CHRONIQUE SYNDICALE

Un rappel à l'esprit syndical

Nous lisons dans le compte rendu de la séance du Syndicat médical de Mortagne du 1er octobre 1910, le passage suivant :

Correspondance.— M. Descuyper, chargé de l'organisation du banquet donne lecture de la lettre suivante :

Le 27 septembre 1910.

Mon cher Confrère,

Ayant maintes fois constaté que la plupart des membres du Syndicat se faisaient un devoir de ne pas assister aux réunions, lorsque ces réunions coïncidaient avec leur jour de marché *et qu'ils plaçaient ainsi, avec plus ou moins de raison, leurs intérêts personnels bien au-dessus de l intérêt général*, je me suis décidé à suivre maintenant ce bel exemple de profond désintéressement. J'ai donc le regret de vous informer qu'il me sera impossible d'assister à la réunion de samedi prochain.

Maintenant si vous désirez connaître mon opinion sur ce sujet, la voici :

Puisse la proposition suivante être adoptée dans le plus bref délai :

« 1° Tout membre qui n'assistera pas aux réu- « nions du Syndicat, sans présenter d'excuse vala- « ble, sera passible d'une amende de dix francs ;

« 2° Ne peut être admise comme excuse valable « que toute cause empêchant, le même jour, le con- « frère d'exercer sa profession. »

Toute amende inférieure à 10 francs serait dérisoire. Si ce confrère préfère rester chez lui pour augmenter ses revenus, *il paraît très juste qu'en travaillant pour lui ce même jour, il travaille aussi un peu pour le Syndicat qui, au même moment, s'occupe de ses intérêts.*

Je vous autorise à me faire profiter le premier du bénéfice de cette proposition ; soyez persuadé que la certitude de la voir adoptée m'indemnisera largement.

Agréez, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Lemoine.

Le procès-verbal ajoute que la proposition a reçu le meilleur accueil et a toutes chances d'être votée à la prochaine réunion.

Nous nous permettons d'ajouter, en simple porte-parole d'une expérience de longue durée, que tous les Syndicats vraiment actifs, vivants, syndicalistes (qu'on nous passe le mot) ont dû en arriver à se donner des règles intérieures de ce genre-là, solidarité, dignité, même parole d'honneur ne suffisant pas toujours à assurer les résultats... jusqu'à ces derniers temps du moins.

Dr Jeanne.

Le Médecin doit être soutenu par son Syndicat.

A Monsieur le Président du Conseil
de Direction du *Concours médical*, Paris.

Monsieur le Président et très honoré collègue,

C'est comme membre de la Société civile du *Concours médical* que j'ai l'honneur de m'adresser à vous pour solliciter votre avis, et au besoin votre appui, au sujet d'un fait qui ne m'est d'ailleurs pas personnel et peut intéresser un certain nombre de nos confrères. En tout état de cause, il constitue un nouvel appoint à l'étude de la mentalité particulière de certaines collectivités à l'endroit du corps médical.

L'administration de l'hospice civil de Rochefort a eu, ces temps derniers, à désigner un médecin chargé de la visite des filles soumises. Et pour bien affirmer son impartialité, dans l'attribution d'un service rétribué, elle a adopté le roulement entre les médecins de la ville, par voie de tirage au sort sur une liste dressée à cet effet.

Cette manière de procéder serait absolument correcte et ne saurait susciter aucune récrimination, si, en même temps, l'administration n'avait pris soin d'exclure, *a priori*, de sa liste, les médecins de la marine en retraite, exerçant dans la localité. Or, nous sommes ici trois confrères, médecins de la marine en retraite, faisant partie du syndicat local, exerçant ouvertement la profession médicale et payant patente, qui nous trouvons éliminés par cette mesure

Au fond, le fait, en lui-même, n'a, si l'on veut, qu'une minime importance, mais sa répercussion peut être considérable ; elle peut, à un moment donné, nous porter aux uns et aux autres un préjudice matériel et moral, devant la menace duquel notre devoir et notre intérêt, notre dignité, nous obligent à protester.

Tout en reconnaissant aux administrations le droit de choisir comme bon leur semble les médecins qu'elles emploient, il n'est pas possible d'admettre cette exclusion systématique de toute une catégorie de médecins, basée uniquement, car je ne vois pas d'autre raison, sur ce qu'ils jouissent d'une pension de l'Etat. Je ne puis m'empêcher de trouver excessive cette incursion dans le domaine de notre vie privée, et je prétends que ni nos ressources personnelles, ni notre origine ne doivent entrer en ligne de compte dans la répartition des services publics. Si l'on admettait de pareils procédés, ce serait ouvrir la porte à toutes les indiscrétions, à toutes les inquisitions, ce serait, forcément, l'arbitraire avec toutes ses conséquences les plus fâcheuses.

Nous faisons partie d'un corps médical dont tous les membres, en assumant les mêmes obligations, partagent, en tant que médecins, les mêmes droits ; nous sommes admis dans les syndicats médicaux au même titre que tous nos confrères. Nous ne formons donc pas une catégorie de médecins à part, et nous ne pouvons nous résigner au rôle de victimes qu'on voudrait nous laisser accepter

J'ai tout lieu de penser que tous nos confrères, tant du Syndicat médical que des autres sociétés locales, partagent ma manière de voir et qu'ils sont décidés tous à protester avec moi, qu'ils seraient heureux de voir l'administration revenir sur une décision inadmissible et injustifiée. Cet accord est indispensable. Contre des procédés de nature à troubler l'entente si nécessaire à nos intérêts communs, il n'est pas trop du concours de toutes nos forces.

C'est pourquoi je m'adresse au *Concours médical*, en lui confiant le soin de tous ces intérêts, et en lui demandant les moyens les plus propres à mettre fin à un conflit toujours regrettable, et dont les suites peuvent être préjudiciables à tous les médecins ; je lui demande s'il ne croirait pas devoir agir par lui-même sur le syndicat médical, qui craindra peut-être d'indisposer contre lui l'administration au grand bénéfice des médecins non syndiqués. Le mot *protestation*

a d'ailleurs été très discuté et même repoussé pour être remplacé par le terme plus bénin et plus platonique de « vœu à l'administration ».

En tout état de cause, je m'en rapporte à ce que vous déciderez, et vous prie de vouloir bien me faire connaître le plus tôt que vous le pourrez votre sentiment dans cette affaire, et la marche à suivre le cas échéant, avant la prochaine réunion de notre syndicat, qui doit avoir lieu dans les premiers jours de janvier.

Veuillez agréer, Monsieur le président et très honoré collègue, l'assurance de mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués,

Dr Lassabatie.

Réponse.— Il n'est pas douteux, pour nous qui connaissons la plupart des membres de votre syndicat, que celui-ci rejettera avec ténacité tout système qui ne vous reconnaîtra pas des droits égaux à ceux de vos cosyndiqués. S'incliner en vous sacrifiant serait d'ailleurs un acte délictueux, mettant en jeu la responsabilité civile du syndicat envers les membres lésés. Pourquoi redouter pareille éventualité qui est inadmissible ? Tranquillisez-vous.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Déclaration des Maladies contagieuses

A M. le Directeur du *Concours médical*,

Mon cher confrère ,

Transmettez,je vous prie, par la voie du *Concours*, mes félicitations au docteur Louvel, dont je partage absolument les appréciations sur la déclaration des maladies contagieuses. J'ai eu du reste l'occasion de donner, il y a près d'un an, mon opinion sur ce sujet dans l'*Arsenal de l'hygiène*, numéro de janvier 1910, publié par M. Gonin, et vous retrouverez peut-être de ma prose à ce sujet dans les cartons du *Concours* si tant est que vous ayez cru bon de la conserver.

Je soutenais alors et je soutiens encore que, pour être efficace, la prophylaxie des maladies contagieuses doit, comme leur traitement, rester exclusivement entre les mains du médecin traitant. Et j'ajoute de suite : il y a danger pour la Société et pour le corps médical à sortir de cette formule.

Je connais vos opinions à ce sujet, je sais que vous êtes fait le défenseur du text de l'Union des Syndicats et de l'Administration au Congrès des Praticiens, et je partage assez souvent votre saine manière de voir pour me permettre, persuadé que vous ne m'en voudrez pas, de combattre sur ce point votre façon de penser.

Il n'est pas, à mon avis, de personne plus capable d'enrayer une épidémie, de faire une désinfection plus utile,parce qu'opportune et complète et s'appliquant parfaitement à chaque chose contaminée, que le médecin traitant, pas même le directeur du bureau d'hygiène, même s'il est médecin. Rappelez-vous l'anecdote du confrère qui reçut les indications suivantes d'un grand chef de a prophylaxie administrative : laver les parquets avec un antiseptique; enlever les rideaux et les tentures,mettre les lits au milieu de la pièce,alors qu'il s'agissait d'une demeure pavée en terre battue privée de rideaux et presque peut-être de fenêtres, où les lits étaient bâtis dans les murs. A tout coup, l'Administration fait des bévues pareilles, d'autant plus grandes qu'elle emploie des subalternes plus incompétents, facteurs ou cantonniers dont l'importance dans la loi de 1902 n'a d'égale que leur nullité en matière d'hygiène. Il faut le dire et le redire bien haut, pour que le public le sache, la désinfection faite en fin de maladie n'arrêtera jamais la propagation des maladies si le médecin traitant n'y tient le premier rôle, rôle suffisant par lui-même. Et je ne puis que répéter ici ce que j'écrivais dans le journal précité. Je soumets à l'appréciation du corps médical tout entier les deux procédés suivants mis en parallèle au point de vue de l'efficacité.

1° *Désinfection et prophylaxie par le médecin traitant seul.* — Supposons qu'il s'agisse d'une scarlatine. Le médecin traitant fait mettre le malade dans une pièce isolée si possible ; des conseils sont en tous cas donnés à la famille pour que cet isolement soit, suivant les circonstances, aussi rigoureux que possible. Une blouse est suspendue derrière la porte, vous connaissez son usage; la *gorge, les oreilles, le nez, les dents sont lavés* fréquemment avec un antiseptique ; les déjections sont désinfectées avant d'être jetées aux cabinets, *le linge est bouilli à part et sur-le-champ*, les mains des gardes sont soigneusement lavées, etc., etc., avec des variantes pour chaque cas particulier suivant l'évolution de la maladie.

2° *Méthode officielle.* — Deux feuilles du carnet de désinfection jetées à la poste et le médecin. . . . . s'en lave les mains, c'est bien le cas ici. L'administration fera-t-elle aussi vite et mieux que dans le cas précédent ? Quand désinfecteront les cantonniers agissant au nom de la loi ? Que désinfecteront-ils, comment désinfecteront-ils ? Les agents voyers ou les maires auront-ils l'autorité scientifique voulue pour donner les indications utiles, indications variables, et j'insiste encore sur ce point excessivement important, avec chaque maladie, avec chaque malade, qui doivent s'adapter au milieu, à l'évolution de la maladie ? Car s'il est vrai qu'il n'y a que des malades, il est aussi vrai qu'il n'y a que des mesures prophylactiques à prendre et non pas une prophylaxie unique, codifiée, enfermée dans des formules immuables. Et cette prophylaxie commence avec la maladie, elle est de tous les instants et ne cesse qu'avec la maladie elle-même et peut-être même plus tard. Chez un typhique par exemple, ce sont les déjections qui sont contagieuses et cela pendant longtemps, dit-on ; le service de désinfection montera-t-il la garde devant la terrine du malade pendant tout le temps jugé nécessaire ?. . . . Nous sommes, nous, médecins traitants, indispensables et les *seuls* indispensables à la prophylaxie vraie et dans la loi actuelle

l'administration ne joue pas un rôle beaucoup plus important que celui de la mouche du fabuliste.

Car enfin nous faisions de la prophylaxie avant que l'administration s'en mêle, c'est nous qui du reste la lui avons apprise ; nos ancêtres médecins en faisaient, nous en faisons encore et nous en ferons chaque jour davantage à mesure qu'elle fera elle-même plus de progrès. Et notre action féconde s'étend bien au-delà des quelques maladies accaparées par l'administration. Notre prophylaxie est individuelle, elle est sociale, elle est instinctive et fait partie de notre science, de notre art, comme la thérapeutique. N'est-ce point faire œuvre prophylactique que de dépister au début, pour les combattre, les cardiopathies des maladies infectieuses, que de conseiller les toniques et tous les moyens reconstituants aux convalescents affaiblis qui deviendraient sans nous des tuberculeux, que d'interdire le mariage aux victimes de Vénus ou d'Eros, que de soigner une métrite qui aurait provoqué l'ophtalmie du nouveau-né. Et lorsque *nous conseillons* à nos clients, qui sont nos amis, parfois de changer de logement, d'aérer leur demeure, d'éviter telle ou telle chose, d'en faire telle ou telle autre, ne faisons-nous pas de la prophylaxie utile, féconde, discrète..... Tout cela se passe sans bruit, sans grandes phrases, sans entendre répéter constamment à nos oreilles les grands mots de dévouement, de devoir, émanant de personnages qui se croient importants. Nous exerçons une profession libérale sans autre guide que nos connaissances, d'autre conseiller que notre conscience, et il ne nous plaît pas qu'un préfet, qu'un Directeur, si éminent soit-il, de bureau d'hygiène, nous apprenne qu'il compte sur notre patriotisme, sur notre bonne volonté pour arrêter la contagion, sur notre précieux concours pour contribuer à l'œuvre de solidarité sanitaire entreprise. Laissons ces lieux communs aux hommes politiques, cela fait très bien dans les réunions publiques ou dans les inaugurations et ne mangeons pas de ce pain-là. Nous n'avons pas besoin des encouragements, qui semblent parfois des ordres venus de haut pour faire notre devoir ou ce que nous considérons comme tel. Jetez un coup d'œil sur le martyrologe des victimes du devoir : vous y trouverez tombés en luttant contre l'épidémie plus de médecins que de préfets ou de fonctionnaires à grosses prébendes, chamarrés de décorations acquises dans leur bureau et dont nous payons les sinécures avec nos patentes qui augmentent sans cesse.

Et en ne négligeant pas ce que vous appelez le premier terme du problème, celui qui vise la protection sanitaire de nos clients et de nous-mêmes » je me demande pourquoi on nous enlèverait la prophylaxie des maladies ? J'ai toujours entendu dire qu'il était plus facile de prévenir que de guérir et j'ai démontré plus haut que nul ne pouvait mieux que le médecin traitant prévenir la contagion. Et du reste, si nous ne sommes pas compétents pour faire de la prophylaxie, nous ne le sommes pas davantage pour poser des diagnostics et faire de la thérapeutique. Comment la société, l'Etat, nous reconnaissent le droit, les connaissances suffisantes pour guérir, et dans certains cas nous devrions passer la main à l'administration dont nous deviendrions simplement les auxiliaires, non rétribués d'ailleurs ? Un directeur de bureau d'hygiène pourrait commander en maître aux malades comme cela a eu lieu à Nîmes ? C'est impossible, et le *Concours*, toujours sur la brèche pour soutenir l'indépendance du médecin, se doit à lui-même de dire aux nombreux praticiens qui le lisent : « Casse-cou, c'est le commencement de la fonctionnarisation. En vertu de la loi de 1902, vous recevrez du préfet, du directeur du bureau d'hygiène, du maire, du cantonnier, et du garde-champêtre des circulaires dont vous devrez tenir compte ». Et je n'exagère rien, depuis quelque temps, la préfecture du Gard, nous accable de circulaires qui vont même jusqu'à faire de la réclame pour le laboratoire d'un vétérinaire dit départemental. Que les préfets restent dans leur rôle ; que, en ce qui nous concerne, ils se contentent de publier régulièrement et correctement les listes médicales et qu'ils ne nous engagent plus avec des phrases mielleuses et des clichés tout faits à accomplir notre devoir. Car c'est presque une insulte que le corps médical saurait relever comme il convient, si les conditions actuelles de la vie ne l'avaient, hélas ! trop souvent habitué à obéir à une quelconque administration ou à un quelconque médecin en chef.

Est-ce à dire que l'Etat ne doit pas intervenir dans la lutte contre la maladie ? Non, certes ... son rôle est tout tracé au contraire. L'administration doit se mettre au service du corps médical pour lui prêter main forte au besoin, et prendre les mesures d'ordre administratif que lui indiqueront les praticiens. Mais, de grâce, ne renversons pas les rôles et ne mettons pas les médecins au service de l'administration.

Et pour ne pas encourir le reproche que vous adressez au Dr Louvel, voici ma proposition de loi que je livre à la disc ssion large et libre de tous vos lecteurs :

Attendu que les risques de propagation d'une maladie dépendent d'une foule de circonstances que seul le médecin traitant peut apprécier ;

Attendu que les médecins sont capables et seuls capables de faire de la bonne prophylaxie et que de tout temps ils en ont fait ;

Attendu que le médecin ne peut, sans perdre de sa dignité, soit se transformer en délateur, soit aliéner une partie si minime soit-elle de son indépendance ;

Attendu que l'Etat ne doit pas se désintéresser de la santé publique ;

Décrète :

Art. 1er. — La loi de 1902 est abrogée.

Art. 2. — L'administration (préfets, maires, etc.) doit se mettre à la disposition du corps médical pour prendre toute mesure que celui-ci décidera.

Voilà ma loi, si vous la trouvez trop radicale, je vous proposerai subsidiairement *mais très sub-*

sidiairement les résolutions du Congrès des Praticiens.

Croyez, mon cher confrère, à tout mon dévouement.

Dr Mosnier.

La Déclaration des Maladies contagieuses.

Mon cher confrère,

Je viens de lire l'intéressant « Propos du jour » que vous consacrez à la déclaration des maladies contagieuses. Comme vous le dites fort justement : « il est inacceptable que la responsabilité du médecin, en cette matière, passe avant celle de la famille, et il faut que celui qui, du fait de sa maladie, devient un danger public, ou ceux qui le représentent, soient les premiers obligés à assumer le devoir de protéger leurs voisins de la contamination. »

Or, il est un fait certain, c'est que si l'on ne trouve pas un moyen d'obliger les intéressés à faire cette déclaration, dans l'immense majorité des cas, ils se soustrairont à ce devoir dont la charge retombera sur nous fatalement.

Il me semble que ce moyen existe, qu'il est simple et serait vraisemblablement efficace : il suffirait que le texte de la loi dise, par exemple : « Le médecin traitant, aussitôt le diagnostic de la maladie posé, devra rédiger un certificat qu'il remettra aux intéressés, chef de la famille, d'institution, etc., qui seront tenus de l'envoyer eux-mêmes à l'administration compétente. Celle-ci en accusera réception, dans les 3 jours, au médecin. Ce dernier, à défaut de cet accusé de réception dans les 3 jours, devra faire lui-même cette déclaration, mais, *dans ce cas*, il sera autorisé à faire payer aux intéressés le prix de son certificat ».

J'imagine que cette simple disposition serait de nature à rendre beaucoup plus nombreuses les déclarations spontanées des familles. A toute obligation, il faut une sanction. Ce que l'on veut obtenir, c'est que la déclaration soit faite et c'est pourquoi l'*on exige*, dans cette œuvre de protection sociale, la collaboration du médecin, parce que l'on est en droit de compter sur son obéissance réfléchie à l'esprit qui a dicté la loi. D'autre part, l'on reconnaît que l'équité et le bon sens veulent que ce soit le *véritable responsable*, c'est-à-dire le malade ou ses représentants, qui jouent ici le premier rôle, et l'on ne se préoccupe pas de chercher un moyen qui les force, dans une certaine mesure, à accomplir leur devoir. Il y a là un manque de logique d'autant moins explicable que l'on ne manquera sans doute pas d'édicter des sanctions contre le médecin qui ne déclarerait pas !

Il semble donc de toute justice que les familles qui se déchargeront sur le médecin du devoir qui leur incombe et ne devrait, strictement, incomber qu'à elles seules, soient avisées qu'elles auront à honorer son intervention proportionnellement à l'importance du service rendu, de la corvée accomplie à leurs lieu et place. Autrement, il leur serait vraiment trop commode d'échapper à l'intention du législateur et de compter, comme toujours, sur ce brave homme de médecin....

Je ne me dissimule pas qu'il sera sans doute fait de nombreuses objections à ma proposition ; je crois qu'elles ne seraient pas difficiles à résoudre ; en tous cas, ce ne seront pas, je suppose, les médecins qui en soulèveront, et je pense qu'elle constituerait un bon moyen de rallier les protestataires qui, systématiquement, veulent ignorer la déclaration obligatoire.

Croyez-vous que cette proposition pourrait avoir quelques chances de succès d'être accueillie par la commission du Sénat ? Dans ce cas, il y aurait peut-être lieu de faire des démarches auprès des syndicats médicaux pour les engager à prendre à son sujet des décisions conformes avant que la discussion ne s'engage devant la Haute Assemblée ? Un mouvement unanime de l'opinion médicale, appuyée par de sérieuses démarches auprès des représentants autorisés du corps médical au parlement, serait peut-être de nature à la faire prendre en considération.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Gauthier,
Secrétaire du Syndicat de la Nièvre,
délégué du *Concours*.

SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux des séances des 8 et 15 décembre 1910.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous la réserve ci-après, des nouveaux membres dont les noms suivent, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1875 Deniau, à Illiers (Eure-et-Loir).
1876 Culan, à Bailleau-le-Pin (Eure-et-Loir).
1877 Guyonnet, à Bailleau-le-Pin (Eure-et-Loir)
1878 Vaillant, à Chartres, rue St-Michel.
1879 Robert, à Flogny (Yonne).
1880 Pradignat, à Paris.
1881 Joron, à Gouvieux (Oise).
1882 Rousset, à Chamoux (Savoie).
1883 Sarda, à Annonay (Ardèche).
1884 Souchon, à Satillieu (Ardèche).
1885 Châtelain, à Maiche (Doubs).
1886 Pérard, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).
1887 Guimbretière, à Montfaucon-sur-Maine (Maine-et-Loire).
1888 Auvinet, à St-Philbert-du-Pont-Charrault (Vendée).
1889 Micolier, à Rive-de-Gier (Loire)
1890 Belzons, à Cagnac (Tarn).
1891 Gosselin, à Argenteuil (Seine-et-Oise).
1892 Verdalle, à Cannes (Alpes-Maritimes).
1893 Joyes, à Péronne (Somme).
1894 Copréaux, à Tournan (Seine-et-Marne).
1895 Hermantier, à Angoulême (Charente).

1896 Lavielle, à St-Paul-les-Dax (Landes).
1897 Bouchard, à Libourne (Gironde).
1898 Robert, à Rigney (Doubs).
1899 Azambourg, à Champagny (Haute-Saône).
1900 Jobard, à Aillevillers (Haute-Saône).
1901 Knoll, à Sedan (Ardennes).
1902 Taillefer, à Béziers (Hérault).
1903 Pujos, à Auch (Gers).
1904 Petitjean, à Vesoul (Haute-Saône)
1905 Guerbé, à Carignan (Ardennes).
1906 Marès, à Vitry (Haute-Saône).
1907 Lebas, à Paris, 8, boul. Magenta.
1908 Cavaillé, à Villefranche (Aveyron).
1909 Caire, à Manosque (Basses-Alpes).
1910 Maussire, à Pesmes (Haute-Saône).
1911 Tahier, à Guillaume (Alpes-Maritimes).
1912 Michel, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
1913 Lapeyre, à Béziers (Hérault).
1914 Piot, à Lyon.
1915 Couffon, à St-Denis d'Anjou (Mayenne).

Ces admissions, qui auront effet du 1er janvier 1911, deviendront définitives quinze jours après la publication qui en aura été faite dans le *Concours médical,* si elles n'ont été l'objet d'aucune protestation

— Le juge de paix a condamné le client du Dr C., à lui payer ses honoraires, dont le montant n'était pas contesté et, sur la demande reconventionnelle, nommé un expert pour dire si le praticien avait commis une faute de traitement susceptible d'entraîner sa responsabilité civile.

Le Dr C. avait l'intention de poursuivre l'exécution de ce jugement, sans attendre le résultat de la demande reconventionnelle, lorsque son adversaire en a interjeté appel.

Comme il s'agit d'une affaire de responsabilité civile, l'appui pécuniaire lui est, bien entendu, acquis.

— Le Dr F. demande s'il doit accepter le règlement d'une note d'honoraires accidents du travail, tel que le lui offre une compagnie d'assurances, en soutenant qu'il n'est pas licite de compter un massage et une séance d'électrisation au cours d'une même visite.

Le Conseil estime que, si ces deux interventions étaient utiles pour la guérison du blessé, elles doivent être comptées cumulativement. Il engage le Dr F. à poursuivre le recouvrement de sa note, rectifiée conformément au tarif Dubief, en demandant des dommages-intérêts pour rendre l'affaire susceptible d'appel. Si le jugement à intervenir ne donne pas satisfaction au Conseil du « Sou », il donnera au Dr F. son appui pécuniaire en appel.

— Le Dr P. a obtenu, grâce aux conseils du « Sou » un jugement intéressant en matière d'honoraires accidents du travail et offre d'en envoyer copie.

Le Conseil accepte et s'engage à payer les frais de cette copie.

— Le Dr C. a obtenu gain de cause dans le procès en recouvrement d'honoraires d'un chirurgien de Paris que, médecin de l'ouvrier blessé, il avait appelé pour une opération délicate. Il demande que le « Sou médical » prenne à sa charge tout ou partie des honoraires de son avocat (100 frs).

Le Conseil décide de rembourser au Dr C. 75 francs sur cette somme, lui laissant le soin, pour le principe, de réclamer le surplus à son syndical local.

— Les médecins de Millau ont obtenu la condamnation du président d'une Société de secours mutuels qui les avait diffamés, à une amende, des dommages-intérêts et des insertions dans les journaux locaux.

Ils déclarent renoncer à l'appui pécuniaire que leur avait accordé le « Sou médical » et comptent payer avec les dommages-intérêts les honoraires de leur avocat.

Le conseil en prend acte et leur adresse ses remerciements, pour cette manifestation de bonne confraternité.

— Le Dr X. demande l'appui du « Sou » pour poursuivre une compagnie d'assurances dont il est le médecin attitré et qui envoie ses blessés à l'un de ses confrères, détournant ainsi la clientèle sur laquelle il pouvait compter.

Le Conseil, se conformant à l'article 7 du règlement intérieur voté par la dernière Assemblée générale, regrette de ne pouvoir donner son appui dans cette affaire, attendu qu'il s'agit de la défense d'une convention contraire au libre choix.

— Le Conseil accorde son appui pécuniaire au Dr V., pour défendre à l'appel interjeté par son adversaire contre plusieurs jugements de justice de paix qui ont fixé à deux ans la durée de la prescription applicable aux honoraires médicaux pour accidents du travail et décidé que, dans une commune dépendant d'une agglomération, le prix de visite devait être celui fixé pour le chef-lieu de cette agglomération par le tarif Dubief ou l'arrêté qui l'a modifié.

— Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr du C. de la somme de 7 fr. 75, coût de la copie d'un jugement qui a condamné un fils à payer les honoraires du médecin pour soins donnés à sa mère dans le besoin.

CORRESPONDANCE

Pour nos confrères du Caducée.

Monsieur,

Je lis dans un numéro du *Concours,* à la rubrique « Correspondance », un article concernant les *médecins de réserve* pour les confrères du « Caducée » et dénonçant la façon par trop cavalière d'agir à leur égard.

Je tiens à vous narrer mon cas, il est autrement instructif !...

Lors de mon installation à Bergues, il y a 5 ans, j'avais été désigné pour prendre le service

médical de la garnison en l'absence du médecin-major, parce que je venais d'être promu au grade de médecin aide-major de réserve.

Pendant quatre années, j'ai rempli ces fonctions à la satisfaction de tous. Puis subitement en septembre 1908, je me suis trouvé relevé de ces fonctions, à mon insu et remplacé par un confrère.

Or ce dernier n'a non seulement aucun grade dans la réserve, mais il n'a pas fait de service militaire et n'a donc aucune obligation militaire.

Ce changement est dû à une manœuvre odieuse de délation. Je l'ai appris par la suite. Un politicien haineux de petite ville a tout simplement fait dire au ministère de la guerre que je faisais de la politique.

Il voulait une place pour un des siens.

Or jamais je ne me suis occupé de politique.

Les rares loisirs que me laissent ma profession sont tous consacrés aux sports quels qu'ils soient.

Me voici, aujourd'hui médecin aide-major de réserve, supplanté dans mes fonctions militaires par un médecin civil qui n'a jamais été soldat. Me voici astreint à faire des périodes et à des obligations militaires sans pouvoir exercer ces fonctions.

Quelle situation et quelle injustice !

Veuillez, je vous prie, faire connaître mon cas par le *Concours médical* et agréer monsieur, mes civilités empressées.

Dr Decroo.

Au sujet des remplacements à durée illimitée de Médecins par des Etudiants.

Dr B., à B. à *Concours*.

Je serais curieux de savoir si l'autorisation d'exercer la médecine accordée à un étudiant muni de 16 inscriptions (ou supposé tel) peut avoir une durée illimitée ?

Voici les faits :

Le Dr X..., tombe malade, prend d'urgence un remplaçant *diplômé*, le Dr Y..., et meurt au bout de six semaines.

Le Dr Y. . continue la clientèle *provisoirement*, en attendant que le jeune Z...., ait fini ses études et une thèse spéciale.

Au bout de deux mois, le Dr Y.... disparaît à l'horizon. Z... (docteur pour le public) arrive et reprend, seul successeur officiel, la clientèle de feu le Dr X... Mais tous les 3 mois, Z..., reçoit de la préfecture (du moins on le suppose) l'autorisation d'exercer, tout en essayant de temps à autre de passer ses derniers examens.

Voilà bientôt deux ans que ce petit jeu-là dure.

Assez philosophe par nature, bien qu'en cause directe dans l'affaire puisque Z... exerce à côté de moi, cela m'amuse.

Mais n'est-ce pas un cas d'exercice illégal approuvé, encouragé *officiellement*.

Comme il n'y a pas de syndicat dans l'arrondissement je me permets de poser la question au *Concours*, heureux d'être un abonné et fervent lecteur.

Dr B.

Nous ne saurions mieux faire pour répondre que de citer l'entrefilet suivant du *Temps* reproduit par la *Gazette des Hôpitaux* du 15 décembre 1910, qui relate un fait analogue porté devant le Conseil d'Etat :

« Les internes et les étudiants dont la scolarité est terminée peuvent, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, être autorisés par le préfet à exercer provisoirement la médecine.

Ces autorisations, limitées à trois mois et pouvant être renouvelées, ne peuvent toutefois être données que dans le cas d'épidémie ou dans le cas de remplacement de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Or, en 1909, le préfet de la Haute-Loire fut avisé qu'un médecin de Monistrol, le docteur X.., quittait pour quelque temps la commune en vue de prendre un peu de repos. Dans ces conditions et sur la demande même du docteur X.., le préfet agréa un étudiant, le sieur Z.., comme remplaçant.

Mais il fut ultérieurement démontré que le préfet avait été induit en erreur et que le docteur X.., avait si bien quitté la commune sans esprit de retour, qu'il était aussitôt allé s'installer dans un autre département.

Dans ces conditions et sur la requête de la commune de Monistrol, le conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement, Léon Blum, a estimé que l'on ne se trouvait pas dans les conditions où la loi sur l'exercice de la médecine a permis de donner des autorisations provisoires, et l'arrêté du préfet de la Haute-Loire a été annulé. »

Identité des criminels.

Monsieur le Directeur et cher confrère,

Dans le numéro du *Concours médical* du 4 décembre courant, sous le titre : l'*Identité des criminels*, vous attribuez, sur la foi du *Literary Digest* au professeur Tomassia, de Padoue, le procédé d'identification par le moyen de la disposition des veines dorsales de la main.

Comme vous en trouverez la démonstration à la page 16 de mon travail : *Méthode anthropographométrique*, la priorité de ce procédé m'appartient incontestablement.

Vous verrez aussi que pour les cas, assez rares du reste, où la photographie des veines dorsales de la main manquerait de netteté suffisante pour établir la fiche anthropométrique, j'ai imaginé un *procédé anthropométrique accessoire* basé sur les données suivantes que j'ai découvertes :

1° La longueur des différents doigts de la main est variable avec chaque individu, indépendamment de l'âge, du sexe et de la taille.

2° L'accroissement des doigts est parallèle à celui de la taille, c'est-à-dire que les rapports de longueur restent les mêmes, depuis la naissance jusqu'à la fin de la croissance, en ne considérant, bien entendu, que l'état physiologique. Donc, on mesure la longueur interdigitale des cinq doigts d'une main, l'on détermine le rapport de la longueur *totale* des cinq doigts avec la hauteur de la

taille. Le quotient varie peu, d'après mes expériences, de 4 à 5,5. On peut aussi déterminer la longueur totale des *dix* doigts des deux mains, prendre la moitié pour la reporter à la hauteur de la taille.

Pour obtenir des fiches digitales très précises et d'une variabilité individuelle assez étendue, on a soin d'obtenir un quotient à *cinq* décimales.

Je vous serai donc reconnaissant, mon cher confrère, de vouloir bien insérer ma rectification dans votre prochain numéro et d'agréer mes remerciements anticipés.

Dr CROUZEL,
de La Réole.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles diverses.

— A signaler le jugement rendu dernièrement par le Tribunal de la Seine, en vertu d'un savoureux (!) et ironique attendu duquel **l'âge de la retraite pour les médecins** serait de 65 ans.

Cet attendu mérite de passer à la postérité. Le voici dans son intégralité :

Attendu... qu'il convient de remarquer qu'arrivés à l'âge (65 ans) du Dr Cheurlot, *la plupart des médecins*, après une longue carrière honorablement parcourue et *qui n'a pas manqué d'être très fructueuse*, aspirent à un repos bien mérité et, sans abandonner du jour au lendemain l'exercice de leur profession, s'appliquent à en diminuer peu à peu les fatigues...

— Pour **escroquerie et exercice illégal** de la médecine, le Directeur de l'Institut Mann, qui pratiquait la **guérison à distance**, encaisse à la 10e chambre 6 mois de prison et 3000 fr. d'amende.

Son compère, un malheureux officier de santé réduit au simple rôle de dactylographe, s'en tire avec 500 fr. d'amende.

— Le bureau du **groupe interparlementaire des Stations thermales**, qui vient de se former sur l'initiative du sénateur de l'Ardèche, M. Astier, a été ainsi constitué : président, M. Astier, sénateur ; vice-présidents, MM. Pédebidou, sénateur ; Schmidt, député : secrétaires, MM. Cachet, sénateur ; Jacquier, député.

— Un **étudiant** avait été autorisé par le préfet de la Haute-Loire à **remplacer temporairement** un médecin de Monistrol, désireux de prendre un congé.

Le Conseil d'Etat vient d'annuler l'autorisation préfectorale, la preuve ayant été faite que le médecin avait définitivement quitté la commune sans esprit de retour.

— Le Bureau de la **Société de médecine de Paris** s'est ainsi constitué pour l'année 1911 :

Président : M. Cayla.

Vice-présidents : MM. Bourdel, Caron de la Carrière et Castex.

Secrétaire général : M. Paul Guillon.

Secrétaire général adjoint : M. Mortier.

— Nous apprenons la fondation d'une **société de médecine** à Clermont-Ferrand sous la présidence de M. le Dr Gautrez.

Tous nos souhaits de longue vie et de prospérité à l'intéressante nouveau-née.

— M. le professeur Déjerine a été nommé titulaire de la **chaire de clinique** des maladies nerveuses, en remplacement du professeur Raymond.

Prix du Baron Larrey (750 fr.). — Le prix est partagé entre : M. Chavigny, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce, pour ses Etudes de « Psychiatrie militaire » ; M. Miramond de la Roquette, médecin-major à Nancy, pour son étude de la « Ceinture scapulaire ».

Un testament original est celui que laissait, au mois d'août dernier, notre confrère, le Dr Berjoan (de Vinca) :

« Je lègue ma fortune à ma famille, à charge de me faire enterrer civilement et de m'inhumer dans un cercueil en bois goudronné, doublé d'un autre cercueil en zinc fermant hermétiquement et rempli d'alcool à 90o, tout cela dans le seul but d'empêcher que mes ossements soient dispersés plus tard et que quelque famille sans scrupule ne s'empare de notre caveau ainsi que cela se fait trop souvent. »

Le journal l'*Indépendant des Pyrénées-Orientales* publia et commenta ironiquement ce testament. Poursuivi pour diffamation par la famille du défunt devant le tribunal civil de Perpignan, il a été condamné à deux cents francs de dommages-intérêts.

On ne badine pas avec la mort, disait presque Alfred de Musset.

(*Gaz des hôp. de Toulouse.*)

— Au Palais, l'autre semaine, un avocat demandait au Président la remise d'une cause, son collègue, une Dame-avocat, étant souffrante momentanément. — A un mois, dit le Président. — Ah ! c'est que voilà, M. le juge, reprit alors le demandeur, dans un mois ma collègue risque encore d'avoir des affaires qui la retiendront loin du Palais. — Maître Untel interrompit le Président, moitié riant, moitié bougon, possible que votre collègue ait des affaires, mais nous nous avons nos règles. Donc, à un mois !

(*Rev. mod. de méd. et de chir.*)

— **Morphine et mort fine**... Notre distingué confrère, le Dr Poullain, de Ouistreham, nous communique la très amusante anecdote suivante, dans laquelle il a joué un rôle. Nous lui laissons la parole :

Un dimanche soir de novembre, je suis appelé dans un petit hameau assez éloigné, auprès d'une femme souffrant terriblement d'ulcérations gastriques.

Je prescris la potion cocaïnée ; mais le pharmacien est à 6 km, et c'est dimanche, et il se fait tard, et il n'y a pas de commissionnaire. Je vais donc assurer une nuit pas trop mauvaise avec un peu de morphine. Je prépare mon aiguille, tire une ampoule. Mais le mari s'interpose, les yeux arrondis, les paumes tendues vers moi.

« — Non ! non ! je ne veux pas que vous la piquiez à la *mort* ?

— ? ? ?

— Oui ! oui ! je ne veux pas qu'elle s'éteigne *finement* ?...

— Voyons, monsieur...

— Je vous dis que non, qu'elle meure si elle doit mourir, mais en toute connaissance ! »

Et il ajoute, regardant sa femme : « Pas de *mort fine* ! »

J'en suis resté abasourdi

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 2 Dimanche 8 JANVIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'Education hygiénique du Peuple. Comment un Etat peut arriver à faire comprendre et appliquer une législation sanitaire ?

Tandis que toutes les nations civilisées sont pourvues d'une législation sanitaire pratique et respectée, la France, qui fut un temps à l'avant-garde de la science et de la civilisation, en est encore à se demander comment pourra être appliquée chez elle la loi pour la protection de la santé publique, loi qui date de près de neuf ans. Chacun cherche les causes pour lesquelles la population française a tant de peine à se plier à des obligations qui, en somme, sont édictées dans son propre intérêt. La principale, à n'en pas douter, est le manque d'éducation hygiénique du peuple. Et par la dénomination de peuple, nous n'entendons pas seulement la classe ouvrière, mais toutes les classes de la Société, y compris celle des intellectuels.

Dans aucun programme d'enseignement n'entrent d'une façon sérieuse les notions d'hygiène, et quand, par hasard, on tente quelque part d'en donner, on le fait avec une telle exagération et un tel luxe de maladresses, que les gens sérieux se prennent presque à regretter l'ignorance primitive de ceux que l'on a tenté d'instruire.

Il suffit, pour s'en rendre compte, de voir avec quelle incompétence, quelles tendances outrancières et quelle légèreté, la presse, cette grande éducatrice du peuple, aborde dans ses organes les plus répandus les questions d'hygiène sociale de la plus haute importance : alcoolisme, tuberculose, dépopulation et autres.

Les Allemands, gens plus sérieux et plus pratiques, s'y sont pris autrement. Ils ont jadis chargé les savants éminents qui dirigent l'*Office sanitaire impérial* de Berlin de rédiger un Guide populaire d'hygiène, le *Gesundheitsbüchlein*, qui, grâce à la simplicité de son exposition, à la facilité de sa lecture, à la netteté de ses

explications et à la modicité de son prix, fut bientôt en Allemagne dans toutes les mains. Ce manuel, tiré à un nombre considérable d'exemplaires, a paru pour la première fois en juillet 1894, et en est à sa onzième édition.

En moins de 33 pages, qui comprennent 13 figures, la structure du corps humain et le fonctionnement de ses organes sont sommairement et suffisamment exposés. Puis, vient l'examen des choses nécessaires à l'entretien de la vie de l'homme (air, eau, nourriture, vêtements, habitation). Un troisième chapitre est consacré à l'étude de l'homme dans ses rapports avec la société (agglomération, déplacements et voyages, éducation, vocation et profession). Enfin sont passées en revue les influences extérieures intéressant la santé, telles que les dangers provenant des conditions atmosphériques et du climat, les maladies infectieuses, les autres maladies, les accidents. Et le petit livre se termine par 14 pages d'instructions précises pour les gardes-malades.

Pas une incursion dans le domaine médical, pas un de ces termes techniques et ronflants, qui font chez nous si bel effet auprès du public spécial de certains cours de médecine à l'usage des gens du monde, institués par des sociétés bienfaisantes, ô combien ! Au contraire, nous y lisons :

« La guérison des malades et des blessés est à « peu près exclusivement du ressort du médecin. « Car le véritable diagnostic de l'état morbide, l'in« dication du traitement et des soins à donner aux « malades et le régime approprié à chaque cas « exigent une connaissance approfondie du corps et « de ses fonctions, de même que l'étude des chan« gements qui y sont apportés par la maladie. Le « médecin doit en outre être familiarisé parfaite« ment avec la nature et l'action des remèdes em« ployés.

« Or les connaissances nécessaires à cette fin ne « peuvent être obtenues que par un travail profes« sionnel assidu de plusieurs années. L'emploi ju« dicieux des notions ainsi acquises exige une expé« rience très longue. »

On chercherait en vain dans les 294 pages de ce livre une formule, l'indication même sommaire de l'emploi d'un médicament. Il est vrai que ceux qui l'ont écrit, tout en conservant l'anonymat, sont des hommes de première valeur, qui n'ont pas eu pour but, en vulgarisant l'hygiène, l'obtention des palmes académiques.

Après avoir parcouru ce guide populaire et appris tous les efforts faits en Allemagne pour le vulgariser, on comprendra pourquoi nos voisins d'Outre-Rhin acceptent sans protester la déclaration des maladies contagieuses et l'application des mesures de prophylaxie édictées, tant par la loi d'empire en général, que par les lois de chaque Etat particulier ; on comprendra comment le nombre des cas de maladies infectieuses, qui atteignait dans l'armée prussienne le chiffre de 22.218 en 1866, est tombé en 1895 à 4.077, malgré l'augmentation considérable de l'effectif depuis 1870 ; on comprendra comment la ville de Munich, qui passait autrefois pour une ville malsaine et où l'on comptait vers 1860, par 100.000 habitants, 213 décès dus à la fièvre typhoïde, et en 1875 encore, 130 décès résultant de la même cause, s'est assainie, grâce à l'influence de von Pettenkoffer, au point de ne compter en 1878 que 42 décès annuels de typhoïdiques par 100.000 habitants, et en 1892, à peine TROIS décès.

On comprendra enfin pourquoi nos voisins les Belges ont traduit en français le Guide populaire d'hygiène (1), et pourquoi le distingué Pr Malvoz, de Liége, a fait le possible pour le vulgariser dans son pays.

Concluons : pour appliquer efficacement une législation sanitaire, il est indispensable de réformer les mœurs. On ne réforme les mœurs que par l'éducation populaire simple, méthodique et sérieuse. En France tout est encore à faire à ce sujet.

J. NOIR.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur GAUCHER.

Les modalités de l'hérédo-syphilis.

Nous avons étudié précédemment les règles et les anomalies de l'hérédité syphilitique. Vous connaissez les conséquences de cette hérédité pour l'embryon et pour le fœtus. Je vais aborder maintenant l'étude des manifestations de l'hérédo-syphilis chez les enfants nés à terme.

Ces manifestations, qui peuvent se produire pendant toute l'existence, sont diverses et multiples, et il est nécessaire de les classer. On a l'habitude de les diviser en deux groupes. Le premier groupe comprend ce que l'on a nommé la syphilis héréditaire précoce, le second groupe ce que l'on a nommé la syphilis héréditaire tardive. Je crois cette division défectueuse. Dans la syphilis héréditaire précoce, en effet, il y a des lésions d'âge différent, les unes d'ordre secondaire, les autres d'ordre tertiaire. Aussi, je préfère adopter une autre classification en 4 groupes, qui sont :

(1) Guide populaire d'hygiène. Manuel de la santé publié par l'Office sanitaire de l'Empire allemand, traduit d'après la dixième édition allemande avec l'autorisation des auteurs, par le Dr CRYNS, médecin légiste à Verviers, avec un avant-propos du Pr G. Malvoz, de Liège.— A. Manceaux, édit., 33, rue d'Idalie, 1910, à Bruxelles.

1° L'hérédo-syphilis secondaire, correspondant à la période secondaire de la syphilis acquise. La seule différence est que, dans la syphilis héréditaire, le chancre fait défaut, l'infection se produisant d'emblée, soit par voie sanguine, si la mère est contaminée pendant la grossesse, soit par infection ovulaire, si la mère est syphilitique avant la conception, ou si le père est syphilitique. C'est une syphilis décapitée, comme on l'a nommée, mais à part cela, elle offre tous les caractères de la syphilis secondaire acquise. Comme elle, elle est généralisée et diffuse, portant sur tout l'organisme, peau, viscères. On l'appelle quelquefois congénitale, car elle s'observe peu après la naissance ; on l'appelle encore précoce. Ce terme, comme je vous l'ai dit, est mauvais, puisque dans les accidents précoces, on peut voir des lésions qui ont tous les caractères du tertiarisme.

Voilà donc un premier groupe, l'hérédo-syphilis secondaire. Passons au second.

2° L'hérédo-syphilis tertiaire. Elle peut avoir été précédée de syphilis secondaire. Toutefois, cette hérédo-syphilis tertiaire se montre également quelquefois d'emblée, soit que la période secondaire ait été très atténuée, soit qu'elle ait évolué dans l'utérus. Cette hérédo-syphilis tertiaire peut aussi exister d'emblée à la naissance pour une autre raison. Lorsque la virulence de la syphilis des générateurs est faible, elle n'est susceptible de produire que des lésions tertiaires. Quand un homme contracte la syphilis, cette syphilis se présente toujours de la même façon. Elle débute par un chancre, auquel succéderont les accidents secondaires, puis les accidents tertiaires. Quand il s'agit d'hérédo-syphilis, celle-ci peut provenir d'une syphilis atténuée, qui n'a plus la force de donner que des accidents tertiaires.

Quoi qu'il en soit, que l'hérédo-syphilis tertiaire soit primitive, ou qu'elle soit consécutive à des accidents secondaires, elle est précoce ou tardive. C'est pourquoi la dénomination d'hérédo-syphilis précoce et tardive est défectueuse. On peut observer ces accidents tertiaires au bout d'un mois, au bout de 2 ans, 3 ans, et beaucoup plus tard.

3° Arrivons à la troisième classe d'hérédo-syphilis : l'hérédo-syphilis que j'appellerai volontiers quaternaire, qui comprend des lésions de parasyphilis. Elle peut avoir été précédée d'accidents secondaires et tertiaires, mais elle peut également exister seule et se montrer à toutes les périodes de la vie. Elle relève alors d'une infection plus atténuée par le temps ou par le traitement. Les accidents secondaires et tertiaires sont syphilitiques ; les accidents quaternaires sont d'origine et non de nature syphilitique. C'est du moins la conception de Fournier, à laquelle il conviendrait peut-être d'apporter une légère atténuation, puisque parfois — exceptionnellement, il est vrai — ces accidents ont été influencés par le traitement spécifique.

4° Reste le quatrième groupe : l'hérédo-syphilis quintaire, du cinquième degré, qui comprend des lésions dystrophiques, des déformations produites par les troubles que la syphilis apporte à la nutrition. C'est le reliquat d'une infection encore plus ancienne et plus atténuée. Elle s'accompagne parfois, cependant, d'autres lésions syphilitiques.

L'hérédo-syphilis comprend donc des accidents de quatre ordres : des lésions secondaires comparables à la syphilis secondaire acquise ; des lésions tertiaires comparables à la syphilis tertiaire acquise ; des lésions quaternaires comparables à la parasyphilis de l'adulte, et des lésions quintaires, dystrophiques. Il y a quatre classes, la dernière devant être appelée quintaire, puisque la première (le chancre) n'existe pas.

Je vais aborder maintenant l'hérédo-syphilis secondaire. Elle correspond à la période où la maladie des géniteurs est en pleine activité. Elle détermine des lésions qui ont pour caractère d'être diffuses, alors que les accidents tertiaires sont localisés.

Ces lésions secondaires peuvent exister au moment de la naissance. Le plus souvent, elles apparaissent deux, trois, quatre semaines après. Les nouveau-nés restent quelque temps avec toutes les apparences de la santé. Il y a d'ailleurs plusieurs éventualités qui sont susceptibles de se présenter. Dans un premier cas, l'enfant, né à terme, meurt rapidement dans les premiers jours de la vie, par hémorrhagies. Les hémorrhagies en question sont des omphalorrhagies, des épistaxis, des hémorrhagies intestinales. L'enfant succombe. Ces faits sont bien connus des accoucheurs et des syphiligraphes.

Dans un deuxième cas, l'enfant meurt aussi rapidement, sans que l'on sache pourquoi. On considère la mort comme due à la débilité congénitale. Si on pratique l'autopsie, on trouve des gommes multiples, généralisées, dans les poumons, le foie, les reins. Vous voyez combien ces faits sont intéressants, puisque l'hérédo-syphilis, ici, passe facilement inaperçue. On pense aux hémorrhagies du purpura, à la débilité congénitale, et il s'agit d'hérédo-syphilis.

Dans les cas dont il me reste à parler, la syphilis est moins masquée.

Dans un troisième cas, l'enfant, né à terme vivant, présente à sa naissance une manifestation cutanée décrite sous le nom de pemphigus palmaire et plantaire, dénomination assez défectueuse d'ailleurs. Cette lésion est de première importance.

Le pemphigus hérédo-syphilitique existe parfois au moment de la naissance. Il peut se mon-

trer dès le sixième ou le septième mois de la vie intra-utérine. Quand il n'existe pas à la naissance, il apparaît dans les deux premiers jours, rarement après le troisième jour, jamais après le septième. On peut suivre toute son évolution lorsqu'il débute après la naissance. On constate d'abord une teinte vineuse, hortensia, des extrémités. Vous savez que les téguments chez les nouveau-nés sont très colorés. Ici, ils le sont plus encore. Sur la peau vineuse, vous voyez se produire des taches violacées, sur lesquelles l'épiderme se soulève sous forme de bulles de deux millimètres à un centimètre de longueur. Ces bulles renferment dès leur apparition un liquide purulent ou sanguinolent. Un autre caractère très important du pemphigus hérédo-syphilitique, est que les bulles apparaissent rapidement, en nombre variable. Elles sont quelquefois nombreuses et confluentes. Certaines sont petites, globuleuses ; d'autres sont grandes, plus aplaties, plus flasques. Où siègent-elles ? Exclusivement à la paume des mains et à la plante des pieds. Quelquefois, elles débordent légèrement sur les régions voisines, mais le siège par excellence est la plante des pieds et la paume des mains. Les bulles se sèchent ou se rompent ; quand elles se rompent, elles peuvent devenir ulcéreuses, terminaison qui est la plus grave.

Le pemphigus hérédo-syphilitique, même non ulcéré, est d'un mauvais pronostic. Souvent, les enfants succombent. Toutes les fois où il s'ulcère, ou à peu près — en médecine, le mot toujours ne doit guère être employé — l'affection est mortelle.

Je vous disais que l'expression de pemphigus est défectueuse. Pemphigus veut dire bulles. Or, dans ces cas, les bulles ne sont que secondaires. Cornil a fait une étude complète de ce pemphigus. Il a montré que les bulles reposaient sur un soulèvement papuleux de la peau, qu'il s'agissait d'une papulo-bulle, et surtout d'une papule offrant tous les caractères de la papule secondaire, la peau ne se soulevant qu'à cause de la fragilité de l'épiderme.

Le diagnostic du pemphigus hérédo-syphilitique est, vous en comprenez les raisons, très important. On peut le confondre avec une affection bulleuse : le pemphigus épidémique des nouveau-nés. Il est indispensable — pour l'enfant et pour la nourrice — de bien différencier les deux affections.

Le pemphigus épidémique des nouveau-nés débute rarement avant le quinzième jour qui suit la naissance, et jamais à la naissance, ni dans les premiers jours. Il ne débute jamais par la paume des mains ni par la plante des pieds, mais par la partie supérieure du thorax d'où il peut s'étendre. Les localisations palmaire et plantaire, quand elles existent, sont toujours tardives.

Donc, les deux pemphigus débutent différemment comme âge et comme siège. Les bulles sont également différentes.

Dans le pemphigus syphilitique, vous ai-je dit, la bulle résulte d'un soulèvement de l'épiderme au niveau d'une papule. Dans le pemphigus épidémique, la bulle se produit sur une peau rosée, non violacée. Les bulles du pemphigus épidémique sont plus volumineuses, plus régulières, plus pleines, pas aplaties comme le sont habituellement les bulles du pemphigus syphilitique. Et puis, le contenu est dissemblable. Dans la syphilis, il est d'emblée purulent. Dans le pemphigus épidémique, il est citrin et ne devient louche qu'au bout de quelques jours. De plus, le liquide de la bulle de pemphigus épidémique se résorbe, il se forme une croûtelle jaunâtre, jamais d'ulcération. C'est, en somme, une affection bénigne, qui guérit seule, sans traitement. De sorte que l'erreur n'est guère possible, si l'on y prête un peu d'attention.

J'arrive à la quatrième éventualité de l'hérédo-syphilis secondaire. C'est la plus commune. Les enfants naissent bien portants et les accidents n'apparaissent qu'ensuite. Il y a quelquefois des phénomènes généraux. Vous voyez les enfants maigrir, s'affaiblir. En même temps, la coloration de la peau s'altère, elle prend une teinte grisâtre, bistrée, terreuse. La peau se plisse facilement, et le petit malade ressemble à un petit singe ou à un petit vieillard. Son masque est cuivré, avec de la séborrhée croûteuse des arcades sourcilières.

Dans d'autres cas, les enfants restent de belle apparence, et, à part les lésions, ils paraissent ne pas souffrir. De sorte que, dans ces cas qui comprennent des lésions d'hérédo-syphilis cutanée et viscérale, l'état général se présente sous deux aspects. Ou bien, il est en rapport avec la syphilis, et la traduit, ou bien il paraît intact et les lésions existent seules. Ces lésions constituent la caractéristique de l'hérédo-syphilis secondaire.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX).

ACTUALITÉS MÉDICALES

La Diagnostic de l'Erysipèle

M. le Dr MILIAN a, récemment, signalé dans le *Progrès médical*, trois signes fort caractéristiques de l'érysipèle, que nous devons toujours nous rappeler en présence des cas embarrassants.

Ces trois signes sont : 1° *le signe du maximum entrifuge* ; 2° *le signe de l'oreille*, 3° *le signe de la douleur à la pression.*

1° *Signe du maximum centrifuge.* — L'érysipèle évolue d'une manière excentrique, ou tout au moins de proche en proche, abandonnant succes-

sivement les territoires primitivement envahis pour gagner les régions saines. Il en résulte que le maximum des lésions est toujours situé en une région plus ou moins éloignée du point initial, et de préférence à la périphérie du placard. C'est au bord de la plaque qu'existent le plus de rougeur, le plus de gonflement (quand il y en a), le plus de douleur à la pression.

Ce signe est particulièrement utilisable quand il s'agit de différencier l'érysipèle d'une inflammation banale, telle qu'une dacryocystite suppurée, un abcès dentaire, une parotidite, ou les oreillons ; dans ces quatre affections, qui sont constamment prises pour l'érysipèle de la face, le maximum de rougeur et le gonflement sont, en effet, au centre même du foyer, et ces symptômes décroissent au fur et à mesure qu'on s'en éloigne.

Une seule précaution est à observer dans l'appréciation de ce maximum centrifuge : c'est de prendre garde à l'état de la paupière. Cette région, dont les téguments sont si minces, s'œdématie avec la plus grande facilité ; un œdème à peine visible de la joue prend, en gagnant les paupières, surtout l'inférieure, un tel volume que le boursouflement fait une saillie de plus d'un demi-centimètre sur les plans voisins. Il ne faudrait pas prendre cet œdème de voisinage pour un maximum centrifuge ; autrement dit, on ne devra pas tenir compte de l'état des paupières dans l'appréciation du maximum centrifuge.

2° *Signe de l'oreille.* — Au niveau de l'oreille, par suite de l'adhérence intime du derme et du périchondre, on voit s'arrêter à la périphérie de cet organe toutes les collections environnantes infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané : abcès dentaires, oreillons, etc. Mais l'érysipèle est une dermite ; il se propage dans l'épaisseur même de la peau ; il gagnera donc la peau du pavillon de l'oreille comme celle de toute autre région. Conclusion : chaque fois que, au cours d'une inflammation de la face, l'oreille est secondairement envahie, il s'agit d'un érysipèle.

3° *Signe de la douleur à la pression.* — Partout dans les traités, on signale que la plaque érysipélateuse est douloureuse à la pression ; et pourtant de ce signe diagnostique important, on ne tire jamais parti dans la pratique. La plaque d'érysipèle est exquisément et constamment douloureuse, à tel point que le malade ne peut poser la tête sur l'oreiller au point atteint. Cette douleur existe sur toute la plaque, en tous ses points, et particulièrement à la périphérie où l'on retrouve d'ailleurs tous les signes objectifs au maximum. Ce maximum douloureux périphérique, différencie immédiatement l'érysipèle de toutes les collections inflammatoires, quelles qu'elles soient (eczéma aigu de la face, zona ophtalmique, oreillons, dacryocystite, fluxions dentaires) dont les unes ne sont nullement douloureuses à la pression, dont les autres présentent leur point douloureux maximum en une région limitée, au point culminant de la maladie (angle interne de l'œil pour la dacryocystite, milieu de la joue pour la fluxion dentaire).

Diagnostic précoce et pathogénie de la Méningite tuberculeuse.

M. le Dr Weill, de Lyon, a consacré une leçon clinique à l'étude du diagnostic précoce de la méningite bacillaire chez l'enfant. Il est, le plus souvent, fort difficile de se prononcer de bonne heure, et nombre de cas de méningite sont considérés comme fièvres de croissance, entérites ou embarras gastriques. En effet, le petit malade manque d'appétit, vomit, est constipé ; son haleine est forte, acétonémique ; finalement, c'est une tuberculose des méninges. « Il est des cas où l'affection procède par des douleurs vagues dans les membres, dans la nuque, de la céphalée peu intense ; le sujet devient triste, maigrit, pâlit ; l'idée vient quelquefois de méningite bacillaire, mais on ne peut l'affirmer. Que faire ?

« Cherchez d'abord les signes de la tuberculose latente ; attachez une attention particulière à la pâleur sans anémie vraie. L'anémie tuberculeuse est très spéciale ; on y voit des variations de température extraordinaires. Faites marcher votre malade : quelques pas à peine suffiront pour causer chez lui une élévation thermique appréciable ; par le froid, le bacillaire latent subit des abaissements de température cutanée considérables, atteignant jusqu'à 10° ; il n'est rien comme la tuberculose pour rapprocher l'homme de l'animal à sang froid. Enfin, le tuberculeux est atteint de frilosité permanente. Il est encore une série de manifestations bacillaires latentes qu'il faut connaître ; il est difficile de les énumérer toutes : les cicatrices ganglionnaires, les anciennes arthropathies, les apparences de la scrofule, enfin et surtout, les adénopathies trachéo-bronchiques qui sont les points de départ les plus fréquents de la méningite bacillaire, et qu'on décèle si difficilement ; rares sont les médecins qui ont à leur disposition des appareils radiographiques. Il faut donc, à tout prix, dans la pratique, se servir de signes de présomption, d'autant plus qu'on n'observe presque jamais les phénomènes mécaniques classiques dans les adénopathies bacillaires : leur développement est extrêmement lent, ce qui permet l'adaptation des organes voisins, et leur volume rarement considérable ; rarement aussi, les ganglions bacillaires s'entourent de périadénite ; jugez-en par la palpation des ganglions cervicaux ou autres ganglions superficiels déjà anciens, qui offrent toujours des contours nets démasquant bien leur forme de petits pois durs et roulant sous le doigt. Que peuvent produire de semblables formations ? Une compression légère sur les bronches voisines, mais pas assez légère pour que l'auscultation ne permette pas de la déceler ; l'auscultation à l'oreille ne peut servir ici ; il faut user du stéthoscope ou même du phonendoscope ; on entend alors un souffle bronchique léger, d'autant plus appréciable qu'il est éloigné des autres bruits normaux ou anormaux de l'appareil pulmonaire ; par l'auscultation localisée, on perçoit encore de l'obscurité respiratoire limitée ; ce signe est ici très important et suffit à lui seul pour faire soupçonner une adénopathie trachéo-bron-

chique. Si, après avoir éliminé, par l'auscultation localisée, les râles surajoutés, les bruits normaux ou anormaux du poumon, que vous entendez dans un coin du thorax, au voisinage d'une bronche, après comparaison des deux poumons, un souffle léger et de l'obscurité limitée, affirmez qu'il y a adénopathie trachéo bronchique. »

En somme, n'oublions pas que la méningite, même dite primitive, n'apparaît pas aussi brusquement que le disent les classiques. Il existe toujours des préliminaires qui se traduisent par un ensemble de symptômes délicats. Nous distinguerons : 1° les troubles de la circulation et de la respiration ; 2° les troubles de l'excitabilité du système médullaire.

« Les irrégularités circulatoires et respiratoires s'expliquent fort bien par la forme anatomo-pathologique de la maladie ; c'est à la base de l'encéphale que se localise, au début, l'exsudat fibrineux ou fibrino-purulent caractéristique, d'où altération, dès le début, de la circulation et de la respiration ; les poisons fabriqués par l'infection bacillaire ont une grande affinité pour e tissu nerveux, mais rarement dans les cas de tuberculose quelconque on constate des phénomènes nerveux appréciables ; il faut, en effet, une grande quantité de toxines pour obtenir les manifestations nerveuses franches de la méningite bacillaire ; au début donc, c'est seulement un agacement de la région bulbaire ; nous sommes loin du trépied méningitique ; on a seulement de l'irrégularité respiratoire : regardez attentivement votre petit malade respirer, vous verrez une certaine inconstance, quelques pauses, etc. Ce n'est pas le Cheynes-Stokes de la fin. Le pouls, de son côté, est très variable ; il bat à 100, 110, puis à 80 ; un peu plus tard, il revient à 120. Aidez un peu à ces variations ; dans certains cas, elles ont besoin d'être provoquées.

« Quelquefois, du côté des yeux, on a de l'inégalité pupillaire ; nous entrons déjà dans la symptomatologie authentique ; mais observez les réflexes : s'ils sont rarement modifiés nettement au début, ils peuvent cependant être diminués ; c'est alors une cause de présomption sérieuse. Le signe de Kernig n'est pas précoce ici comme dans la méningite cérébro-spinale, mais on trouve très tôt le Brudzinski. Il consiste dans ce fait que quand vous opérez la flexion du membre inférieur d'un côté sur l'abdomen et que vous étendez la jambe de ce membre sur la cuisse, l'autre membre se soulève simultanément et automatiquement ; c'est le réflexe contro-latéral ; il est tantôt similaire, tantôt inverse : le phénomène de la nuque le complète. Si on soulève la nuque, les membres préalablement à plat se soulèvent aussi.

« Tout cela est important dans la pratique, on fait des diagnostics d'embarras gastrique, d'anémie, on donne des phosphates, du jus de viande, etc... on perd son temps au lieu de faire le vrai pronostic. »

Le Dr Weill a étudié ensuite la pathogénie de la méningite tuberculeuse

Il insiste, d'abord, sur ce fait que le tissu nerveux, en particulier le cerveau, ne se laisse pas envahir par le bacille de Koch.

Quelque minutieuses que soient les recherches microscopiques, il est impossible de déceler les bacilles dans le tissu encéphalique.

En revanche, le tissu nerveux s'imprègne avec une extraordinaire facilité de la toxine sécrétée par le bacille. Cette importante découverte de laboratoire ouvrira, nous l'espérons, une voie nouvelle à la thérapeutique. Il sera bientôt possible de rendre le cerveau réfractaire à la tuberculose, de le mithridatiser contre la toxine bacillaire. Il se défend contre les bacilles, il faut donc s'appliquer à lutter contre l'intoxication.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les boues radio-actives et par le sérum anti méningococcique. — Méningites tuberculeuses curables. — L'hectine. — Elimination de l'arsenic après injection de 606.

M. Alex. Renault fait à la *Société médicale des hôpitaux* un exposé des résultats du *traitement du rhumatisme articulaire blennorrhagique par les boues radio actives.*

Les boues radio-actives employées par l'auteur proviennent de minerais non siliceux d'urane. Elles sont de consistance molle et ont l'aspect d'une pâte humide, de coloration rouge brun. Elles renferment des traces de radium, de polonium et surtout d'actinium. Leur mode d'application est simple. Elles sont fournies dans de grandes boîtes de tôle étamée. On les étend avec une large spatule sur les parties douloureuses. Puis, on les recouvre successivement d'une compresse, d'une toile imperméable, d'une couche d'ouate et d'une bande. Le pansement doit être renouvelé de vingt-quatre en vingt-quatre heures.

Dans quelques cas rares, il se produit quelques accidents. La peau devient luisante et est le siège d'une cuisson minime. La suppression du pansement pendant un à deux jours suffit à faire disparaître cette légère irritation. Il est exceptionnel qu'un érythème plus intense se développe.

Les boues radio-actives constituent un heureux mode de traitement du rhumatisme blennorrhagique. Elles amènent la cessation rapide de la douleur, tant spontanée que provoquée, la résorption concomitante des épanchements en cas d'hydarthrose. Sur 29 observations contenues dans la thèse de M. Teulière, on trouve 19 résultats positifs. Dans la talalgie blennorrhagique, localisation rebelle on le sait, M. Renault a obtenu 7 sédations sur 13 cas.

— MM. Louis Ramond et Chiray rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* cinq observations d'*arthrites rhumatismales blennorrhagiques traitées et guéries par les injections de sérum anti-méningococcique.*

Le traitement a consisté dans l'injection de

sérum anti-méningococcique de Dopter fourni par l'Institut Pasteur. La quantité de sérum et le nombre des piqûres ont varié suivant les cas. La dose, relativement faible, de 20 cent. cubes de sérum s'est montrée chaque fois suffisante pour produire la guérison.

Dès les premiers jours après l'injection, les douleurs spontanées, intenses, rebelles à toute médication, et persistant depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, ont disparu presque complètement. L'œdème et l'empâtement se sont atténués progressivement. Un certain degré d'ankylose a cependant persisté chez deux malades.

De ces faits, les auteurs croient pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'injection de sérum anti-méningococcique détermine une amélioration rapide et considérable du rhumatisme blennorrhagique dans sa forme monoarticulaire aiguë. Elle peut être faite sous la peau, dans le voisinage ou loin des jointures, ou même à l'intérieur de l'articulation ;

2° La dose de 20 cent. cubes de sérum est habituellement suffisante ;

3° La sérothérapie du rhumatisme blennorrhagique a pour effet de faire disparaître rapidement et dans l'ordre de leur énumération les douleurs spontanées, la tuméfaction et l'œdème, les douleurs provoquées. Elle ne met pas à l'abri de l'ankylose, surtout lorsque le traitement est institué tardivement.

Les auteurs rappellent enfin les essais de traitement des arthrites blennorrhagiques par un sérum antigonococcique, et par les vaccins de Wright, procédés qui nécessitent des préparations délicates et ne sauraient entrer, pour ce motif, que difficilement dans la pratique.

— MM. Léon BERNARD et DEBRÉ parlent à la *Société médicale des hôpitaux* des *relations possibles entre certaines méningites curables et la tuberculose*.

Les publications de ces derniers temps montrent que notre connaissance des affections des méninges reste encore imparfaite et pleine d'obscurité. On a cherché récemment à établir l'existence : 1° d'une méningite infectieuse épidémique dont l'agent demeure inconnu (Rist) ; 2° d'une localisation méningée dépendant d'une maladie infectieuse générale, accompagnée souvent de syndrome gastro-intestinal avec ictère (Widal, Laubry et Parvu) ; 3° d'une méningite représentant une forme fruste de poliomyélite, à début méningé (Netter). Les patients en question ont généralement inspiré le diagnostic de méningite cérébro-spinale ou de méningite tuberculeuse.

MM. Léon Bernard et Debré se demandent si les malades de la seconde catégorie ne sont pas des méningitiques bacillaires, tuberculeux. De ce que ces sujets ont guéri, on ne doit pas exclure la tuberculose. Il existe quelques faits de méningite tuberculeuse terminés par la guérison. A côté des réactions méningées graves d'origine bacillaire, des réactions moins violentes et bénignes ne sont pas impossibles.

— A la *Société médicale des hôpitaux*, M. MOUNEYRAT répond à M. Netter *à propos de l'hectine*.

La toxicité de l'hectine, dit-il, est incontestablement inférieure à celle de l'arsénobenzol. De hautes doses ont été employées sans inconvénient. M. Duhot, dans ses recherches sur l'hectine, a parlé des troubles de l'ouïe qu'il a observés après des traitements intensifs avec des doses de 0 gr.40 à 0 gr. 60 par jour. Mais, chez les trois malades dont il s'agit, les troubles de l'ouïe ont cessé et n'ont offert aucun caractère de gravité.

— MM. JEANSELME et BONGRAND lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur le *rythme de l'élimination de l'arsenic après injection de* 606.

L'élimination de l'arsenic chez les sujets traités par le 606 se fait surtout par l'urine. Elle commence, d'après Karl Greven, environ une heure après l'injection pratiquée dans les muscles ou sous la peau, et dure de quinze à dix-huit jours. Karl Greven a obtenu ces résultats en recherchant l'arsenic au moyen de la méthode biologique de Gosis.

MM. Jeanselme et Bongrand ont eu recours au procédé de Bougault, plus pratique puisqu'il laisse de côté les traces d'arsenic. Ils ont pu constater, dans le cas d'injection intra-musculaire de 606 insoluble, l'existence d'une décharge très nette se produisant du troisième au sixième jour après la piqûre. Sur 8 malades étudiés à ce point de vue, 6 ont présenté la décharge arsenicale. Chez les deux autres, l'élimination de l'arsenic s'est effectuée par quantités très faibles et intermittentes. P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le Fer (*Suite*),

Par le Dr André LOMBARD.

Les combinaisons du fer et du phosphore présentent aussi réunies les propriétés de ces deux corps. Le *phosphate de fer*, insoluble dans l'eau, prescrit à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. par jour en dragées de 0 gr. 10, est plus employé en solution chlorhydrique, sous forme de chlorhydro-phosphate :

Chlorure ferreux	5 gr.
Acide phosphorique médicinal.......	5 gr.
Eau distillée .... q. s. p.	1 litre.

Une cuill. à soupe (16 gr.) contient huit centigr. de sel de fer.

Le *pyrophosphate de fer citro-ammoniacal* est très soluble dans l'eau ; on le prescrit à la dose de dix à cinquante centigr. en dragées de 0 gr. 10, ou en sirop ; celui du Codex contient 0 gr. 20 par cuill. à soupe. On peut l'associer à d'autres substances et prescrire les pilules suivantes :



Pyrophosphate de fer	0 gr. 20
Acide arsénieux	0 gr. 002
Extrait de belladone	0 gr. 006
— de noix vomique	0 gr. 003

à la dose de deux par jour.

Quant au *glycéro-phosphate de fer*, il est très soluble, mais très altérable, surtout en solution ; aussi ne peut-on le prescrire qu'en cachets ; soit seul, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50, en 2 fois, soit associé à d'autres glycérophosphates.

Glycérophosphate de fer	0 gr. 20
— de chaux	0 gr. 30

en 1 cachet, n° 30, 2 par jour aux repas.

Glycérophosphate de fer	âã 0 gr. 20
— de chaux	
— de magnésie	

(GRASSET.)

en 1 cachet, n° 30, 2 par jour, aux repas ;

soit en pilules, associé à d'autres substances :

Glycérophosphate de fer	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Poudre de rhubarbe	0 gr. 05
Extrait de quinquina	q. s.

pour 1 pilule, en prendre une au milieu des deux principaux repas, pendant vingt jours.

On a réalisé des combinaisons du fer avec l'arsenic et certains de ses dérivés organiques. L'*arséniate de fer* réunit un peu les propriétés des deux médicaments ; on le prescrit à la dose de 0 gr. 002 à 0 gr. 010 milligr. en 24 heures en granules ou pilules d'un milligr., mais à prendre en plusieurs fois.

Le *méthylarsinate de fer* présente sur ce dernier sel l'avantage d'une teneur plus élevée en fer ; on l'emploie en pilules, à la dose quotidienne de deux à cinq centigr.

Quant au *cacodylate de fer*, médicament très soluble dans l'eau, il permet véritablement l'administration de doses utiles de fer et d'arsenic, soit par la voie gastrique, soit plutôt par la voie sous-cutanée. Par la voie gastrique, on en peut donner 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour en solution ou en pilules ; chez les enfants, la dose moyenne est d'un demi-centigr. par année d'âge et par jour. Mais le grand avantage de ce sel est sa facile administration par voie sous-cutanée ; on injecte d'abord (Gilbert) un cm. puis deux et même trois de la solution suivante :

Cacodylate ferrique	0 gr. 30
Eau stérilisée	10 cmc.

Mais les solutions à 1 % sont beaucoup mieux tolérées (M. Fraisse) ; on en injecte un ou deux cmc. ; on peut l'associer au glycérophosphate de soude :

Cacodylate ferrique	0 gr. 01
Glycérophosphate de soude	0 gr. 10
Eau distillée q.s.p.	1 cc.

en une ampoule stérilisée ; et ajouter à cette solution du cacodylate de strychnine (Fraisse).

(*A suivre.*)

PÉDIATRIE

Quelques remarques sur la symptomatologie et le traitement de la Néphrite aiguë avec anasarque de l'enfant

Chez l'enfant, la néphrite est le plus souvent aiguë.

Tout à fait rare est la néphrite chronique primitive, décrite il y a une dizaine d'années par Marfan, avec son début insidieux, ses œdèmes assez légers, mais étendus, qui seuls déterminent le médecin à examiner les urines et lui font découvrir une albuminurie toujours abondante. Pendant un ou deux ans, cette affection permet la perméabilité rénale, une tension artérielle faible ; puis elle devient hypertensive, urémique, et finit par évoluer avec l'allure de la néphrite chronique interstitielle.

La néphrite aiguë, au contraire, se manifeste d'emblée par des symptômes aussi rapides qu'accentués, presque toujours sans troubles digestifs antérieurs et, fait particulier à noter, l'anasarque chez l'enfant atteint aussitôt de fortes proportions, tandis que chez l'adulte le plus souvent, il s'établit lentement.

La cause la plus fréquente est la scarlatine, et surtout les infections secondaires qui accompagnent la scarlatine. Aussi peut-on, ainsi que le dit le Pr HUTINEL, à l'hôpital, prévoir presque à coup sûr les futures néphrites scarlatineuses, car celles-ci ne se déclarant guère que chez les enfants qui ont un cavum infecté, des ganglions au cou, bref chez les sujets au nez, aux amygdales, aux oreilles préalablement infectés par le staphylocoque. Cependant les oreillons, l'érysipèle, les suppurations diffuses, même peu étendues de la peau, l'impetigo, les infections intestinales, les pneumonies, la tuberculose, etc., peuvent aussi provoquer des néphrites avec œdème, en infectant le rein.

Ainsi, le plus souvent sans vomissements préalables, parfois avec une légère élévation de la température, la néphrite aiguë infantile débute d'une manière solennelle et dramatique : du jour au lendemain, l'anasarque se déclare avec céphalée et urémie immédiates ; en même temps, les urines se modifient ; elles deviennent rares hémorrhagiques, couleur de bouillon sale et plus ou moins albumineuses.

L'œdème des néphrites avec anasarque est généralement bien reconnaissable : l'enfant est bouffi de la tête aux pieds, et non seulement aux extrémités inférieures ; le scrotum est œdématié ; le prépuce est gonflé au point qu'on croirait voir au bout de la verge un petit ballon soufflé ; le ventre est manifestement épaissi avec prédominance de l'œdème au pubis ; la face est pâle et gonflée ; les cheveux sont secs ; les téguments du dos, sans transpiration aucune, semblent épaissis et conservent longtemps les plis de la chemise. Mais cet œdème diffus ne se localise pas exclusivement dans le tissu conjonctif ;

il envahit aussi les séreuses, le péritoine, la plèvre, et même les méninges, si bien que le cerveau baigne dans une quantité anormale de liquide, qui le comprime. Cet œdème peut être fugace ; plusieurs litres de liquide amoncelés en quelques jours, en quelques heures, peuvent s'échapper de l'organisme, dans le même laps de temps, par une diurèse abondamment évacuatrice. « *Cette brusquerie dans les variations de l'œdème ne se trouve guère dans les néphrites des adultes* » (Hutinel).

Si l'enfant est tout de suite soumis au régime de la réduction des liquides, on voit son œdème diminuer : celui-ci augmente, au contraire, si le lait et l'eau lui sont donnés en trop grande quantité. L'œdème, en effet, quel qu'il soit, est dans ces cas la preuve de la rétention des chlorures dans l'organisme. Or la *suppression du chlorure de sodium* de l'alimentation ne suffit pas toujours à le résoudre ; *il faut lui adjoindre la réduction des liquides.* De cette façon, le sang, qui a besoin, pour maintenir sa constitution, de sel marin, sera obligé de l'emprunter aux tissus et il en sera de même de l'eau nécessaire à sa dissolution.

Grâce à la connaissance de cette pathogénie des œdèmes, grâce à cette méthode thérapeutique nouvelle, on arrive à les guérir dans des cas désespérés, on arrive aussi à ne pas les créer chez des individus, qui jusque-là en étaient exempts. (1).

D'ailleurs ces œdèmes, en progressant, déterminent encore d'autres troubles dans les divers systèmes, et ces troubles peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses, si on ne s'empresse de remédier à leur cause initiale. C'est tout d'abord une *augmentation de la pression artérielle*, qui chez un enfant de dix ans peut atteindre 15 ou 16, au lieu de 12. (Dans les néphrites chroniques lentes, cette élévation de la pression est remplacée chez l'enfant par une hypotension, sauf au moment des poussées).

C'est ensuite, comme corollaire direct, une *dilatation du cœur,* souvent considérable ; la surface du cœur parvient à atteindre le double de la surface normale. A cette phase de la néphrite, le pouls est petit, irrégulier ; l'auscultation du cœur dénote un bruit de galop, vrai redoublement du premier bruit.

Enfin c'est le *foie*, qui, par répercussion, *augmente de volume*, pour arriver parfois à descendre jusque dans la fosse iliaque et à mesurer en hauteur 16 à 18 centimètres. Le foie devient ainsi « une sorte d'aiguille manométrique, notant exactement les variations de la dilatation cardiaque ».

Il faut, dit le Pr Hutinel, attentivement relever le poids de ces néphritiques avec anasarque, grâce à des pesées quotidiennes ; celles-ci donnent une idée d'ensemble sur la marche de la maladie et elles avertissent de l'accroissement ou de la diminution du liquide retenu par l'organisme, diminution qui s'accentue avec la diurèse, qu'il faut s'efforcer d'obtenir par tous les moyens, et principalement *par la réduction du sel et des liquides de l'alimentation.* Huit fois sur dix, les malades guérissent, malgré l'apparition d'accidents parfois dramatiques et graves.

Dr G. FISER.

(1) HUTINEL. — *La Pédiatrie pratique*, 1910, n° 1.

EXAMEN CLINIQUE DES CRACHATS

Sur l'albumino-réaction des Expectorations.

La recherche de l'albumine dans les crachats est, pour le clinicien, chose aussi importante que la recherche de l'albumine dans les urines. D'ailleurs, aussi simple et aussi rapide, elle n'exige ni outillage spécial, ni connaissances chimiques particulières.

Voici, d'après H. Roger et Levy-Valensi, la *technique de cette opération* :

Il faut commencer par recueillir les crachats dans un récipient sec ; autant que possible, on utilisera des expectorations non mélangées de salive. Une bonne précaution, disent ces auteurs, consiste à ne pas prévenir le malade de l'examen qu'on se propose de pratiquer ; sinon le patient, par excès de zèle, voudra fournir une grande quantité de crachats, et il fera des efforts qui aboutiront simplement à une sécrétion de salive plus ou moins abondante, ou rejettera également les crachats contenant du sang.

Ces expectorations doivent avoir été émises depuis peu de temps ; en hiver, on peut sans inconvénient admettre le terme de 24 heures. Cependant il n'en est plus de même quand la température est élevée ; si l'on place, en effet, des crachats dans une étuve à 37°, il s'y fait des putréfactions, qui dédoublent la mucine et en libèrent une certaine quantité d'albumine. Pour éviter d'une façon certaine cette importante cause d'erreur, il vaut toujours mieux pratiquer l'examen sur les crachats qui viennent d'être émis.

On triturera l'expectoration recueillie dans une égale quantité d'eau distillée ou d'eau ordinaire ; cette manipulation sera soigneusement faite au moyen d'un agitateur en verre.

Puis viendra le temps le plus délicat : la coagulation du mucus au moyen de quelques gouttes d'acide acétique ; un excès d'acide pourrait empêcher la précipitation ultérieure de l'albumine ; une quantité insuffisante laisserait passer du mucus. Il est difficile, disent H. Roger et Levy-Valensi (1), d'indiquer exactement la quantité nécessaire. La dose varie d'un cas à l'autre. Pour éviter toute erreur, on fera bien, quand on aura filtré le liquide, d'y verser encore une ou deux gouttes d'acide acétique ; si le mucus a été totalement coagulé, aucun trouble ne se produira.

On filtre sur du papier à filtrer ordinaire, ou mieux sur du papier Chardin. Si l'on a soin d'éliminer les parties conglomérées, la filtration se

(1) La *Presse médicale*, n° 32, 1910.

produit très rapidement, en une ou deux minutes.

Quant à la recherche de l'albumine, elle peut se faire par les divers procédés recommandés pour les urines.

On recommande surtout la chaleur et le ferrocyanure de potassium ; les résultats fournis par ces deux méthodes sont concordants.

Si on a recours à la chaleur, il faut avoir soin d'ajouter au liquide un peu de sel marin. Sans cette précaution, l'albumine, dans un milieu à peu près dépourvu d'électrolytes, ne coagulerait pas.

Le ferrocyanure de potassium en solution saturée donne dans le milieu acétique une réaction extrêmement nette. Il suffit d'en verser une goutte pour obtenir un trouble manifeste. Cependant, quand il n'y a que des traces d'albumine, l'hésitation est possible. H. Roger et Lévy-Valensi conseillent alors le procédé suivant :

On verse dans un tube à essai environ 1 centimètre cube de la solution ferrocyanurée, puis on filtre directement les crachats sur le réactif. S'ils renferment de l'albumine, on verra se former au point de contact des deux liquides un anneau caractéristique.— Pour que la réaction soit nette, il faut que la filtration soit lente. Dans le cas contraire, un mélange et une diffusion se produisent et toute la couche supérieure se trouble, tandis que le ferrocyanure sous-jacent conserve sa transparence.

***

L'albumino-réaction permet de diviser les expectorations en deux grands groupes :

1° *Les unes ne contiennent pas d'albumine* : elles sont dues à une *sécrétion* plus ou moins abondante de la muqueuse bronchique, et sont en rapport avec *la bronchite simple* (*aiguë ou chronique*) et avec l'*emphysème pulmonaire.*

2° *Les autres contiennent de l'albumine* ; elles traduisent un processus plus profond et doivent être rattachées à *une inflammation ou à une exsudation* ; elles permettent *d'éliminer le diagnostic de bronchite simple.* On les trouve dans la *tuberculose*, dans certaines *bronchites albuminuriques ou cardiaques,* enfin dans la *période d'état de la pneumonie,* de la *broncho-pneumonie*, de la *congestion pulmonaire aiguë.*

Dans un grand nombre de cas, la présence ou l'absence d'albumine sert à trancher un diagnostic difficile entre la tuberculose et la bronchite. C'est surtout dans ces cas que l'albumino-réaction rend de grands services, quand il s'agit de rechercher une tuberculose pulmonaire au début, et non pas quand la tuberculose atteint la deuxième ou la troisième période, époque à laquelle la simple auscultation permet d'établir le diagnostic.

En résumé, une albumino-réaction *négative* établit l'*absence de tuberculose* ; et une albumino-réaction *positive* établit la *possibilité* d'une *tuberculose pulmonaire*, l'expectoration albumineuse reconnaissant diverses causes.

Dr G. Fiser.

HYGIÈNE APPLIQUÉE

Pourquoi, quand et comment doit-on désinfecter ?

On dit volontiers des lois qu'elles doivent être le reflet des mœurs, que c'est à ce prix qu'elles sont populaires, et que leur application en est d'autant plus facile, qu'elles se bornent à homologuer en droit des usages et des coutumes de fait. Malheur au Législateur qui méconnaît ces postulats : son œuvre — quelque animé qu'il soit du désir de bien faire et d'être utile à la masse — est menacée de rester stérile et inféconde, si elle atteint celle-ci dans ses croyances, dans ses sentiments, sans qu'une action précédente, une éducation préalable pratiquées opportunément, l'aient préparée au régime nouveau qu'on prétend lui imposer.

Les lois de défense et de préservation sociale sont, plus que toutes autres, soumises à ces règles impérieuses, car il n'en est pas qui, faites en vue de l'intérêt général, lèsent ou paraissent léser davantage l'intérêt particulier, lequel mérite bien pourtant quelque respect.

Toujours et de tous temps, ou presque, il y eut conflit entre l'intérêt général et l'intérêt particulier. C'est profondément regrettable sans doute, mais tellement humain...

***

Si l'article 15 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine visant la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, confirmé par l'article 5 de la loi de 1902 sur la santé publique, a trouvé et trouve encore tant de résistance dans son exécution, c'est que, mettant en cause le public d'une part et le corps médical d'autre part, les mesures qu'il édicte ou qu'il entraîne apparaissent, aux yeux des uns et des autres, comme des gestes de dénonciation hypocrite, de basse police, de violation même des consciences et des libertés, gestes qui répugnent profondément à notre tempérament et à notre caractère.

Expliquons-nous. Des lois telles que celles qui nous occupent actuellement ne peuvent se passer évidemment de l'intervention du médecin. La première cause de l'impopularité des lois de 1892 et de 1902, tout au moins en ce qui concerne la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et les conséquences qui découlent de cette déclaration, c'est d'avoir fait peser la responsabilité première de l'application légale sur le médecin, lequel n'apparaît pourtant qu'en seconde ligne — le premier et principal intéressé étant et demeurant toujours le malade, — c'est d'avoir imposé au médecin, et à lui seul, l'initiative de la mise en branle des actes successifs nécessaires à la protection de la santé publique, en sanctionnant de pénalités déterminées ses insoumissions ou prétendues telles.

Mais, a-t-on pu dire, c'est le médecin qui seul est apte à reconnaître la nature de l'affection qu'il est appelé à soigner, et il est juste que ce soit de lui que parte le déclanchement administratif légalement prévu et ordonné. Argument spécieux, qui élargit le rôle du médecin au détriment de sa légitime indépendance et au-delà de sa responsabilité professionnelle. Dans le drame qui se joue dans une famille où apparaît et évolue une affection contagieuse, le médecin est une utilité et n'est que cela : utilité de premier plan, mais pas absolument indispensable. Et la preuve en est que nulle loi ne contraint qui que ce soit à se soigner et qu'on peut très bien concevoir, — parce que cela s'est vu et se verra encore, — qu'un malade et son entourage se refusent à appeler l'homme de l'art, soit qu'ils n'aient aucune conscience de la nature ni de la gravité du cas, soit encore qu'ils ne veuillent pas, pour des raisons diverses (économie, méfiance, etc.) avoir recours à lui.

On a fini par comprendre en haut lieu que la tâche impartie au médecin est excessive et disproportionnée avec ses devoirs sociaux, et il est question de le décharger partiellement de l'obligation de déclarer les maladies contagieuses, pour la reporter en premier lieu sur le chef de la famille, le médecin n'intervenant qu'à défaut de celui-ci, exactement comme il est tenu de déclarer les naissances dont il est témoin, à défaut du père ou de la mère. Faisant sien cet amendement que M. Mirman, le distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène, avait développé en 1909 en réponse aux démarches faites auprès de lui par l'*Union des Syndicats* et par le *Concours médical*, la Commission sénatoriale a chargé, paraît-il, son rapporteur, M. P. Strauss, de l'exposer et de le défendre devant la Haute Assemblée.

Mais ce texte même est encore plein d'embûches récemment signalées par les représentants des syndicats aux membres de la commission et la plupart des médecins n'y trouvent pas la solution cherchée.

***

L'autre cause réside dans la désinfection consécutive à la déclaration, ou pour mieux dire, dans la façon dont jusqu'ici cette désinfection a été comprise et effectuée. La désinfection est en effet la suite nécessaire de la déclaration : l'une émane de l'autre. A quoi bon déclarer un cas de fièvre typhoïde, si les mesures ne sont pas prises pour que ce cas reste isolé, pour qu'il ne devienne pas, par la dissémination des germes morbides qui en proviennent, le noyau, le foyer d'une épidémie. Et quelles autres mesures peut-on prendre, dans l'état actuel de nos mœurs et de nos connaissances scientifiques, si ce n'est la désinfection ?

Or, — et c'est là qu'apparaît la... légèreté du législateur, — de 1892 à 1902, c'est-à-dire pendant dix ans, la contre-partie de la déclaration, la désinfection n'a fait l'objet d'aucune organisation (1). On supposait sans doute que l'initiative privée y pourvoirait. C'était bien mal connaître notre mentalité d'indifférents, d'insouciants devant le danger, et aussi de frondeurs de l'autorité.

Donc l'article 7 de la loi de 1902 impose l'obligation de la désinfection à la suite de tous les cas de maladies soumises à la déclaration. Mais il faut croire que la simple promulgation d'une loi est insuffisante pour que cette loi soit suivie d'effet utile, ou que la « poire n'était pas encore mûre », puisqu'il faut arriver jusqu'en juillet 1906, pour trouver le décret portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de la désinfection.

D'où vient pourtant que la désinfection a trouvé et trouve encore de nos jours tant de réfractaires ? Deux facteurs principaux sont à invoquer selon nous en l'occurrence.

Tout d'abord des erreurs grossières ont été commises, des vexations inutiles imposées aux intéressés. Un personnel mal recruté, d'une incompétence notoire, d'une éducation douteuse, des appareils encombrants et bruyants, utilisés à tort et à travers, en faut-il plus pour discréditer une opération utile en soi ? Se rend-on compte de l'effet produit par l'arrivée sensationnelle dans une commune, dans un quartier, dans une maison, d'une équipe dont une partie met littéralement l'appartement à sac — cela s'est vu — tandis que l'autre établit « en batterie » une étuve monumentale où l'on entasse matelas, literie, vêtements... pour les en sortir, Dieu sait dans quel état !

Mal comprise, mal exécutée, la désinfection n'a pas toujours donné tout ce qu'on était en droit d'en attendre : tel est le second facteur de son insuccès apparent, au point que des esprits avisés n'ont pas hésité à la taxer d'inutilité. N'est-ce pas le Dr Comby qui, dans la *Presse médicale* (mars 1909), a écrit les lignes suivantes :

> La désinfection des locaux, chez les particuliers, comme dans les casernes et les autres collectivités, a fait faillite.... Il est temps de s'arrêter.... Le public en a assez, le médecin en a assez. Ils ne croient plus à la désinfection.... La désinfection des locaux dans les maladies contagieuses est vexatoire, odieuse et parfaitement inutile ; il faut la supprimer.

Peut-on prétendre qu'un praticien aussi instruit, aussi renseigné que Comby, se soit prononcé avec tant de rigueur, sans avoir mûrement réfléchi, sans être à même d'étayer son argumentation sur des faits ? Evidemment non. Il y a donc un malentendu.

---

(1) Dans le temps où j'exerçais la médecine en province, je me souviens d'avoir observé une petite épidémie de scarlatine dans une famille d'indigents.

Cinq personnes furent atteintes, deux moururent.

Indépendamment de la déclaration faite dans les formes légales, je pris sur moi d'adresser aux autorités un rapport détaillé réclamant leur intervention pour la fourniture de désinfectants à ces pauvres gens.

Ce fut peine perdue. Ma demande resta lettre morte. (N. de l'A.)

Certes, si l'on considère que la désinfection doit se borner à un acte unique après guérison, décès ou transport d'un malade contagieux, le Dr Comby n'a pas tout à fait tort. Pendant la durée de l'affection, les agents pathogènes ont tout loisir pour se répandre et semer la contagion tout autour de ce foyer initial.

Mais ce n'est pas ainsi que les hygiénistes comprennent la chose. Le pouvoir exécutif, stylé par eux, l'avait déjà précisé dans la circulaire ministérielle de 1907 où on lit :

La désinfection comporte *l'intervention aussi prompte que possible* du service public, soit pour provoquer la destruction des germes *dès leur apparition*, soit pour s'assurer que les mesures déjà prises par les intéressés dans ce but sont suffisantes, et les compléter au besoin.

Paraphrasant les termes de cette circulaire, M. Bonjean, chef du Laboratoire du Conseil supérieur d'Hygiène publique, s'exprime de son côté en ces termes :

La désinfection a pour but et doit avoir pour résultat d'éviter ce danger (les germes ou virus pathogènes expulsés par le malade) en tuant les germes, en détruisant la virulence de ces virus avant leur dispersion.....

La désinfection commence sous sa forme la plus simple avec le lavage antiseptique des organes, des linges, des objets, des parois, au moyen d'une solution qui soit susceptible de réaliser la destruction des germes pathogènes...

Et il ajoute plus loin que la banale eau de Javel est tout à fait propre à cette indication.

Ce n'est donc plus seulement à la fin, mais au cours de la maladie que les mesures de désinfection doivent être prises, et pour être plus précis, dès que le diagnostic médical est posé.

C'est également en s'inspirant des mêmes idées directrices que M. le Dr Ott a organisé le service de la désinfection en Seine-Inférieure. Dans la très intéressante préface de la brochure où il expose l'organisation et le fonctionnement du service, il traduit ainsi son sentiment personnel :

La désinfection étant par définition même la destruction complète des germes morbides au fur et à mesure de leur émission, il y a un intérêt primordial à réduire le plus possible cette période d'attente qui s'écoule entre le moment où le danger est reconnu par le diagnostic médical d'un cas d'affection transmissible, et le moment où les premières mesures de désinfection peuvent être appliquées. Plus cette période sera courte, plus grande sera la probabilité de limiter la contagion dans l'entourage même du malade et bien souvent d'empêcher la propagation à distance.....

... Il nous a paru logique d'envisager séparément la désinfection *en cours de maladie* et la désinfection *en fin de maladie*..... Comme conséquence de l'application de ces mesures de désinfection en cours de maladie, mesures qui auront détruit au fur et à mesure de leur émission les germes morbides provenant du malade, il suffira, une fois la maladie terminée, pour en supprimer toute trace dans le milieu social, de désinfecter efficacement le local occupé par le malade et le mobilier contaminé par ce dernier ;

De donner en un mot le *coup de balai final* qui rendra assainis, à l'usage commun, locaux et mobilier.

Enfin, et pour ne pas abuser des citations, le professeur Courmont, reprenant pour son compte la formule imagée du Dr Ott, la commente et la précise avec plus de rigueur encore, quand il dit :

La désinfection après guérison ou décès n'est que la centième partie de la désinfection, le simple coup de balai final ;... le principal rôle du poste est la désinfection, ou mieux la surveillance en cours de maladie. La question « étuve » est relativement secondaire ; ce qui est capital, c'est d'arriver aussi hâtivement que possible, à une date aussi rapprochée que possible du début de la maladie, aussitôt le diagnostic posé, et de faire prendre autour du malade les précautions de tous les instants qui empêcheront la propagation de l'épidémie....

Mais alors, tout cela se simplifie singulièrement. Cessant d'être un épouvantail, la désinfection devient en quelque sorte une partie du traitement de la maladie, si le médecin traitant, ayant formulé la médication appropriée, la diététique, etc., ajoute ce qui concerne le sort à faire subir aux crachats, aux déjections, aux linges de corps, aux draps de lit, etc., et veille soigneusement à ce que ses prescriptions, *toutes* ses prescriptions soient obéies à la lettre. Ainsi envisagée, la désinfection ne peut être qu'aisément, voire de bonne grâce, acceptée par le malade et par son entourage, et le service public n'entre en scène que pour constater que les mesures nécessaires ont été prises ; de même que, dans un ordre d'idées plus banal, un autre service public s'assure que le balayage des trottoirs a bien été effectué journellement par les riverains.

En fait, ne savons nous pas que presque partout, il suffit que le médecin qui déclare une maladie contagieuse, affirme en même temps qu'il prend à sa charge la responsabilité des précautions qui s'imposent, pour que le service public n'agisse que comme contrôle ?

Vienne la fin de la maladie, l'étuve pourra entrer en jeu pour la désinfection en profondeur, et elle sera fournie, au choix des intéressés, par des entreprises privées ou par le service public. Les arsenaux de désinfection disposent actuellement de petits appareils facilement transportables, exécutant rapidement, économiquement et élégamment en quelque sorte, les destructions microbiennes qu'on leur demande. Quant à la désinfection en surface, qui s'applique aux locaux eux-mêmes, quoi de plus simple, quoi de plus pratique que d'utiliser les lavages des parquets et des parois avec l'eau de Javel ? le récrépissage des murs à la chaux ? la stérilisation définitive du milieu avec les vapeurs d'aldéhyde formique ?

On peut donc schématiser ainsi la succession des actes destinés à assurer la préservation de la santé publique, dès qu'un cas de maladie transmissible éclôt quelque part : le chef de famille, dûment averti par son médecin, ou à défaut du

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

son insistance et sur celle de sa femme je promets de revenir le lendemain 15, bien que je juge cette visite inutile. Or, le 14 au soir, je reçois d'un de mes confrères la lettre suivante :

« Mon cher Confrère vous avez vu en mon absence mon client Monsieur G., atteint d'hémorragie intestinale. Je suis rentré de voyage hier soir et je l'ai vu ce matin. Je viens vous prier, mon cher confrère, de bien vouloir vous rencontrer avec moi demain matin, si cela vous est possible, chez M. G., à neuf heures.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. »

— Je lui fis loyalement et en toute sincérité la réponse suivante : « Mon cher confrère. Je trouve votre carte en rentrant : j'ignorais *absolument* que vous étiez le médecin ordinaire de M. G., d'autant plus que j'ai eu moi-même à le soigner plusieurs fois, que votre nom n'a pas été prononcé une seule fois devant moi, pas même ce matin et qu'en conséquence je ne savais nullement que je vous *remplaçais* en donnant ces jours-ci mes soins à M. G. Je n'ai d'ailleurs pas reçu aujourd'hui le moindre avis de M. G., dont l'hémorragie bénigne me paraît actuellement presque éteinte. Mais puisque vous l'avez vu ce matin, et que vous m'annoncez être son médecin, c'est le plus volontiers du monde que je vous remets votre client que je ne suis pas allé chercher, croyez-le bien, et qui d'ailleurs me paraît à l'heure actuelle en bonne voie d'amélioration. Vous voudrez bien m'excuser, mon cher confrère, si je ne vous accompagne pas chez lui demain matin à 9 h. ; à cette heure-là, je serai sur la route d'E., où je suis appelé en consultation. Veuillez croire, mon cher confrère à mes sentiments les meilleurs. »

Je n'entendis plus parler de rien jusqu'au 16. L'après-midi de ce jour-là nous étions convoqués tous les deux pour une affaire de « carreau » au Tribunal de F. A peine mon confrère était-il entré qu'il se mit, en attendant l'ouverture de l'audience, à m'interpeller *publiquement* sur la raison de mon refus de l'accompagner la veille chez M. G. Du moment me disait-il, où je vous informais que j'étais le médecin de M. G., vous n'auriez pas dû me refuser, à mon

Suite page XIV.

chef de famille, le médecin lui-même, font à l'autorité compétente sous une forme aussi simplifiée que possible la déclaration légale, en indiquant en même temps que toutes les mesures de protection sont prises. L'autorité qui reçoit la déclaration informe à son tour le service de la désinfection qui délègue un *agent spécialisé*, pour venir s'enquérir *discrètement* sur place que les mesures sont en effet bien observées, et pour au besoin donner un avis complémentaire, délivrer aux nécessiteux l'eau de Javel, la chaux, le sulfate de cuivre... qui leur manquent. En fin de maladie (par guérison ou décès) ou après évacuation du malade sur une autre résidence (hôpital, maison de santé, etc.), le service de la désinfection s'assure que le *coup de balai final*, dont parlent les Docteurs Ott et Courmont, est bien donné, et, dans la négative, fait intervenir son propre arsenal.

***

Considérée sous cet angle, la désinfection s'opère sans heurt, sans à-coups, et elle est en principe suffisante pour former autour du malade contagieux la barrière protectrice qui s'opposera à la dissémination du contage et à l'apparition de l'épidémie.

En réalité, et tant que l'éducation du public n'aura pas été faite à ce sujet, tant qu'il n'aura pas compris l'impérieuse nécessité de certaines précautions élémentaires, mais qui semblent puériles aux ignorants, la barrière dont il vient d'être question n'aura pas l'étanchéité requise, et des germes pathogènes la franchiront plus ou moins insidieusement pour aller semer l'infection au hasard des circonstances et des événements.

Et ce qui est possible avec les affections soumises à la déclaration obligatoire et à la désinfection, est encore bien plus probable dans les maladies microbiennes non prévues par la loi, et pour lesquelles la déclaration est facultative, telles que la tuberculose, le cancer, l'érésypèle, etc.

Combien de ces malades abandonnent un appartement, une maison, une chambre d'hôtel, sans qu'eux-mêmes ou leur famille songent un instant aux germes morbides dont se trouve saturé le milieu où ils ont vécus ! Parlerons-nous des porteurs de microbes dont l'Académie de Médecine s'est longuement entretenue cette année et qui, guéris depuis longtemps ou même sains, véhiculent partout où ils passent, les bacilles et les bactéries auxquels ils servent d'habitat ? Certes, il faut être doué d'un certain courage ou d'une profonde insouciance pour habiter, dans une ville d'eaux, dans une station climatique ou balnéaire, sans précautions préalables, une chambre d'hôtel, dans laquelle a pu séjourner précédemment un contagieux.

D'autant que le remède est tellement facile, tellement à la portée de tous, qu'on s'étonne qu'il ne soit pas systématiquement utilisé.

Il est d'élémentaire prudence, avant d'emménager dans un nouveau local, même si le propriétaire affirme qu'il a été désinfecté, de procéder soi-même à une stérilisation du milieu où peuvent vivre, même d'une vie latente, tous ces infiniments petits qui sont là, comme le lion dont parle l'Ecriture, *quærens quem devoret*, le *quem* étant représenté ici par tous les chétifs, tous les faibles ou affaiblis, tous ceux qui se trouvent en état de moindre résistance.

Cette stérilisation en surface ne diffère pas de celle que nous avons sommairement décrite précédemment. Rappelons-la : lavage des parquets et des parois avec de l'eau de javel étendue d'eau, désinfectant réglementaire prévu par les Instructions Ministérielles ; stérilisation du milieu avec les vapeurs d'aldéhyde formique.

L'aldéhyde formique est un des plus puissants bactéricides que nous connaissions. Pour l'employer à une opération de désinfection, il existe différents procédés. Il n'en est pas de plus simple, de plus pratique, de plus economique, ni enfin de plus efficace que le Fumigator Gonin. On sait en quoi consiste ce petit appareil. Une cartouche métallique contenant le trioxyméthylène est entourée d'une couche de pâte lentement combustible. Celle-ci brûle sans flamme ni étincelles et porte l'agent actif à la température nécessaire à sa dissociation et à sa volatilisation. Les vapeurs de gaz antiseptique se répandent dans la pièce à désinfecter soigneusement close, et pénètrent dans les recoins les plus cachés, pour y accomplir leur œuvre d'assainissement.

Nous avons personnellement employé bien des fois le Fumigator Gonin, notamment à la suite de cas de rougeole, de varicelle, dans des milieux denses (familles nombreuses, pensions). Chaque cas est resté isolé et ne s'est pas propagé à l'entourage, ce qui démontre bien que cette méthode est des plus efficaces. C'est d'ailleurs pour cette raison péremptoire que le *Concours médical* a adopté et patronné d'enthousiasme le Fumigator Gonin, dès sa création.

***

Pour résumer et conclure, il est désirable que les articles 5 et 7 de la loi de 1902 soient amendés dans le sens que nous avons développé. Sous le bénéfice de cette réserve, la déclaration obligatoire des malades transmissibles et la désinfection qui doit y faire suite, deviennent des formalités qui méritent d'être acceptées et accomplies sans résistance par tous les intéressés.

La désinfection doit commencer le plus près possible de l'établissement du diagnostic médical ; elle porte alors uniquement sur les linges, déjections et excrétions du malade rigoureusement isolé. Elle se termine par un acte plus étendu et qui intéresse les locaux occupés par le malade guéri, décédé ou transféré ; cet acte est double et s'adresse *en profondeur* aux matelas, à la literie, etc. (étuves à formol). et *en surface* aux murs, planchers, parois des meubles, etc., (lavages antiseptiques, stérilisation par le Fumigator Gonin).

En dehors de la désinfection *obligatoire*, *impo-*

sée, il en est une autre, que nous nommerons *facultative*, de *précaution*, et qu'il est prudent d'appliquer à tout local nouvellement habité, avant d'entrer en jouissance. Sous cette forme, la désinfection en surface est seule nécessaire, et elle se trouve réalisée au mieux à l'aide des vapeurs formiques dégagées par le Fumigator.

G. DUCHESNE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Chronique de la défense professionnelle

La Responsabilité professionnelle

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer :

Paris, le 25 déc. 1910.

Mon cher confrère et ami,

Vous écrivez aujourd'hui dans le journal ami :

« Nous l'affirmons sans crainte de recevoir un démenti, le « Sou médical » est la seule société garantissant contre la responsabilité professionnelle. »

Votre assertion, parfaitement exacte en ce qui concerne nos confrères des départements, ne l'est point pour les médecins parisiens.

Depuis dix ans (cinq ans je crois avant que le « Sou » n'ait pris cette initiative), le Syndicat de la Seine assure tous ses membres, sans supplément de cotisation, contre la responsabilité civile par l'intermédiaire de sa Caisse de défense professionnelle.

Cette caisse possède un fonds de garantie de 25.000 francs déposé à la Banque de France et quand un prélèvement y est fait, il est automatiquement comblé par une taxe statutaire opérée sur les dix sept cents cotisations qui alimentent notre budget.

Si j'ajoute, et cela ne vous surprendra pas, que cette création est due à l'imagination toujours en éveil pour le bien confraternel de Vimont, vice-président du « Sou médical », où il a apporté son idée, vous serez bien obligé de reconnaître notre priorité.

Le « Sou » pour qui vous savez mon attachement, a rendu assez de services pour ne point craindre de rendre justice à ses devanciers.

Et voilà pourquoi je vous demande de publier, en bonne place, cette rectification.

Avec mes remerciements, recevez, cher confrère et ami, mes meilleures amitiés.

Dr BELLENCONTRE,
Président du S. M. S.

Nous insérons très volontiers la lettre de notre ami Bellencontre, ne serait-ce que pour mieux faire connaître, à nos confrères parisiens, l'existence de cette Caisse de garantie du Syndicat des Médecins de la Seine, caisse, qui, à notre connaissance, a déjà rendu de très grands services aux syndiqués.

Mais le Dr Bellencontre nous permettra de lui faire remarquer que la phrase qu'il nous reproche est incomplète. Il y est dit, en effet : Le « Sou médical » est la seule Société garantissant contre la responsabilité professionnelle ; mais il y a à la suite : « *Et* permettant à ses adhérents de ne pas se cantonner à une défense passive, mais de passer à l'offensive pour savoir se faire respecter ».

Il n'a donc pas été dans notre idée, de demander, pour le « Sou », l'exclusivité de la garantie contre la responsabilité professionnelle puisque deux autres sociétés médicales, le Syndicat de la Seine et l'Ancre médicale assurent, contre les risques de l'exercice de notre profession.

Mais nous avons voulu indiquer que seul le « Sou » peut soutenir ses adhérents en demandant aussi bien qu'en défendant, c'est-à-dire que ceux-ci ont droit à notre appui moral, et souvent pécuniaire, à nos consultations aussi bien lorsqu'ils sont attaqués que lorsqu'eux mêmes actionnent leurs adversaires en justice.

Quant à la question d'antériorité, notre ami Bellencontre sait très bien ce qu'il en est : c'est à lui, à Vimont et à de Grissac, que nous devons la mise au point des caisses de garantie du « Sou » et du S. M. S. Membres des conseils des deux sociétés, ces confrères ont poussé jusqu'au bout leurs études et, si le Syndicat de la Seine a précédé le « Sou » de quelques mois seulement pour l'adoption du règlement de sa *Caisse de garantie*, cela tient à ce que le « Sou » fût forcé d'attendre le mois de novembre pour faire ratifier ses propositions par l'Assemblée générale.

Au surplus, dès la première année de sa création, le « Sou » a garanti la responsabilité professionnelle de ses adhérents. C'est en 1898, en effet, qu'il versa 1.400 fr. au Dr M., de H., poursuivi pour un empoisonnement par le phosphore. Si, plus tard, le « Sou » a jugé utile de créer une caisse de garantie *spéciale*, au lieu de prendre sur la caisse générale comme il l'avait fait jusqu'alors, c'est parce qu'il a vu se multiplier les cas de responsabilité professionnelle et a cru prudent d'ouvrir, pour ses adhérents, un compte spécial, pour qu'ils puissent avoir toute garantie et entière sécurité.

Mais qu'importent ces petites discussions ! Nous sommes du même avis avec le dévoué président du Syndicat de la Seine ; nous n'avons tous qu'un seul but : faire connaître les services rendus

par nos œuvres : S. M. S. et « Sou » et dire aux confrères : « Dans votre intérêt personnel, venez à l'un ou à l'autre, ou mieux aux deux : vous serez garantis contre tous les accidents judiciaires qui commencent à être trop nombreux, dans l'exercice de notre profession. Mais, au point de vue général, vous ferez acte de solidarité, car, si vous êtes personnellement comme les peuples heureux qui n'ont pas d'histoire, vous aiderez, par votre cotisation, à la défense de ceux qui sont injustement attaqués ; vous empêcherez aussi nos adversaires de s'attaquer aux faibles et aux isolés, pour obtenir facilement soit d'eux, soit de la justice, des transactions ou des jugements qui portent préjudice à toute la profession. Nous sommes dans une ère de solidarité et de mutualité. Confrères, adhérez au « Sou », adhérez à votre Syndicat et vous, Parisiens, venez au Syndicat de la Seine ou au Syndicat de Paris, mais, je vous en prie, ne restez pas isolés dans votre tour d'ivoire. *Væ solis*.

Dr Paul Boudin.

MÉDECINE DE FRONTIÈRES

Convention entre la France et la Belgique

Décret du 30 *décembre* 1910

Art. 1er. — Une convention ayant été signée à Bruxelles, le 25 octobre 1910, entre la France et la Belgique, pour régler l'exercice de la médecine dans les communes frontières des deux pays, et les ratifications de cet acte ayant été échangées à Bruxelles, le 9 décembre 1910, ladite convention, dont la teneur suit, recevra sa pleine et entière exécution :

Convention

Le Président de la République française et S. M. le roi des Belges, ayant reconnu l'utilité de reviser la convention du 12 janvier 1881 entre la France et la Belgique pour régler l'admission réciproque à l'exercice de leur art, des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes frontières des deux Etats, ont résolu de conclure dans ce but une nouvelle convention et ont nommé pour leurs plénipotentiaires, savoir :

Le Président de la République française,

M. Beau, grand officier de la Légion d'honneur, grand-croix de l'ordre de Léopold, etc., envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de la République française à Bruxelles et,

S. M. le roi des Belges,

M. Davignon, grand-croix de la Couronne, officier de l'ordre de Léopold, officier de la Légion d'honneur etc., membre de la chambre des représentants, son ministre des affaires étrangères,

Lesquels, après s'être communiqué leurs pleins pouvoirs trouvés en bonne et due forme, sont convenus des articles suivants :

Art. 1er. — Les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises où il ne réside pas de médecin.

Réciproquement, les médecins français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, et qui, dans ces communes sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans les mêmes mesures dans les communes limitrophes belges où ne réside pas de médecin.

Ces dispositions s'appliquent dans les mêmes conditions aux sages-femmes et aux vétérinaires des deux pays.

Art. 2. — Les personnes qui en vertu de l'article 1er exercent leur profession dans les communes limitrophes du pays voisin n'ont pas le droit de s'y établir en permanence, d'y élire domicile, ni d'y avoir un pied-à-terre. Elles seront tenues de se conformer aux mesures légales et administratives prévues dans ce pays.

Art. 3. — Les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements belges et les médecins français admis en vertu de l'article 1er à exercer leur art dans les communes limitrophes du pays voisin et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays s'il n'y réside aucun pharmacien.

Les médecins vétérinaires belges et les vétérinaires français admis à exercer leur profession dans la zone frontière sont autorisés à vendre des médicaments dans les communes qu'ils visitent.

Art. 4. — Les personnes qui contreviendraient aux dispositions des articles *ci-dessus seraient*, à première contravention, privées pendant un an du bénéfice créé par l'article 1er ; en cas de récidive, elles perdraient tout droit à ce bénéfice et seraient rayées de la liste établie conformément à l'article 5 de la présente convention.

Art. 5. — Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement belge fera tenir au gouvernement français un état nominatif des docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, des sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes belges limitrophes de la France avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis à la même époque par le Gouvernement français au gouvernement belge.

Art. 6. — Un état annexé à la présente convention indiquera les communes belges et les communes françaises auxquelles s'appliquent les présentes dispositions.

Art. 7. — Disposition transitoire :

Les médecins belges et français actuellement établis dans les communes limitrophes des deux pays sont autorisés à exercer leur art dans toutes les communes limitrophes du pays voisin, même s'il y réside un ou plusieurs médecins et ce, pendant une période de cinq ans prenant cours le jour de l'entrée en vigueur de la présente convention, mais ils n'auront pas le droit de s'établir en permanence ni d'élire domicile dans ces communes.

Ces dispositions s'appliquent aux sages-femmes et aux vétérinaires des deux pays.

Art. 8. — La présente convention, qui remplace celle du 12 janvier 1881, dont les dispositions sont abrogées, sera exécutoire à dater du vingtième jour après sa promulgation dans les formes prescrites par les lois des deux pays et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois à partir du jour où elle aurait été dénoncée par l'une des deux parties contractantes.

Elle sera ratifiée et les ratifications seront échangées aussitôt que possible.

En foi de quoi, les plénipotentiaires respectifs

ont signé la présente convention et y ont apposé leurs cachets.

Fait à Bruxelles, le 25 octobre 1910.

(*L. S.*) Signé : BEAU.
(*L. S.*) — DAVIGNON.

Communes du département du Nord. — Bray-Dunes, Ghyvelde, Les Moëres, Hondscoote, Oost-Cappel, Bambecque, Houtkerque, Winnezeele, Steenvoorde, Godewærsvelde, Bœschèpe, Saint-Jans-Cappel, Bailleul, Nieppe, Armentières, Houplines, Frelinghien, Deûlemont, Warneton Sud, Warneton bas, Comines, Werwicq Sud, Bousbecque, Halluin, Neuville-en-Ferrain, Tourcoing, Wattrelos, Leers, Toufflers, Sailly-lez-Lannoy, Willems, Baisieux, Camphin-en-Pévèle, Wannehain, Bachy, Mouchin, Aix, Rumegies, Lecelles, Maulde, Mortagne, Flines-les-Mortagne, Hergnies, Vieux-Condé, Condé, Saint-Aybert, Crespin, Quiévrechain, Rombies et Marchipont, Sebourg, Eth, Bry, Wargnies-le-Petit, La Flamengrie, Bettrechies, Gussignies, Houdain, Hon-Hergies, Taisnière-sur-Hon, La Longueville, Cognies-Chaussée, Bettignies, Villers-sire-Nicole, Vieux-Reng, Marpent, Jeumont, Colleret, Consolre, Bousignies, Hestrud, Beaurieux, Clairfayts, Felleries, Eppe-Sauvage, Moustier, Baives, Wallers-Trélon, Ohain, Anor.

Communes du département de l'Aisne. — Hirson, Saint-Michel, Watigny.

Communes du département des Ardennes. — Signy-le-Petit, La Neuville-aux-Tourneurs, Regniowez, Taillette, Gué-d'Hossus, Rocroi, Fumay, Pépin, Montigny-sur-Meuse, Vireux-Molhain, Hierges, Aubrives, Foisches, Givet, Fromelennes, Charnois, Landrichamps, Chooz, Hargnies, Thilay, Hautes-Rivières, Gespunsart, Bosséval, Donchéry, Saint-Menges, Fleigneux, Illy, La Chapelle, Villers-Cernay, Francheval, Pourn-aux-Bois, Escombres, Messincourt, Pure, Matton-Clemency, Tremblois, Mogues, Williers, Puilly-et-Charbeaux, Aufiance, Sapogne, Margny.

Communes du département de la Meuse. — Velosnes, Ecouviez, Verneuil-Grand, Verneuil-Petit, Thonne-la-Long, Breux.

Communes du département de Meurthe-et-Moselle. — Epiez, Alondrelle, Longuyon, Tellancourt, Saint-Pancré, Ville-Houdlemont, Gorcy, Coxne, Longwy, Mont-Saint-Martin.

Province de la Flandre occidentale. — Adinkerke, Moeren, Houthem, Leysele, Beveren-sur-Yser, Rousbrugghe-Haringhe, Watou, Poperinghe, Westoutre, Locre, Dranoutre, Neuve-Eglise, Ploegsteert, Warneton, Bas-Warneton, Comines, Werwicq, Menin, Reckem, Mouscron, Luingne, Herseaux.

Province de Hainaut. — Estainpuis, Leers-Nord, Nécnin, Templeuve, Blandain, Hertain, Lamain, Esplechin, Rumes, La Glanerie, Howardries, Rongy, Quévy-le-Grand, Goegnies-Chaussée, Havay, Givry, Rouveroy, Grand-Reng, Erquelinnes, Solre-sur-Sambre, Bersillies-l'Abbaye, Bléharies, Laplaigne, Péronnes, Maubray, Callenelle, Wiers, Péruwelz, Bon-Secours, Blaton, Bernissart, Hensies, Quiévrain, Hantes-Wihéries, Montignies-St-Christophe, Thirimont, Leval-Chandeville, Leugnies, Grandrieu, Sivry, Montbliart, Chimay, Baisieux, Marchipont, Angre, Angreau, Roisin, Augreppe, Fayt-le-Franc, Erquennes, Blaugies, Sart-la-Bruyère, Blaregnies, Aulnois, Salles, Bailièvre, Macon, Momignies, Beauwelz, Macquenoise, Forge-Philippe, Riezes, L'Escaillière.

Province de Namur. — Cul-des-Sarts, Petite-Chapelle, Brûly, Couvin, Oignies, Mesnil, Treignes, Mazée, Vaucelles, Doische, Agimont, Heer, Mesnil-Saint-Blaise, Feschaux, Diou, Winenne, Felenne, Bourseigne-Neuve, Willerzée, Bourseigne-Vieille, Gedinne, Louette-Saint-Pierre, Nafraiture, Louette-Saint-Denis, Orchimont, Bohan, Membre, Alle.

Province de Luxembourg. — Bagimont, Pussemange, Sugny, Corbior, Bouillon, Muns, Fontenville, Chassepierre, Florenville, Villers-devant-Orval, Gérouville, Sommethonne, Dampicourt, Lamorteau, Torgny, Saint-Mard, Ruette, Bleid, Musson, Halanzy, Aubange, Athus.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, le ministre des affaires étrangères et le ministre de l'agriculture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 30 décembre 1910.

A. FALLIÈRES,

Par le Président de la République :

Le Président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,
ARISTIDE BRIAND,

Le ministre des affaires étrangères,
S. PICHON,

Le ministre de l'agriculture,
RAYNAUD.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le Contrôle du « médecin renseignant ».

L'article 4 de la loi du 31 mars 1905 autorise le patron à faire contrôler l'état de la victime d'un accident du travail et à se faire délivrer tous renseignements et certificats par un médecin de son choix.

Mais, pour cela faire, un protocole est à suivre : le patron doit désigner au juge de Paix le nom du médecin qu'il a choisi. Le juge autorise ce praticien à visiter le blessé, mais seulement en présence du médecin traitant, prévenu quarante-huit heures à l'avance et par lettre recommandée, et cela une fois par semaine.

Dans un but de conciliation et pour éviter toute perte de temps, nous conseillons à nos confrères de faire usage des feuilles ci-dessous (qu'ils trouveront au Concours médical), mais à la condition que la Cie et ses médecins accepteront le rendez-vous du médecin traitant. Dans le cas où surgirait la moindre difficulté, ou bien si la Cie était suspecte par ses agissements antérieurs, il faudrait exiger le respect de la loi (*de toute la loi*) avec toutes ses formalités.

Ils prouveront de la sorte qu'étant honnêtes et consciencieux, ils ne craignent pas d'être contrôlés et de voir le médecin délégué par le patron ou l'assurance assister à leurs pansements ou à leurs actes opératoires.

Cela leur permettra également de riposter à l'accusation si fréquente, portée contre le corps médical, en vertu de laquelle on vient prétendre que l'on a fait un nombre exagéré de visites et de pansements ou que l'on a pratiqué

des opérations inutiles. Le médecin attaqué pourrait dire : je vous ai facilité tous les moyens de contrôle, vous pouviez faire vérifier mes actes. Vous ne l'avez pas fait. Pourquoi venir maintenant me calomnier ? Payez ce qui m'est dû et envoyez, une autre fois, votre médecin contrôleur, dont je ne crains pas la présence, parce que je ne suis pas un médecin marron.

1° Lettre du médecin :

CABINET

du Dr.................... Le.................... 19

à....................

Département d....................

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que je donne mes soins depuis le....................à une personne qui m'a dit se nommer....................

habiter....................

et avoir été blessée en travaillant pour votre compte rue....................à....................canton de....................

Je reverrai ce blessé le....................

à....................heure du....................

Je suis disposé à me rencontrer à cette date et à cette heure avec votre médecin, si vous désirez vous renseigner sur l'état de votre employé. Si votre médecin peut accepter ce rendez-vous, et si le blessé vous y autorise, je vous dispense de m'adresser la lettre recommandée prescrite par le § 5 de l'article 4 de la loi 1898-1905.

Recevez, Monsieur, mes civilités empressées.

2° Lettre *indispensable* de l'ouvrier autorisant lui aussi, la Cie à se dispenser des formalités.

....................le....................191....

Monsieur,

Je vous informe qu'ayant été blessé à votre service le....................

si le médecin que vous désirez envoyer chez moi pour se renseigner sur mon état veut accepter le rendez-vous proposé par mon médecin pour le.................... à....................heure du...................., je vous autorise, par esprit de conciliation, à pénétrer dans mon domicile sans remplir les formalités prescrites par le § 5 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905.

(Signature du Blessé)

Nom du blessé....................

Adresse : rue....................

à....................

département....................

Diverneresse.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Séances des 22 et 29 décembre 1910

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous la réserve ci-après, des nouveaux membres dont les noms suivent, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

1916 Roginsky, à Paris, 107, rue de Turenne.
1917 Roby, à Marennes (Charente-Inférieure).
1918 Filleul, à La Ferté-Vidame (Eure-et-Loir).
1919 Chevalier, à Pont-de-Beauvoisin (Savoie).
1920 Letourneulx, à La Pyramide (Maine-et-Loire).
1921 Trifaud, à Monclar-d'Agenais (Lot-et-Garonne) ;
1922 Sarrazin, à Louhans (Saône-et-Loire.)
1923 Tremoulet, à Frangy (Saône-et-Loire).
1924 Defontaine, au Creusot (Saône-et-Loire).
1925 Roy, à Beaurepaire (Saône-et-Loire).
1926 Richard, à Simandre (Saône-et-Loire).
1927 Bonnaud, à Bellevesvre (Saône-et-Loire).
1928 Camuset, à Mervans (Saône-et-Loire).
1929 Jeannin, à Saint-Germain-du-Plain (Saône-et-Loire).
1930 Pitre, à Saint-Julien-sur-Reyssouze (Ain).
1931 Pillon, à Vézelay (Yonne).
1932 Laroche, à Château-Landon (Seine-et-Mar.).
1933 Cazin, à Villerupt (Meurthe-et-Moselle).
1934 Heins, à Paris, 139, rue d'Allemagne.
1935 Genevrier, à Montret (Saône-et-Loire).
1938 Martin, à La Rochelle (Charente-Inférieure).
1939 Rastouil, à La Rochelle (Charente-Inférieure).

Ces admissions, qui auront effet du 1er janvier 1911, *deviendront définitives quinze jours après la* publication qui en aura été faite dans le *Concours médical,* si elles n'ont été l'objet d'aucune protestation.

Sur la proposition de M. Boudin, le Conseil vote des félicitations et des remerciements au Dr Guimet, Délégué du Comité Départemental du *Concours médical* de Saône-et-Loire, qui a recueilli 9 des adhésions ci-dessus.

— Le Dr T., a été appelé en garantie par la commission de l'hôpital de B., citée elle-même en paiement des honoraires du chirurgien appelé par le Dr T., médecin de l'hôpital, pour opérer à l'hôpital un blessé du travail.

L'appui pécuniaire du « Sou » est accordé au Dr T., dans cette affaire.

— Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué du Dr M., de la somme de 67 fr. 35, montant de ses frais et honoraires dans l'affaire d'accidents du travail qui a été, avec l'appui du « Sou » déférée à la Cour de Cassation.

— Le Conseil ordonnance le paiement au Dr B.

P., de la somme de 193 fr. 55, montant des frais de justice dans l'affaire de recouvrement d'honoraires pour laquelle il avait obtenu l'appui pécuniaire.

— Le Dr S. demande le paiement de la somme de 21 fr. 30, montant de ses frais dans une affaire de recouvrement d'honoraires pour soins donnés après la consolidation à un blessé du travail. Le Dr S. a été débouté de sa demande et le jugement n'est pas susceptible d'appel.

Le Conseil accorde exceptionnellement le remboursement de cette somme, attendu qu'il s'agissait d'une question d'intérêt général, bien que le Dr S. ait omis de demander l'appui pécuniaire avant de commencer le procès.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les frais de Radioscopie et de Radiographie, quoique non prévus au tarif Dubief, doivent être supportés par le chef d'entreprise.

JUSTICE DE PAIX DE NIMES (3e canton)

(30 *juin* 1910.)

Attendu que par exploit de Dayon, huissier à Nîmes, en date du 17 mai, enregistré, le docteur Suquet a fait citer le sieur Vézolles pour s'entendre condamner à lui payer la somme de 90 francs pour deux séances de radioscopie et radiographie de la jambe d'un sieur Naval, qu'il a faites les 5 et 23 mars 1909, sur les demandes et en présence des docteurs Quiot et Lasalle, à la suite de l'accident du travail survenu à cet ouvrier ;

Attendu que le sieur Vézolles a soutenu que le présent tribunal ne saurait statuer en vertu de la loi du 9 avril 1898, l'objet de la demande, qui a trait à des radiographies, ne pouvant être compris dans les frais médicaux, ne figurant pas dans l'énumération limitative de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu que l'article 4 de la dite loi permet à la victime d'un accident de faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien ; mais dans ce cas le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du Ministère du commerce ;

Attendu que ce tarif n'a été élaboré que pour permettre aux juges de paix de vérifier le prix et d'établir le montant des frais médicaux et pharmaceutiques à payer par le patron pour le cas seulement où la victime aurait elle-même choisi son médecin ou son pharmacien ;

Que ce tarif n'est indicatif et limitatif qu'en ce qui concerne le prix ; que le mot tarif employé et le titre même de l'arrêté du 30 septembre 1905 ainsi conçu : « fixant le tout des frais médicaux et pharmaceutiques », l'établissent nettement ;

Attendu encore que le législateur a si bien compris que le tarif du 30 septembre 1905 n'est pas limitatif et devrait être modifié par suite des progrès de la science médicale et surtout chirurgicale qui se transforme tous les jours par suite de l'application des antiseptiques et de l'électricité, puisqu'il est dit à la fin dudit article 4, modifié par la loi du 31 mars 1905, le tarif « ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans ; que malgré qu'il soit en application depuis bientôt cinq ans, il n'a pas encore été modifié, alors que depuis et par suite des progrès faits, il se trouve n'être plus en rapport avec les découvertes de la science et les nouveaux traitements appliqués ;

Attendu que la radiographie est un procédé de diagnostic qui ne s'est répandu que postérieurement à la confection du tarif du 30 septembre 1905, à cause des perfectionnements survenus qui en ont rendu les résultats beaucoup plus pratiques qu'en 1905 ;

Que ce mode de diagnostic est indispensable dans certains cas pour déterminer exactement les lésions, leur importance, et par suite, le mode de traitement ;

Attendu que lorsqu'il s'agit de fractures de membres, les médecins soucieux de bien réduire ces lésions font, lorsqu'ils le peuvent, radiographier le membre blessé pour bien voir la fracture et arriver ainsi à une réduction parfaite n'entraînant qu'une incapacité temporaire, tandis que s'ils se voient dans l'obligation de réduire la fracture par le diagnostic du toucher, ils ne peuvent pas arriver à obtenir une bonne réduction et la fracture n'étant pas bien réduite, l'ouvrier se trouvera infirme, et par conséquent atteint d'une incapacité permanente ;

Il faudrait donc que les compagnies d'assurances, loin de s'opposer aux radiographies, en ne voulant pas en payer les frais, exigent de leurs médecins qu'ils ne procéderont à aucune réduction de fracture sans avoir au préalable, si possible, fait radiographier le membre blessé ; en agissant ainsi, les guérisons seraient plus fréquentes et les incapacités permanentes seraient moins nombreuses, ce qui leur éviterait, par conséquent, moins de rentes à payer ;

Attendu que les frais médicaux comprennent toutes les dépenses nécessaires ou utilisables à l'amélioration du blessé, dès lors les soins donnés par les spécialistes doivent être acquittés par le chef d'entreprise, lorsqu'ils ont été jugés nécessaires par le médecin traitant et ordonnés par lui pour amener la guérison et non de la propre initiative du blessé ; il n'est même pas nécessaire que le médecin spécialiste chargé par son confrère, médecin de l'ouvrier, de donner ses soins à la victime, en avise, au préalable, le patron ;

Attendu que le 3 mars 1909, le sieur Naval, qui était au service de Vézolles, fut victime d'un accident de travail ; que les docteurs Quiot et Lasalle, appelés, diagnostiquèrent une fracture de la jambe, qu'ils firent transporter le blessé chez le docteur Suquet pour qu'il procédât, en leur présence, à la radiographie du membre blessé ; que

le docteur Suquet procéda en leur présence à la radiographie de la jambe ; que pour que l'opération fût complète, il fallut procéder à deux opérations, l'une de face et l'autre de profil, afin de bien connaître la fracture et la position des os cassés ;

Que le 23 mars, c'est-à-dire vingt jours après l'accident survenu à Naval, les docteurs Quiot et Lasalle voulurent, avant que la soudure fût complètement faite, s'assurer que la fracture était bien réduite ; ils firent transporter à nouveau le blessé chez le docteur Suquet et il procéda à travers l'appareil en plâtre à la radioscopie de la jambe ;

Attendu que ces opérations de radiographie et radioscopie étaient d'une absolue nécessité pour obtenir une guérison certaine de la fracture survenue au sieur Naval, pendant son travail ;

Attendu que la radiographie n'ayant pas été comprise dans le tarif du 30 septembre 1905, il appartient au juge d'en fixer le chiffre des débours et rémunérations ;

Attendu que la somme de 90 fr. réclamée par le docteur Suquet, pour deux radiographies et une radioscopie ne nous paraît pas exagérée et qu'il y a lieu de fixer à 90 fr. le chiffre des débours et honoraires du docteur Suquet ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs :

Le Tribunal, faisant droit aux parties, jugeant publiquement, contradictoirement et en premier ressort ;

Dit que le tarif du 30 septembre 1905 dressé en conformité de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 31 mars 1905, n'a été élaboré que pour permettre aux juges de paix de vérifier le prix et d'établir le montant des frais médicaux et pharmaceutiques à payer par le patron pour le cas seulement où la victime aurait elle-même choisi son médecin ou son pharmacien ;

Que ce tarif n'est indicatif et limitatif qu'en ce qui concerne le prix ; que le législateur n'a pas eu l'intention d'entraver les bienfaits et progrès de la science, en limitant et en interdisant l'emploi de produits et d'opérations jugés indispensables, peut-être nouveaux, inconnus au moment de l'élaboration du tarif, mais de qualités médicamenteuses et de pratiques incontestables ;

Dit qu'il appartient donc aux tribunaux de rechercher si les opérations ou produits ordonnés étaient d'absolue nécessité ;

Dit que le fait que la radiographie n'a pas été prévue au tarif ne peut avoir pour conséquence de priver l'ouvrier du bénéfice ou des avantages pouvant résulter pour lui de l'emploi de ce mode de diagnostic et que par suite le médecin qui l'a employé est en droit d'en réclamer le paiement ;

Dit que les opérations de radiographie et de radioscopie étaient d'une absolue nécessité pour amener la guérison certaine de la fracture survenue à Naval pendant le travail ;

Dit encore que la somme de 90 fr. réclamée par le docteur Suquet, pour deux radiographies et une radioscopie, n'est pas exagérée ;

Condamne le sieur Vézolles à payer au docteur Suquet ladite somme de 90 fr.;

Le condamne en outre en tous les dépens.

VARIÉTÉS

Le Médecin et l'Automobile

Si nous parlions un peu automobilisme ? Eh ! quoi, *tu quoque* ? Mon Dieu, ou *Ego quoque* ; mais rassurez-vous bien vite ; je ne suis ni un Bommier, ni un Baudry de Saunier, encore moins un Mortimer-Megret ; je n'ai aucune compétence en mécanique, et me garderai bien de discuter de questions techniques où je ne pourrais jouer que le rôle d'un compilateur, parfois infidèle, donc ridicule. Ce que je veux, c'est simplement exposer mes idées et le résultat de ma petite expérience personnelle, au point de vue uniquement économique. Et, à mon humble avis, c'est un point de vue qui a sa valeur. Tant de fois, j'ai entendu dire : ça me coûte un sou, deux sous, quatre sous, six sous et plus le kilomètre, sans pouvoir se reconnaître dans des calculs si différents, que je me suis promis d'établir mon coût exact, sans parti pris, sans optimisme ni pessimisme.

Voilà deux ans que je fais de l'automobile, suivant l'expression consacrée. La première année — plutôt pénible — j'avais une machine d'occasion de 6 chevaux, allumage par trembleur avec pile, moteur de Dion. En ai-je eu des histoires avec cette voiture ? A chaque instant bougie s'encrassant, trembleur se déréglant, carburateur refusant le service, bref, toute la lyre des ennuis inhérents à une voiture du type de 1902. Je ne compte pas les rentrées plus ou moins triomphales faites derrière des bœufs ou des voitures remplaçant momentanément un moteur rétif à son conducteur inexpérimenté. Et cependant, je le reconnais, les machines sont autrement dociles que les chevaux ; pas de caprices, pas de nervosités, pas d'indispositions ; si elles refusent le service c'est que vous ne les avez pas mises en état ; vous ne leur avez pas donné leur allumage, l'huile, l'essence ou tout autre soin indispensable ; mais elles ne sont pour rien dans votre négligence ou votre étourderie. Tenez, il y a trois jours, étant seul, je mets en marche, et en avant ! Au bout de trente mètres, les soupapes semblent rendre l'âme ; je regarde au contact, à l'huile, aux freins, rien ; j'étais prêt à m'arracher les cheveux, quand je constate que j'avais simplement oublié d'allumer ma lanterne, d'ouvrir mon robinet d'essence, veux-je dire.

Cette première année d'automobilisme qui a laissé dans mon esprit des souvenirs ineffaçables, se passa avec une dépense très restreinte comme consommation et comme entretien ; ce qui s'explique, étant donné le peu de force de la voiture ; d'ailleurs les dépenses de mécanicien furent ré-

duites au minimum en vertu du traité d'achat ; le vendeur se montra très conciliant en raison du prix élevé que je payais.

Je laisserai donc de côté cette première année, qui fut un véritable apprentissage, et un apprentissage singulièrement suggestif. Les pannes fréquentes furent pour moi d'excellents maîtres. Plus d'un aurait renoncé à ce genre de locomotion, et, je l'avoue, je fus sur le point de le faire. Mais l'automobile est un sport si passionnant, si agréable, si commode, quand le fonctionnement est assuré, que je me laissai aller aux instances du représentant de la maison Barré, de Niort ; je consentis à acheter une voiture neuve du prix de 7000 francs. On prenait ma vieille patraque en échange à un prix fixé lors de son achat, prix suffisamment rémunérateur

J'eus alors une voiture confortable, mais sans luxe : 4 cylindres, 10 /12 H. P., moteur tournant à 1200 tours, alésage 75, course 120, double phaëton, avec carrosserie arrière démontable se remplaçant par une pointe de course, double train baladeur, le tout pesant, vide, 895 kg.. Compris dans l'achat les lanternes, la capote (double, pour se transformer).

Je reconnais, sans difficulté, que cette voiture, m'a satisfait de tous points ; après plus d'un an d'usage, j'en suis encore à connaître les pannes, sauf pour les pneus. Ah ! les pneus ! Voilà le point noir de l'automobile ! Déchirures, crevaisons, éclatements, c'est après quelques mois de marche, ce qui attend tous les automobilistes, et alors en avant les Stepney, les rechap ages, les achats, etc.

Mon moteur, un monobloc, ce qui réduit son volume, est un Ballot ; mon carburateur, un Claudel ; mon pont-arrière de Barré est immuable, et ma cardan n'a pas poussé la plus légère plainte. Bref tout paraît aujourd'hui , après 12 mois, en excellent état, et une visite minutieuse faite, à l'atelier, au mois d'avril dernier, n'a donné lieu, qu'à des retouches insignifiantes ; enfin les bougies, remplacées à tort lors de la visite à l'atelier, ont été remises, et sauf une, ce sont celles que l'on me donna à la livraison ; les freins n'ont donné lieu qu'à des serrages éloignés, ce qui est normal ; la mise en route sur essence reste toujours facile et prompte. Bref, je n'ai qu'à me louer de la voiture comme robustesse, solidité, régularité.

Parlons maintenant de la marche, c'est là une question fréquemment agitée entre automobilistes ; en général chacun se fait gloire d'aller au moins aussi vite que son voisin, sinon plus vite ; les hâbleries des chasseurs sont presque dépassées, et je ne puis m'empêcher de sourire quand j'entends dire : Je fais du 50, du 70 à l'heure. On ne s'explique pas sur les conditions de marche, et chacun semble avoir raison ; mais qu'on est loin de la vitesse pratique ! Autre chose est d'aller par instants à une allure de 50 ou 60 kilomètres à l'heure, autre chose de faire réellement 50 ou 60 kilomètres dans une heure. Que de fois ai-je vu des chauffeurs regarder leur montre, lorsqu'il y a déjà 40 ou 50 secondes d'écoulées, et la regarder à nouveau 500 mètres avant l'arrêt ! On avait mis 10 minutes pour parcourir une distance réelle de 10 kilomètres. Conclusion : 60 kil. à l'heure. Quelle plaisanterie ! on ne tenait compte ni de la lenteur du démarrage, ni du ralentissement à l'arrivée, ni de l'heure *exacte* au moment de l'embrayage, ni de l'heure *exacte* un moment de l'arrêt. En calculant avec ces données — et c'est le calcul vraiment pratique — on trouvait 12 minutes au lieu de 10, et une vitesse de 50 kil. au lieu de 60 k. à l'heure, ce qui est déjà assez coquet. Pour moi qui n'ai pas — et ne dois pas avoir — une machine de vitesse, je fais, en moyenne, dans mes petites routes de 25 à 30 kil. à l'heure ; sur une grande voie j'arrive facilement à 40 kilomètres réels ; cela me suffit amplement. D'ailleurs à quoi bon une machine de vitesse pour le médecin rural ? Destiné par sa situation géographique et par sa profession à circuler plus souvent sur les petites routes que sur les grandes, avec des sinuosités brusques et incessantes, bordées de chaque côté de haies plus ou moins hautes et touffues, la vitesse pour lui constituerait un redoutable danger à chaque virage, et Dieu sait s'il y en a ! Force est bien d'aller d'un train raisonnable sous peine de se rompre le cou, un jour ou l'autre : donc obligation d'aller le plus souvent à petite allure : à quoi bon alors une voiture de vitesse ?

Abordons la question, sinon la plus intéressante, du moins la plus importante : le coût. Et d'abord écoutez les automobilistes et surtout les conducteurs. Cette voiture dépense 10 litres, aux 100 kilomètres (style spécial) ; celle-ci 9 litres, 8 litres, etc., en sorte, que vous voyez pour un même type de voiture les chiffres varier avec les gens, quand ils ne varient pas avec les mêmes gens. Avant tout, il faut s'entendre ; quand un constructeur vous affirme que sa voiture dépense 10 litres aux 100 kilomètres, et qu'il vous le prouve par une expérience de route faite avec vous, pensez-vous que ce sera l'expression exacte de la réalité ? Expérimentez seul ; faites 100 kil. d'une seule traite, puis faites votre plein (toujours style spécial) à l'arrivée. Vous constatez que vous avez dû mettre 10 litres approximativement (que ce mot est commode !) ; vous concluez : c'est bien 10 litres aux cent kilomètres, mais le lendemain, vous faites votre tournée de malades ; vous avez parcouru 100 kilomètres et avec stupeur vous constatez que vous avez dépensé 12, 13 et même 15 litres. C'est donc un trompe-l'œil que de prendre les chiffres donnés qui sont soumis aux plus grandes variations, suivant les circonstances.

En ce qui me concerne, voici les chiffres exacts : Du 28 mai 1909 au 28 mai 1910, j'ai fait 11.000 kilomètres en chiffres ronds (exactement 10905) ; j'ai dépensé en essence 760 frs, ce qui représente 0 fr. 069 par kilomètre, soit 14 litres et demi par 100 kilomètres ; voilà la vérité.

L'huile et la graisse, à peu près négligeables, se sont élevées à 64 fr. 05. Les pneus, hélas ! ont coûté 951 fr. 45. Au départ, pneus neufs ; en mai 1910, les pneus remis étaient si récents que je pouvais les considérer comme neufs ; la situation était donc la même. La dépense de 951 fr. 45

est donc bien la dépense réelle de l'année. Quant aux enveloppes détériorées qui me restent, impossible d'en tenir compte ; elles sont irréparables. Ce sont des antidérapants pour la plupart et je suis décidé à ne plus m'en servir. L'antidérapant une fois malade est perdu ; j'ai voulu en faire réparer un ; coût : 72 frs. durée un mois. Le jeu n'en vaut pas la chandelle. J'ai donc seulement des lisses ; ceux-là on les répare, on les entretient facilement, et leurs blessures, grâce au vulcanisateur, véritable magicien, sont promptement cicatrisées.

Les petites améliorations apportées à ma voiture, après achat, (tablier, sifflet, échappement libre) ont exigé une dépense dont je ne tiens pas compte, puisqu'elles sont indépendantes de l'usage normal. Enfin, au mois d'août 1909, moins de trois mois après la livraison, j'ai dû faire changer mon pignon intermédiaire et mes deux pignons baladeurs, ce qui m'a grevé de 126 fr. Pourquoi cette usure si rapide ? Est-ce maladresse ? Est-ce mauvaise qualité des matériaux ? Je reconnais que le changement a été heureux ; les nouveaux pignons sont demeurés intacts.

Au point de vue entretien, j'ai dépensé, y compris les susdits pignons, 294 fr. 15. Les assurances, réparties sous deux chefs, ont coûté : incendie, 45 fr. 85 ; accidents causés aux tiers, personnes ou choses, avec un maximum garanti de 10.000, 162 fr. 10.

Enfin, voulant assurer les personnes que je conduis avec un maximum de 5.000, cela me coûta 48 fr. 60. Les impôts pour 1910, figurent pour une somme de 120 fr.

Récapitulons ; après 11.000 kilomètres parcourus, les dépenses se sont ainsi classées :

Pneumatiques	951 fr.	45
Essence	760 »	
Huile, graisse	64 »	05
Entretien	294 »	15
Assurances	207 »	95
Impôts (contributions, prestations)........	120 »	» »
Total.......	2397 fr.	60

Par rapport au kilomètre parcouru sans compter l'amortissement on obtient 0 fr. 217 ou 0 fr. 22 en chiffres ronds.

Nous sommes loin, on le voit, des promesses des constructeurs. La voiture légère du médecin, lui coûtera toujours entre 0 fr. 20 et 0 fr. 25 le kilomètre ; ajoutons-y 10 centimes pour l'amortissement et nous aurons le prix réel de 25 à 35 centimes ; voilà la vérité vraie, et toutes les promesses contraires qu'on pourra vous faire seront la source de déceptions.

Et encore, je parle d'une bonne voiture. Car, il n'y a pas à dire, la mienne est aussi bonne que possible ; pas un seul ennui de moteur, d'allumage, des engins de transmission ; reprises faciles, sans secousses, docilité extrême, douceur de marche ; que désirer de plus ? M. Barré a tenu la promesse faite ; voiture sans luxe, mais robuste et facile à conduire ; seulement il n'a pas pu empêcher, ce qu'aucun constructeur ne saurait faire : le coût considérable de ce moyen de locomotion.

Dr Barbanneau,
Pousauges (Vendée).

NÉCROLOGIE

Le Dr André Lombard.

Rédacteur au *Concours médical.*

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre dévoué collaborateur et ami, le Dr André Lombard, décédé brusquement à Paris, le 3 janvier 1911, dans sa 35e année.

Fils d'un médecin praticien de province très estimé, un des premiers membres du *Concours médical*, André Lombard était né à Terrasson (Dordogne) en 1876.

Il vint terminer ses études à Paris, où, après avoir passé sa thèse en 1901, il se fixa pour y exercer à son tour. Il continua néanmoins de poursuivre les études de thérapeutique qu'il avait entreprises dans le laboratoire du Dr Marc Laffont, l'ancien préparateur de Paul Bert, qui resta, ainsi que le savant chirurgien et sénateur Dr Peyrot, son maître et son ami.

André Lombard consacra au journalisme médical une grande partie de son temps. Il collabora, sous la direction de Bourneville, au *Progrès médical*, écrivit, sous celle du Dr Cabanès, dans la *Chronique médicale*, et voulut bien se charger à notre demande de rédiger régulièrement au *Concours médical* des petits articles de thérapeutique pratique sous la rubrique : « Formulaire raisonné ».

Nos lecteurs savent avec quelle conscience, quelle compétence et quelle minutie, notre regretté ami s'acquittait de sa tâche, utile mais quelque peu ingrate.

Très attaché à la défense professionnelle, André Lombard était membre du Syndicat des médecins de la Seine et de la plupart de nos Œuvres de défense ; il avait pris part à la fondation de l'*Association des journalistes médicaux français*, dont il était secrétaire, et était membre de la *Société médico-historique* et de la *Société de médecine de Paris*.

Bien que se sentant miné par la maladie, avec une énergie admirable et qui malheureusement a aggravé son état, le Dr A. Lombard a voulu exercer sa profession et voir ses malades jusqu'au bout. Il nous écrivait encore, l'avant-veille de sa mort, nous assurant de son dévouement au *Concours médical* et à ses œuvres.

Puissent l'estime générale dont il jouissait et l'affection et les regrets unanimes de tous ceux qui l'ont connu atténuer la douleur cruelle de sa veuve, de son jeune fils et de ses vieux parents, auxquels, au nom du *Concours médical* et en notre nom personnel, comme vieil ami, nous adressons nos tristes et bien sincères condoléances.

J. Noir.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles diverses.

— Les **Diplômes de docteur en médecine** délivrés par les Facultés françaises en 1909-1910 se dénombrent comme suit :

915 diplômes d'Etat ;

52 diplômes universitaires.

Il y a eu 933 soutenances de thèses.

Pour la première fois, aucun diplôme d'officier de santé n'a été délivré pendant l'année scolaire.

Pour comparer avec les deux années scolaires précédentes, voir *Concours médical* 1909, n° 4 et 1910, n° 4.

— Les confrères qui seraient à même de fournir des indications au **Comité d'assistance ou de placement des veuves et des orphelins** ou qui désireraient connaître les demandes reçues par ce comité sont priés de s'adresser au Dr Darras, 5, rue de Surène, à Paris.

— Le fait de pratiquer **sans ordonnance de médecin** des **massages** pour le traitement d'une coxalgie ou d'une fracture du bras constitue le **délit d'exercice illégal de la médecine.**

Telle est la décision que, sur réquisitoire de M. le substitut René Tortat, et après plaidoirie de Me Camille Comby, vient de rendre la dixième chambre correctionnelle, présidée par M. Gallois.

Le prévenu, qui exerce la profession de masseur, a été condamné à trois cents francs d'amende.

— Les **vétérinaires** eux-mêmes n'échappent pas aux tendances de la clientèle *modern style* à laquelle nous avons peine à nous habituer. Et tout Alfort est en rumeur depuis que les moutons de Mme X... ont **contesté la note d'honoraires** que leur réclamait le professeur Cadiot.

Plus heureux que bien des médecins, l'éminent académicien a obtenu gain de cause devant les tribunaux et il sera payé autrement que par les « bééé, bééé » de ses clients, monnaie fort prisée dans certaine farce de jadis, mais peu appréciée de nos jours.

Heureux vétérinaire ! ! !

— Le **bureau** de la **Société de l'internat** des hôpitaux de Paris est ainsi constitué pour 1911 :

Président : M. Monprofit, d'Angers ; vice-président : M. Coudray ; secrétaire général : M. Jayle ; trésorier : M. Hallion ; archiviste : M. le Fur ; secrétaires des séances : MM. Agasse-Lafont et Clément Simon.

— Le Conseil général a voté récemment la **création d'un Institut de puériculture**, centre de vulgarisation et d'études pour tout ce qui concerne l'hgyiène infantile en général et l'allaitement en particulier.

Cet Institut, dirigé par le Dr Variot, aura son siège aux Enfants-Assistés.

Les Dents de René. — Cela pourrait s'intituler encore : Comment les Instituteurs apprécient l'inspection médicale des Ecoles, d'après l'*Ecole nouvelle*.

Un soir de juillet, à peine revenu de l'école et de Paris, j'étais en train de désaltérer les vingt-cinq salades de mon jardinet de banlieue. Par-dessus la haie, ma voisine m'interpella :

« Monsieur Placide, vous qui vous connaissez à ces histoires-là, voulez-vous me renseigner sur ce que René vient de me rapporter de sa classe ? »

Elle me tendait un papier que René, sous la dictée de son maître, avait couvert d'une grosse écriture pénible :

Je soussigné...., autorise M. X., chirurgien dentiste, à visiter la bouche de mon fils René Bidaut élève à l'Ecole primaire communale de Y., à soigner ses dents malades et à extraire celles qu'il jugerait nécessaire.

A Y., le juillet 1910.

Signature du père ou de la mère.

Mme Bidaut, qui est une excellente femme et dont l'humeur est, pour l'ordinaire, fort avenante, paraissait en ce moment sous le coup d'une violente indignation.

« Je vous demande un peu de quoi ils se mêlent ! » s'écria-t-elle dès que j'eus pris connaissance du document.

« — Vous dites ? fis-je, interloqué.

« — Je demande de quoi ils se mêlent à l'école et s'ils nous prennent pour des mendiants ou des malpropres », reprit Mme Bidaut avec plus de force.

Je compris alors.

M. Bidaut, mon voisin, est un ouvrier plus qu'aisé, qui gagne dans la mécanique d'automobiles environ une fois et demie ce que me vaut l'éducation de la jeunesse parisienne. Mme Bidaut est une digne ménagère aussi soigneuse de l'hygiène de son garçon que du brillant de son parquet. Elle se sentait doublement atteinte dans son amour-propre, du fait qu'on la supposait incapable ou insoucieuse de faire donner à René les soins nécessaires à sa santé.

J'essayai de faire comprendre à ma brave voisine que la communication dont elle s'était émue n'avait nullement le caractère qu'elle lui attribuait.

« Il s'agit là, lui dis-je, d'une excellente mesure générale dont l'utilité est reconnue depuis longtemps et que je m'applaudis de voir enfin mettre en pratique ».

Avec une érudition puisée aux sources toutes prochaines d'un article de Lucien Descaves, je lui montrai l'importance de l'hygiène spéciale de la bouche, et sa scandaleuse méconnaissance dans quatre-vingts cas sur cent.

« — René a notre dentiste, chez qui il va régulièrement »; rétorqua, têtue, Mme Bidaut.

— D'accord, chère Madame. Il rentre donc dans la catégorie des vingt enfants sur cent, pour lesquels l'inspection médicale n'a pas sa raison d'être. Remarquez d'ailleurs que l'administration scolaire a eu la prudence et le tact de demander votre autorisation avant d'y faire procéder. Il vous suffit donc d'écrire au directeur que René, soigné dans sa famille, n'a pas besoin de passer par les mains du dentiste de l'école.

Ma voisine, mollement, se déclara convaincue ; elle poussa même la complaisance jusqu'à paraître s'associer à mes sentiments touchant le Congrès d'hygiène scolaire qui devait s'ouvrir peu après.

Pourtant je sentais bien que tout au fond d'elle-même, persistait un peu de l'esprit qui lui avait dicté sa singulière protestation, de cet esprit d'aveugle défiance qui accueille trop souvent, en France, les moins contestables bienfaits de l'action publique.

Pour ma voisine, peu importe, puisqu'elle peut et qu'elle sait s'occuper elle-même de ses enfants, mais combien y en a-t-il qui diront comme elle :

« De quoi se mêlent-ils ? » et qui ne se mêlent, eux, de rien du tout.

LÉON PLACIDE.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 3 Dimanche 15 JANVIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

AUX MEMBRES DE L'AMICALE

Il est entendu que nous marchons vers le progrès.

L'Administration des postes a simplifié ses services en laissant au public le soin de remplir les formules ultra-compliquées qui absorbaient le temps de ses employés.

C'est parfait, à la condition cependant que le public sache ou veuille remplir les formules en question. Or, si j'en juge par le simple fonctionnement de l'Amicale, les affaires ne doivent pas toujours marcher toutes seules.

C'est ainsi que les mandats ne portent plus le nom de l'expéditeur, personne ou à peu près ne songeant à mettre son nom sur la ligne laissée *ad hoc*. Et on peut juger de ce que peuvent être les recherches, en cas d'erreur, de signature illisible, etc... Je ne parle pas d'un confrère qui m'a envoyé un mandat anonyme — bien entendu — contenu dans une formule à télégramme, sans autre indication qu'un cachet de poste à peine déchiffrable !

Je m'efforce, pour ma part, à ne rien oublier de ce qui peut être nécessaire à mes correspondants et, s'il m'arrive à moi aussi quelque oubli, ils voudront bien m'excuser, en raison de la besogne effroyable qui m'incombe en ce moment.

Et c'est cette même besogne qui me fait leur demander d'employer à l'avenir, pour les envois qu'ils me font, le mandat-carte qui renferme toutes les indications nécessaires, et laisse encore quelques lignes pour la correspondance, sans parler du paiement à domicile qui n'est pas à dédaigner.

Et maintenant, je profite de l'occasion pour remercier mes confrères des vœux qu'ils formulent pour notre Amicale, et pour son trésorier en particulier. Je leur réponds par un vœu tout à fait en situation : qu'aucun ne soit malade cette année !

A. Gassot.

PROPOS DU JOUR

Les sociétés de secours aux blessés militaires et les Médecins praticiens

Le Dispensaire de Compiègne.

Dans un de nos « Propos » du 21 août 1910, intitulé : *Bienfaisance privée*, nous avons fait allusion au tort que portait à nos confrères parisiens du XIIIe arrondissement l'Hôpital de la rue des Peupliers qui, sous l'égide de la Croix-Rouge, accepte sans contrôle tous les cas chirurgicaux, et assiste surtout, nous ne savons dans quel but, les petits ou gros rentiers et les accidentés du travail, au grand bénéfice des compagnies d'assurances.

Grâce à une lettre rectificative de l'honorable Dr Duchaussoy, fondateur de l'Association des Dames Françaises, nous avons pu, dans un autre « Propos » du 11 septembre 1910, préciser les griefs du corps médical, qui souffre un peu partout en France de la déviation du but de certaines organisations de la Croix-Rouge. Ces articles nous ont valu un assez grand nombre de lettres et de documents. Nous ne les avons pas publiés, parce que leur imprécision aurait pu faire croire que nous voulions engager une mauvaise campagne contre des sociétés dont nous approuvons aussi sincèrement le principe que nous en condamnons énergiquement les abus. Mais nous recevons aujourd'hui d'un de nos distingués confrères de Compiègne, M. le Dr Wurtz, un rapport très documenté, exposant l'historique et le fonctionnement du Dispensaire créé dans cette ville par une société de secours aux blessés militaires, rapport présenté au Syndicat des médecins de l'Oise. Nous n'hésitons pas à le publier, pour bien montrer au corps médical, qui est le meilleur et l'indispensable collaborateur des œuvres de la Croix-Rouge, le danger qu'il encourt en prêtant la main à de pareils abus. Nous comptons recevoir de différentes villes de France où sévissent des institutions analogues, des renseignements suffisants pour être parfaitement documentés sur le préjudice ainsi porté aux médecins praticiens.

J. Noir.

Le Syndicat des médecins de l'Oise, réuni à Creil le 18 décembre 1910, ayant mis à l'ordre du jour de sa séance la question des dispensaires, notre confrère, le Dr Wurtz, de Compiègne, a fait à cette occasion un exposé très complet des conséquences fâcheuses qu'a entraînées pour la majorité du corps médical de la région où il exerce, la création dans cette ville d'un dispensaire fondé par la Société de secours aux blessés militaires de la Croix-Rouge.

Nous croyons utile, pour l'édification de nos lecteurs, de reproduire intégralement cet exposé.

« C'est à juste titre que vous avez mis à l'ordre du jour de notre séance d'aujourd'hui la question des dispensaires. Cette question mérite en effet d'attirer sérieusement l'attention du corps médical, car les dispensaires sont devenus pour lui, en raison de la concurrence qu'ils font à notre profession, un danger chaque jour grandissant.

Je me propose de ne vous entretenir que de faits qui sont en quelque sorte de notoriété publique dans la région où j'exerce. En en prenant connaissance, vous comprendrez comment une institution philanthropique, créée sous le patronage d'une société d'assistance militaire dans un but éminemment utile, mais spécial et bien défini, a pu arriver insensiblement à être détournée de son but et à n'être plus actuellement qu'un puissant moyen d'influence entre les mains de quelques personnalités.

Quel est en effet le but des sociétés d'assistance militaire ? C'est de venir en aide aux blessés des armées de terre et de mer et aux victimes des désastres publics.

Leur rôle consiste :

1o A créer des hôpitaux auxiliaires du territoire destinés à recevoir les malades et blessés de l'armée qui, faute de place, ne peuvent être admis dans les hôpitaux militaires.

2o A prêter leur concours au service de l'armée en ce qui concerne les hôpitaux auxiliaires de campagne.

3o A faire parvenir aux malades et blessés militaires les dons qu'elles reçoivent de la générosité publique.

Enfin, elles sont autorisées, en cas de fléaux ou de désastres publics survenus en territoire français, à offrir leur concours aux autorités compétentes.

Le rôle de ces Sociétés, qui constituent la Croix-Rouge Française, est, on le voit, bien défini.

Je vous démontrerai sans peine que le comité de la Croix-Rouge auquel je fais allusion s'en est considérablement écarté.

L'obligation pour cette Société de créer un hôpital auxiliaire entraînait pour elle, je le concède, la nécessité de créer une école d'infirmières. Ce fut celle-ci qui servit de prétexte à la fondation d'un dispensaire.

On peut se demander tout d'abord si la somme énorme (on a parlé d'un chiffre de dix mille francs) que nécessita la création de ce dispensaire, et qui avait été versée par la générosité publique pour être distribuée aux malades et blessés militaires, ne s'est pas trouvée détournée de sa véritable destination en étant affectée à cette création.

Tel fut, paraît-il, l'avis de la grande majorité des membres du Comité, qui fut nettement hostile à l'innovation projetée : une minorité tenace, qui avait prévu de quel merveilleux élément de popularité elle allait se doter, réussit à imposer sa volonté, et le dispensaire fut créé.

Installé luxueusement dans un local apparte-

nant à une communauté religieuse, pourvu du matériel chirurgical le plus perfectionné, le dispensaire se présentait sous les auspices les plus favorables : le Comité n'avait plus qu'à faire appel au public.

Un beau matin, des affiches placardées sur les murs de la ville informèrent les habitants qu'à dater de tel jour, par les soins des dames du Comité d'une œuvre de la Croix-Rouge, des soins médicaux seraient délivrés gratuitement tous les jours de neuf heures du matin à onze heures et, en cas d'urgence, à toute heure du jour, à tous les indigents et ouvriers de la ville et des environs.

Or, notez que la ville en question possède : un hôpital presque neuf, parfaitement aménagé, où sont envoyés des blessés de l'Assistance médicale gratuite de tous les points du département ; un bureau de bienfaisance où sont inscrits environ 1400 indigents et dont le service est assuré par quatre médecins ; enfin trois sociétés de secours mutuels, deux d'hommes et une de femmes, toutes fonctionnant admirablement et ayant suffi jusqu'à ce jour, sans susciter de critiques, à assurer les soins médicaux à la population indigente et ouvrière, qui pouvait sous ce rapport être qualifiée sans exagération de privilégiée.

Aussi, le Comité ne se bornait-il pas à faire appel à la population urbaine, il étendait son appel à tous les indigents et ouvriers des environs.

Ai-je besoin de dire que cet appel fut rapidement entendu, et qu'on y répondit avec un empressement qui dépassa toutes les espérances. Le succès du dispensaire fut en quelques mois colossal, foudroyant.

Si, au début, ce furent les seuls indigents qui se rendirent aux consultations, cette situation fut de courte durée, et bientôt, aux indigents, se mêlèrent les ouvriers non affiliés aux sociétés de secours mutuels, qui y furent attirés par la bonne grâce avec laquelle ils étaient accueillis par ces infirmières aimables, qui se faisaient un plaisir de leur donner personnellement des soins.

Les membres du Comité et leurs amis y dirigèrent, en cas de blessure, de quelque nature qu'elle fût, tout leur personnel domestique, et bientôt on vit défiler aux consultations du dispensaire des petits commerçants et rentiers, des propriétaires sans préjugés, qui considérèrent avec quelque apparence de raison qu'il y aurait sottise de leur part à refuser un avantage matériel qui leur était si libéralement offert, et à continuer à payer de leurs deniers le médecin et le pharmacien, ainsi qu'ils l'avaient fait jusqu'à ce jour.

Est-il nécessaire de dire qu'il ne se reproduisit plus dans la ville, ni même dans la région, un seul accident du travail, sans que la victime de l'accident fût dirigée d'office sur le dispensaire, soit par son patron, soit par l'agent de la compagnie d'assurances responsable ? Un blessé de cette catégorie s'égarait-il par hasard chez un médecin de la ville, qui lui faisait un premier pansement d'urgence, ce dernier ne le revoyait jamais une seconde fois ; le mot d'ordre formel donné au blessé était « d'aller au dispensaire où cela ne coûtait rien. »

Je signalerai un fait plus caractéristique encore :

Un malade soigné à l'hôpital pour un traumatisme grave et qui, sorti de l'hôpital guéri de sa blessure principale, mais ayant encore aux doigts quelques plaies insignifiantes qu'il venait se faire panser quotidiennement à la consultation, reçut l'ordre de l'agent d'assurances d'aller achever de se faire guérir gratuitement au dispensaire, parce que l'économat de l'hôpital s'était permis d'envoyer à la compagnie responsable des frais de maladie, une note pour les médicaments fournis au blessé à la consultation.

Non content de dispenser gratuitement à quiconque le désirait, quelle que fût sa situation sociale, les soins ressortissant à la médecine et à la chirurgie générales, le Comité de la Société de secours aux blessés militaires eut une idée géniale. Il s'adjoignit un spécialiste, oto-rhino-laryngologiste de talent, qui vint opérer une fois par semaine au dispensaire. Ce fut alors du délire dans le public. De tous les points les plus reculés de l'arrondissement affluèrent les adénoïdiens désireux de profiter de cette aubaine pour se faire opérer gratuitement.

Toutefois, ce praticien se rendit rapidement compte qu'il était victime, de la part de cette clientèle, d'une exploitation éhontée, et il n'accorda plus la gratuité de ses interventions qu'aux malades munis d'un certificat d'indigence délivré par leur médecin habituel.

Périodiquement, la presse locale informait le public, afin de bien lui faire comprendre quel service lui était rendu, du nombre de pansements et d'interventions de toute nature, qui avaient été faits durant l'année. Ce chiffre a atteint en 1908 celui de 15 à 16,000 ; il a dépassé 18.000 en 1909 et ce dernier chiffre sera dépassé de beaucoup en 1910.

Peut-on s'étonner dès lors qu'un jeune praticien, instruit et actif, installé depuis plusieurs mois dans la ville et commençant à y avoir quelque clientèle, se vit dans la nécessité de renoncer à y exercer sa profession, tous ses malades ayant désappris le chemin de son cabinet, le jour où ils comprirent qu'ils pouvaient tous se faire soigner de n'importe quelle maladie, sans être astreints en retour à honorer un médecin. L'absence totale de contrôle, ou plutôt le contrôle illusoire exercé sur la clientèle du dispensaire depuis sa fondation a fini en effet par implanter l'idée, aujourd'hui bien enracinée dans le public, que les soins médicaux doivent pour tous être entièrement gratuits.

N'est-il pas temps, en présence de semblables abus, que le corps médical s'amende et pousse un cri d'alarme ? Rien n'étant plus démonstratif que les chiffres, je crois être en deçà de la vérité en affirmant que chaque année, depuis sa fondation, le dispensaire a causé aux médecins de la région un préjudice minimum de 25 à 30.000 francs.

Croit-on que si les membres du Comité de la Société de secours aux blessés militaires dont je

parle, au lieu de dispenser des secours médicaux, avaient fait placarder sur les murs qu'ils distribueraient dans les mêmes conditions du pain ou des portions de viande, les corporations lésées par cette concurrence dangereuse l'eussent toléré plusieurs années ?

Poser la question, c'est la résoudre.

En quoi, je le demande, les intérêts de la corporation médicale sont-ils moins respectables et ont-ils moins de droits d'être défendus ?

Or, le mal que je signale à mes confrères menace de s'étendre, car en présence du succès qui a couronné cette œuvre de la Croix-Rouge, d'autres Comités projettent de fonder des dispensaires semblables dans d'autres villes du département.

Je ne veux pas rechercher qui bénéficie de cette philanthropie exercée aux dépens de la profession médicale. Je tiens à rester exclusivement sur le terrain de la défense des intérêts professionnels. Je ne me dissimule pas d'ailleurs que dans la lutte qu'il est du devoir du corps médical d'engager pour obtenir que ses droits soient respectés, il aura contre lui tous ceux, et ils sont légion dans toutes les classes de la Société, qui retirent un avantage matériel ou moral des abus que je crois devoir dénoncer.

Comment d'ailleurs en obtenir la suppression ? J'avoue que je n'en perçois pas nettement le moyen. Il appartient au syndicat, organe attitré de la défense des intérêts du corps médical, de conjurer ce danger qui devient, on le voit, de plus en plus menaçant.

S'il obtient ce résultat, il rendra à notre profession un éminent service, et il s'attirera la légitime reconnaissance de tous les praticiens lésés.

Dr WURTZ,
de Compiègne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Broca : M. le prof. agrégé PROUST.

L'intervention chirurgicale dans les Splénomégalies.

Nous avons dans le service une malade fort intéressante, dont je vais vous parler aujourd'hui et au sujet de laquelle nous allons voir ce que peut donner l'intervention chirurgicale dans les splénomégalies.

Voici l'histoire de cette femme. Elle présente dans le flanc gauche une énorme tumeur. Elle s'est aperçue, il y a 2 ans environ, que son flanc gauche augmentait de volume et qu'il s'y développait une grosseur dont le volume n'a pas tardé à atteindre la taille d'une tête d'enfant. Actuellement, la tumeur soulève les dernières côtes. Ses dimensions sont de 33 centimètres pour son grand diamètre et 20 centimètres pour son diamètre transversal. Elle affleure la ligne axillaire au niveau de la 8e côte. Elle est mate à la percussion.

A quelle affection avons-nous affaire ? Il peut s'agir d'une lésion du rein ou d'une lésion de la rate. Il est des cas où le diagnostic différentiel est difficile, lorsque la tumeur prend un contact lombaire et lorsqu'on ne parvient pas à bien délimiter son bord antérieur. Il est deux signes sur lesquels, en général, on pourra s'appuyer. Dans les tumeurs rénales, on arrive à localiser le côlon en avant. D'autre part, dans certaines tumeurs de la rate, on arrive à reconnaître le bord de l'organe. Chez notre patiente, on peut sentir nettement le bord de la rate. Il s'agit donc d'une affection de la rate. Comme symptômes, nous ne trouvons pas autre chose que de la perte de l'appétit et des petites taches cutanées.

Sommes-nous en présence d'une tumeur, d'un kyste hydatique de la rate ? La lésion n'est pas tendue, ni rénitente, ni arrondie. Elle n'a aucun des caractères du kyste hydatique.

Ce pourrait être un sarcome. Toutefois, les sarcomes n'ont pas ce volume considérable. De plus, le palper nous indique qu'il s'agit d'une rate très augmentée de volume, mais d'une rate ; c'est une hypertrophie de la rate, une splénomégalie.

Nous avons à nous demander ce qu'est cette splénomégalie, quelle en est la nature, et dans quelles conditions on a le droit d'intervenir contre elle. Il y a toute une série de splénomégalies où le traitement chirurgical donne de bons résultats. Il en est d'autres où il n'en donne pas.

D'une façon très schématique, nous dirons qu'il y a trois sortes de splénomégalies que les chirurgiens sont habitués à voir :

1° La splénomégalie liée à la malaria ;

2° La splénomégalie liée à une affection discutée, mais qu'il convient cependant d'admettre, la maladie de Banti ;

3° La splénomégalie liée à la leucémie.

Enfin, il est un quatrième groupe de splénomégalies que l'on nomme idiopathiques, parce que leur origine reste obscure. Ce sont celles qui ne rentrent ni dans les splénomégalies de la malaria, ni dans celles de la leucémie, ni dans la maladie de Banti. Cette classe va en se réduisant peu à peu, au fur et à mesure que l'on connaît mieux ces affections. C'est ainsi qu'a été retirée de ce groupe la maladie de Banti.

En 1894, Banti, de Florence, remarqua que certains individus atteints d'anémie profonde avaient une grosse rate. La splénomégalie, dans ce complexus, finit par s'accompagner de cirrhose du foie et d'ascite. A la dernière période, la maladie comprend donc de la splénomégalie, de la cirrhose hépatique et de l'ascite. Quand l'affection n'est pas parvenue à ce stade terminal, il est possible d'arrêter son évolution par l'ablation de la rate. Quand le processus est complet, on peut encore intervenir par la splénectomie et l'opération de Talma (suture de l'épiploon au péritoine), celle-ci dirigée contre l'ascite.

Etudions de plus près l'intervention chirurgicale dans les quatre groupes de splénomégalies que je viens d'indiquer.

Pour les hypertrophies des paludéens, on a fait l'ablation de la rate, d'abord par erreur de raisonnement. On a cru qu'au niveau de la rate se trouvait une réserve d'hématozoaires de la malaria. On a proposé d'enlever l'organe pour enlever le nid de germes. Cette interprétation est une erreur. Cependant, on a remarqué que les paludéens qui avaient subi l'ablation de la rate se portaient mieux. De plus, il est un danger qui menace les paludéens, c'est la rupture de la rate, surtout lorsqu'elle est en ectopie, accessible alors aux moindres heurts, l'ectopie étendant la zone de vulnérabilité de l'organe. En outre, dans quelques cas, les grosses rates des paludéens se tordent comme un kyste de l'ovaire et il peut s'ensuivre la mort des patients, si l'on n'intervient pas. La grosse rate paludéenne relève, pour ces motifs, de la chirurgie.

Certaines hypertrophies de la rate, dont nous ne connaissons pas bien l'origine, sont également avantageusement traitées par la splénectomie. Il semblerait donc que cette intervention soit indiquée dans les splénomégalies en général. Malheureusement, il reste tout un groupe de grosses rates qui ne sont pas influencées de façon utile par la chirurgie : ce sont les rates leucémiques.

On divise actuellement les leucémies en deux classes. Elles peuvent se produire, en effet, suivant deux types : avec des globules blancs granuleux ou avec des globules blancs non granuleux. Lorsqu'il s'agit d'une accumulation de globules blancs non granuleux, analogues à ceux des ganglions lymphatiques, c'est la *leucémie lymphoïde.* S'il s'agit de globules blancs granuleux, comme ceux de la moelle osseuse, c'est une *leucémie myéloïde.* Cette affection semble une sorte de cancer du sang. Les centres hématopoiétiques y sont pris d'une activité exagérée. Dans la leucémie lymphoïde, les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés. On trouve une augmentation de volume de tout le tissu adénoïde et aussi de la rate ; toutefois, celle-ci n'atteint pas des dimensions considérables, et son hypertrophie ne constitue pas le principal symptôme. Dans la leucémie myéloïde, les globules blancs granuleux sont abondants dans le sang, et la rate est prodigieusement accrue de volume. Théoriquement, pour expliquer cette hypertrophie, on admet que chez l'enfant, la rate contient du tissu myéloïde. Ce qui est certain, c'est que, dans la leucémie myéloïde, il y a une splénomégalie énorme, sans hypertrophie des ganglions.

Dans le cas particulier soumis aujourd'hui à notre observation, à quoi avons-nous affaire ? A la malaria, à une maladie de Banti, à une leucémie ? Une seule chose permet de faire le diagnostic, c'est l'examen du sang. Il a été pratiqué avec le plus grand soin. On a trouvé 3 millions de globules rouges au lieu de 5 millions, et un nombre considérable de leucocytes. Normalement, le rapport des globules blancs aux globules rouges est de 1 pour 400, 1 pour 300, quelquefois 1 pour 200. Chez notre malade, nous arrivons à la proportion de 1 pour 5. Il y a 570.000 globules blancs pour 3 millions 130.000 globules rouges. Dans les livres classiques, on dit que le chiffre des globules blancs peut atteindre comme maximum, dans la leucémie, près de 600.000. Ici, nous observons une des plus fortes proportions connues.

Cette femme est donc atteinte de leucémie. Quel en est le type : lymphoïde ou myéloïde ? Resterait à voir quels globules blancs on rencontre. Si l'on prend le pourcentage des myélocytes et des lymphocytes, nous arrivons à un chiffre vraiment considérable, à une proportion de 18 pour 100. Les myélocytes forment près du cinquième du nombre des globules blancs. C'est un des chiffres les plus élevés que l'on connaisse, un des degrés de leucémie myéloïde les plus accentués.

Malgré que l'essaimage primitif de ces globules blancs se fasse au niveau de la moelle, l'examen de ces malades ne révèle pas de lésion osseuse. L'essaimage se continue au niveau de la rate.

Le diagnostic est ainsi formel. Il s'agit d'une splénomégalie liée à une leucémie myéloïde. On a espéré, autrefois, que cette hyperproduction de globules blancs se produisait au niveau de la rate et qu'il y avait lieu, conséquemment, d'enlever cet organe. On a cherché à faire la splénectomie. Eh bien ! Qu'a-t elle donné dans ces cas-là ? Pour mieux apprécier les résultats, je vais d'abord montrer ce qu'a donné la splénectomie dans les autres variétés de splénomégalie.

Quels résultats procure la splénectomie dans la malaria ? Sur 149 splénectomies faites sur des grosses rates de sujets atteints de malaria, on a obtenu 111 guérisons opératoires, avec 38 morts. Quand la rate était en ectopie, toujours dans la malaria, on est intervenu 40 fois et on a eu 39 guérisons avec 1 mort. Pourquoi les résultats

sont-ils meilleurs dans ce dernier cas ? Qui dit organe en ectopie, dit organe mobile. Dans les splénomégalies ordinaires, la rate a des adhérences vasculaires, d'où un danger d'hémorrhagies au moment de son ablation. L'ablation de la rate ectopique n'a pas ces inconvénients. De même, dans les rates compliquées de cet accident qu'est la torsion. Sur 12 opérations faites pour des cas de torsion d'une rate hypertrophiée malarienne, on a eu 10 guérisons et 2 morts.

Dans la maladie de Banti, laquelle, abandonnée à elle-même, se complique de cirrhose et d'ascite, sur 61 splénectomies, on a obtenu 49 guérisons et 12 morts. Là encore, les résultats sont très honorables.

Dans le groupe confus des splénomégalies idiopathiques, dans lesquelles la rate est grosse sans viciation de la formule leucocytaire, sur 74 splénectomies, on a eu 53 guérisons et 21 morts. Lorsqu'on a opéré ces mêmes rates en ectopie, les résultats ont été, comme pour la malaria, encore meilleurs : sur 60 opérations, 54 guérisons avec 6 morts. Enfin, quand on a opéré ces mêmes rates en ectopie et tordues, sur 27 opérations, on a obtenu 19 guérisons et 8 morts.

Donc, qu'il s'agisse de malaria, de maladie de Banti, de splénomégalie de cause inconnue, toujours le nombre des guérisons opératoires a été supérieur au nombre des morts. De plus, l'intervention sur une rate mobile est encore plus favorable. Or, chez notre malade, la rate est mobile. Il semblerait donc qu'elle doive, elle aussi, bénéficier de l'intervention chirurgicale. Eh bien ! que sait-on sur ce sujet ?

Les résultats de la splénectomie dans la leucémie sont au contraire opposables à ceux de cette opération dans la malaria, la maladie de Banti et les splénomégalies idiopathiques. Je vais prendre ces résultats année par année, pour bien montrer qu'ils ne se sont pas améliorés, malgré les progrès de l'asepsie et de la technique opératoire.

En 1894, Vulpius et Ceci rassemblent les observations de splénectomies pour leucémie. Sur 28 cas, il y eut 25 morts immédiates, et 1 mort au bout de trois jours, ce qui fait en réalité 26 morts opératoires. Un des survivants est mort au bout de 8 mois, l'autre serait (très problématiquement) guéri. Ce sont des résultats décourageants. Malgré cela, les opérations ont continué.

En 1900, on arrive à 42 cas opérés avec 38 morts, par conséquent avec 4 survivants. Il y a gain seulement de deux guérisons apparentes.

Enfin, depuis, nous connaissons 7 nouveaux cas, ce qui fait une statistique totale de 49 cas avec 43 morts immédiates, soit une mortalité de 87 %. C'est peut-être la mortalité la plus effroyable enregistrée pour aucune des opérations de la chirurgie moderne.

A quoi tient cette différence avec la mortalité dans les splénomégalies de la malaria ? Il semble qu'elle tienne, d'une part, à l'hémorrhagie. Les leucémiques sont des hémophiles. Elle tient, d'autre part et surtout, à l'état de dystrophie de ces malades. Même quand il n'y a pas d'hémorrhagie, il y a des phénomènes de choc immédiat qui les font mourir dans la journée de l'opération. Aujourd'hui, il est bien établi que l'on doit s'abstenir de traitement chirurgical dans ces splénomégalies leucémiques.

Devons-nous abandonner ces malades, les considérer comme condamnés sans espoir ? La mort, dans la leucémie, surtout dans la forme myéloïde, survient assez rapidement, dans un délai moyen de 6 mois à 3 ans. Mais on sait, en revanche, que la radiothérapie possède une action élective sur ce processus morbide. Ces énormes rates, en particulier, peuvent fondre sous l'action des rayons X. Malheureusement, le fait que la rate diminue ne suffit pas. Quoi qu'il en soit, nous n'avons à utiliser ici qu'une seule méthode, la radiothérapie.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Diagnostic des Tuberculoses ostéo-articulaires par la tuberculine

M. P. Sourdat, d'Amiens, analyse dans la *Clinique* un travail de Waldenström sur la précision des résultats fournis par la tuberculine pour le diagnostic des affections ostéo-articulaires au début.

Prenons un exemple : les symptômes décrits par les divers traités comme signes de début de la coxo-tuberculose : boiterie, douleurs, amyotrophie, contracture, ne sont, en réalité, que des signes d'arthrite sans caractère de spécificité ; l'évolution, locale et générale, donne seule la certitude de la nature tuberculeuse de l'affection ; la radiographie est loin de donner toujours un résultat positif.

Waldenström affirme que nous possédons, dans la réaction à la tuberculine, un excellent moyen d'établir, même au début, la nature tuberculeuse d'une affection de la hanche.

Voici sa technique, d'après la *Clinique* :

Pendant deux jours, on note toutes les deux heures la température ; elle ne doit pas dépasser 37°5. Puis, on note l'état de la hanche. Le soir, vers 9 à 10 heures, on injecte sous la peau du ventre 1 à 5 milligrammes de tuberculine ancienne, de préférence, loin de l'articulation malade. C'est le lendemain matin qu'apparaît généralement la réaction.

Pendant quarante-huit heures après l'injection, la température est prise toutes les deux

heures. Si l'ascension ne dépasse pas 0°2, on injecte, deux jours après la première injection, une dose double ; si l'ascension atteint 0°2 à 0°4, on réinjecte une dose égale. Quand la température commence à monter, il faut faire toutes les deux heures un examen de la hanche, jusqu'à l'apparition des signes ou la diminution de la fièvre. Une ascension thermique de 0°5 indique la présence d'un foyer de tuberculose ; la réaction locale peut apparaître avec une ascension de 0°3 ; elle peut aussi se montrer après des ascensions de 0°5. Il faut donc, après une ascension de 0°5, sans réaction locale, faire une nouvelle injection ; pour dépister sûrement un foyer, il faut, parfois, aller jusqu'à 2 ou 3 milligrammes. La quantité à injecter est très schématique ; mais il faut ne pas donner, au début, une dose trop petite, car la réaction locale consécutive à une seconde injection serait moins nette qu'après une injection d'emblée de même force.

Le malade garde le lit pendant toute la durée de l'épreuve, pendant laquelle on note chaque modification des symptômes.

Ceux-ci varient, suivant qu'il s'agit d'un foyer synovial ou osseux, du col fémoral.

Waldenström cite des observations de cas où l'injection de tuberculine, au cours d'arthrites de nature incertaine, fit apparaître localement tous les signes de coxalgie :

Coxalgie à forme synoviale : sensibilité de l'articulation, douleur à la mobilisation, contracture en flexion, abduction, rotation externe, limitation des mouvements passifs. *Vice versa*, avec des signes typiques de coxalgie, l'absence de réaction démontrerait l'absence de tuberculose.

Foyers osseux isolés : quand on ignore si la synoviale est ou non envahie, l'exagération des signes du foyer osseux : exagération de la douleur localisée sur le col, hypertrophie douloureuse des ganglions iliaques externes, sans modification de la mobilité de la hanche, semble prouver que le foyer osseux est bien limité.

Foyers à la fois osseux et articulaires : au contraire, dans ce cas, la tuberculine influe nettement sur les mouvements (raideur, contracture) en même temps que sur la sensibilité du col et les ganglions iliaques externes.

Waldenström a employé la même méthode avec succès pour les autres tuberculoses osseuses et articulaires, en particulier pour le diagnostic précoce du mal de Pott. Il en conclut à la possibilité, dans les cas douteux, de reconnaître avec certitude, par l'apparition de symptômes locaux après injection de tuberculine, si une affection ostéo-articulaire est tuberculeuse, et si un foyer osseux est encore isolé ou compliqué de synovite.

Le Nystagmus et les Affections de l'oreille.

Barany a fait en ces dernières années d'intéressantes recherches sur le nystagmus provoqué dans les affections auriculaires, que MM. Lombard et Halphen ont analysées et fait connaître aux lecteurs français. M. Henri Bourgeois vient de reprendre cette question particulièrement pratique dans le *Progrès Médical*. L'épreuve est devenue aujourd'hui classique pour l'examen fonctionnel de l'oreille interne.

Plusieurs moyens sont applicables pour réaliser cette épreuve : le plus pratique est celui du courant d'eau chaude.

« *Manuel opératoire*. — Comme instrumentation, un bock, une canule assez effilée, de l'eau à la température de 20 degrés. Si on opère sur un tympan perforé, cette eau doit avoir été stérilisée et toute la manœuvre sera effectuée selon les règles d'une asepsie parfaite.

« Le bock est placé à une hauteur de 0 m. 50 ; la canule introduite, on laisse couler l'eau et on guette l'apparition du nystagmus.

« Il est indispensable de placer le patient dans certaines conditions favorables. En effet, l'action de porter le regard dans une direction autre que celle du nystagmus retarde ou empêche l'apparition de celui-ci, il faut que le sujet garde sa musculature oculaire dans un état d'équilibre indifférent, ou qu'il dirige son regard dans la direction du nystagmus attendu ; cette dernière manière de faire est la plus favorable.

« Pour examiner un sujet dans la position d'équilibre oculaire indifférent, on dit habituellement en vision directe, on place devant ses yeux des verres dépolis assez opaques pour l'empêcher de rien fixer, assez transparents pour percevoir au travers les mouvements de ses globes oculaires.

« Si l'on veut diriger les yeux dans le sens du nystagmus, il suffit *de faire fixer son propre index* de manière à placer les globes oculaires en position latérale extrême ; interroge-t on l'oreille droite, c'est vers la gauche qu'on fera porter le regard. »

« *Résultats de l'épreuve chez un sujet sain*. — Le nystagmus apparaît en moyenne au bout de 35 secondes quand on le recherche en position latérale extrême du regard. Il est rotatoire et dirigé vers l'oreille non injectée.

« Si on le recherche en position de vision directe, avec les lunettes dépolies, il retarde de 10 à 15 secondes.

« Il est important de noter le temps que met le nystagmus à apparaître ; on cesse l'injection et on note ensuite la durée du nystagmus.

« Un nystagmus léger dure peu et ne se manifeste que dans la position latérale extrême ; plus accentué, on l'observe également en position directe ; tout à fait intense, il se manifeste quelle que soit la direction du globe oculaire, même si le regard est tourné vers l'oreille injectée.

« En même temps, le patient accuse du vertige, il se croit entraîné dans un mouvement de rotation vers le côté de l'oreille non injectée. Si on le fait se lever les yeux fermés, il tend à tomber du côté de l'oreille examinée.

« Dans les suppurations chroniques de la caisse, la recherche du nystagmus calorique présente une grande importance en raison des lésions fréquen-



tes de l'appareil vestibulaire, et en particulier du canal horizontal.

« L'épreuve sera faite dans la station droite et dans la position inclinée de manière à placer le canal horizontal dans un plan vertical. Halphen a pu de la sorte diagnostiquer une lésion limitée à ce canal.

« *Quand l'épreuve est positive, on peut affirmer l'intégrité de l'appareil vestibulaire.*

« *Quand l'épreuve est négative, il y a abolition fonctionnelle, nous ne disons pas destructive, des canaux semi-circulaires.*

« Après les traumatismes, la constatation de l'état du labyrinthe importe beaucoup. Le nystagmus est un phénomène tout à fait en dehors du champ de la volonté et qui ne peut pas se simuler. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Intoxication oxycarbonée lente. — Le verruga. — Le 606 dans la parasyphilis. — La pesée quotidienne des pleurétiques. — L'ulcère du duodénum.

MM. Courmont, Morel et Mouriquand signalent à l'*Académie de médecine* la possibilité d'une *intoxication oxycarbonée lente* dans certaines conditions intéressantes à connaître.

Les auteurs ont observé 35 sujets vivant dans un vaste local éclairé au gaz et chauffé au calorifère à air chaud. Ces sujets se sont plaints, au bout d'un temps variable, de troubles divers, d'intensité inégale, mais identiques ou voisins comme nature. C'est généralement après avoir vécu deux ou trois années dans les locaux incriminés que les symptômes sont apparus avec toute leur netteté. Ils ont débuté l'hiver, au mois de novembre ou décembre, et sont allés en s'exagérant jusqu'au printemps et jusqu'en été.

La symptomatologie a consisté en céphalées plus ou moins intenses, accompagnées parfois de vertige, de torpeur, inaptitude au travail, asthénie physique souvent douloureuse, aboulie, insomnie, névralgies, troubles digestifs, quelque fois albuminurie ou glycosurie passagères.

L'analyse de l'air, effectuée à plusieurs reprises, a décelé, dans la plupart des pièces du local, des doses anormales d'oxyde de carbone. L'oxyde de carbone provenait de deux sources : d'une part du calorifère à air chaud ; d'autre part, des fuites de gaz d'éclairage. Les fuites en question se faisaient par les joints des canalisations et autour des boisseaux des robinets mal serrés ou vert-de-grisés, sans parler des pertes à travers les caoutchoucs. C'est ainsi qu'il a été constaté par des vérifications au compteur que, dans un ensemble de pièces cubant 7 à 8.000 mètres cubes, la canalisation laissait passer jusqu'à 36 mètres cubes de gaz en vingt-quatre heures, tout robinet étant fermé, sauf celui du compteur.

Les auteurs concluent au danger des appareils de chauffage à air chaud et à la nécessité de vérifier soigneusement et à des époques régulières les canalisations de gaz, la plupart des robinets accusant des pertes au bout d'un certain temps.

M. Hanriot remarque l'intérêt de cette communication pour les Parisiens, qui ont été menacés à plusieurs reprises de voir leur gaz d'éclairage enrichi en oxyde de carbone par addition de gaz à l'eau. Il faut déconseiller, comme le Conseil d'hygiène l'a fait pour la ville de Paris il y a deux ans, l'usage des gaz riches en oxyde de carbone, malgré les avantages économiques qu'ils présentent.

— M. Letulle fait à l'*Académie de médecine* un rapport sur un mémoire de MM. Fontoynont et Carouzeau concernant une *affection cutanée rappelant le verruga du Pérou, observée à Madagascar.*

— MM. Auguste Marie et Gottschalk communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur l'*emploi de l'arséno-benzol* (606) *dans la parasyphilis.*

MM. Marie et Gottschalk ont traité 12 malades, paralytiques généraux ou tabétiques, par les injections de 606 à dose assez faible et ils ont obtenu des résultats encourageants. Selon eux, l'injection d'arséno-benzol, sous forme de solution alcaline, à doses légères, n'offre aucun danger chez les malades atteints de lésions des centres nerveux, et les résultats seraient assez satisfaisants pour autoriser à poursuivre les essais dans ces affections jusqu'à présent rebelles à toute thérapeutique.

— M. Guillain présente à la *Société médicale des hôpitaux* un rapport sur un travail de M. Mouriquand (de Lyon) ayant pour titre : *La pesée quotidienne des pleurétiques ; sa valeur dans l'appréciation de la marche des épanchements pleuraux.*

MM. Chauffard, Widal et Courmont ont préconisé la pesée journalière chez les malades en puissance d'anasarque. Ils ont montré les indications cliniques que pouvait apporter cette méthode, notamment au point de vue de l'appréciation de la marche des œdèmes et de l'action thérapeutique de certains médicaments. M. Mouriquand a appliqué le même procédé des pesées journalières aux épanchements pleuraux. Elles lui ont permis de suivre l'évolution de plusieurs épanchements pleuraux avec une précision remarquable. D'ailleurs, le contrôle radioscopique montrait dans ces cas que l'augmentation de poids correspondait à l'ascension de la courbe du liquide, et que la diminution de poids correspondait à son abaissement. M. Mouriquand insiste, en outre, dans son mémoire, sur la valeur de l'auto-sérothérapie dans le traitement de la pleurésie avec épanchement.

— A la *Société médicale des hôpitaux* et à la *Société de chirurgie,* M. Mathieu appelle l'at-

tention des médecins et des chirurgiens sur la question du diagnostic et de la thérapeutique chirurgicale de l'*ulcus duodénal vrai*.

Le diagnostic de l'ulcus duodénal est délicat, mais vaut la peine d'être établi en raison de la sanction pratique qu'il comporte. Contrairement, en effet, à l'ulcus chronique de la face postérieure et de la petite courbure de l'estomac, il semble heureusement influencé par l'intervention chirurgicale : gastro-entérostomie en principe, pylorectomie quelquefois.

L'ulcus duodénal invétéré proprement dit, c'est-à-dire l'ulcus situé en plein duodénum, sans lésion du sphincter pylorique et sans sténose duodénale, paraît présenter dans sa séméiologie des particularités susceptibles de signaler son existence à l'examen clinique. Ce sont, dit M. Mathieu, par ordre probable d'importance :

a) La prédominance des irradiations douloureuses vers la droite, non seulement vers la région sous-hépatique, mais aussi vers la base droite du thorax, et la prédominance à droite de la ligne médiane, dans la direction de la région pylorique, de la douleur provoquée par la palpation ;

b) L'absence de signes de sténose permanente ou intermittente du pylore, c'est-à-dire :

Absence de stase alimentaire ou de grande hypersécrétion ;

Absence de grande dilatation révélée par l'examen clinique habituel ou par l'examen radioscopique de l'estomac ;

Absence de contractions péristaltiques visibles ;

c) L'irrégularité de l'horaire des crises qui cessent d'être tardives et leur résistance plus marquée à l'action calmante des ingestions alimentaires et des alcalins.

Le diagnostic différentiel de l'ulcus invétéré du duodénum, sans lésions pyloriques, est surtout à faire avec l'ulcus invétéré de l'estomac et plus particulièrement encore avec l'ulcus de la petite courbure. Ce dernier paraît se distinguer de l'ulcus duodénal vrai par la non-prédominance des douleurs vers la droite et leur retentissement direct vers la région dorsale.

L'ulcère du duodénum a été très étudié par les chirurgiens anglo-américains qui lui attribuent un siège particulier (région de 2 à 3 centimètres avoisinant le pylore et dont la limite externe serait formée par une veine pylorique) et une symptomatologie presque caractéristique (hémorrhagie, douleur à siège spécial). L'opinion des médecins et chirurgiens français n'est pas, sur ce sujet, aussi simpliste.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le Fer (*Suite*),

Par le Dr André LOMBARD.

Le *citrate de fer* est déliquescent, très soluble dans l'eau, mais sa saveur est moins désagréable que celle des autres sels de fer. Aussi l'emploie-t-on en solution, en sirop ou en vin. De 2 à 5 ans, on en donne dix à vingt centigr. par jour ; de cinq à douze ans, vingt à cinquante centigrammes ; de douze à quinze ans cinquante centigr. à un gramme. On peut faire prendre à un adulte un verre à liqueur de :

Citrate de fer	5 gr.
Elixir de Garus	500 gr.

après le repas de midi (Audhoui) ;

ou bien une cuill. à soupe, à la fin des deux principaux repas, de :

Sirop d'écorces d'oranges amères	500 cc.
Citrate de fer ammoniacal	5 gr.
Teinture de rhubarbe	4 gr.

qui contient, comme le sirop du Codex, vingt centigr. de sel par cuill. à soupe.

On a essayé de prescrire ce sel en lavements à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 60 par lavement et d'en donner trois par jour ; sans doute, ce traitement n'est pas inactif ; mais, chaque lavement provoque des douleurs abdominales assez violentes, qui se calment, il est vrai, assez rapidement, mais ne sont pas atténuées par l'opium ; ce sera toujours une méthode d'exception.

L'*oxalate ferreux*, ou *protoxalate de fer*, est un des ferrugineux les mieux tolérés et qui aurait l'avantage de ne pas constiper ; c'est celui que préfère M. Hayem dans le traitement de la chlorose. C'est une poudre jaune pâle, insoluble dans l'eau ; on en peut donner aux enfants la dose moyenne de trois centigr. par année d'âge et par jour ; chez l'adulte, la dose utile est de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour. On prescrit à un enfant de cinq ans les paquets suivants :

Protoxalate de fer	0 gr. 075
Rhubarbe pulvérisée	0 gr. 20

en 1 paquet, n° 30 ; en prendre un à la fin des deux principaux repas, dans une cuillerée de miel ou de confiture. On peut remplacer la rhubarbe par la magnésie (0 gr. 30). A un adulte, on prescrira les cachets suivants :

Protoxalate de fer	0 gr. 15 à 0 gr. 20
Magnésie	0 gr. 30

en 1 cachet, n° 50, deux par jour. Il est utile, pour faciliter l'absorption du fer, de faire prendre en même temps, comme le conseille M. Hayem, soit la solution chlorhydrique déjà indiquée, soit un verre ou un demi-verre à liqueur

(enfant) ou de bordeaux (adulte) de cette préparation :

Acide chlorhydrique...........	2 gr. 50
Sirop de limon.................	250 gr.
Eau distillée............q.s.p.	1 litre.

dans laquelle on peut remplacer le sirop de limon par du curaçao. Au lieu d'employer l'acide chlorhydrique, on fera prendre utilement aux malades, avant les repas, de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 de phosphate de soude. Si l'on veut associer le fer à d'autres médicaments, on prescrira aux chlorotiques de prendre aux deux principaux repas un cachet avec :

Protoxalate de fer............	ãã 0 gr. 20
Bioxyde de manganèse..........	
Absinthine......................	0 gr. 05
Artémisine......................	0 gr. 001
Quassine amorphe..............	0 gr. 01

en 1 cachet, n° 40.
ou encore ceux-ci :

Protoxalate de fer............	ãã 0 gr. 15
Carbonate de magnésie.........	
Quassine amorphe..............	0 gr. 01
Artémisine......................	0 gr. 001

en 1 cachet :

Si l'on veut tonifier le système nerveux en même temps que combattre l'anémie, on prescrira à chacun des deux principaux repas un cachet avec :

Protoxalate de fer.........	0 gr. 15 à 0 gr. 20
Magnésie.....................	0 gr. 30
Poudre de fèves de Saint-Ignace..................	0 gr. 02

en 1 cachet, n° 30.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. Chabrut

Troubles trophiques de la cornée.

Il s'agit des kératites par lésions du trijumeau (*zona ophtalmique* et *kératite neuro-paralytique*) auxquelles on peut ajouter la *kératomalacie*.

Le *zona ophtalmique* se manifeste sur la cornée par la formation de vésicules semblables à celles de l'herpès fébrile, mais dont l'ulcération s'accompagne d'opacités qui peuvent atteindre le parenchyme cornéen, donnant ainsi lieu à des taies profondes qui n'existent pas dans l'herpès. De plus, l'évolution du zona est plus lente et la sensibilité cornéenne est diminuée ou abolie, ce qui est le signe essentiel des manifestations locales du zona.

Le traitement est le même que celui de l'herpès.

La *kératite neuro-paralytique* peut se présenter sous des aspects très différents suivant le moment de son évolution, et qui pourraient en imposer pour une lésion banale, si le peu d'acuité des symptômes subjectifs (douleurs, photophobie), malgré une assez forte injection ciliaire, la simplicité de l'évolution et l'absence de larmoiement, ne conduisaient à rechercher immédiatement la sensibilité cornéenne qui fait le plus souvent défaut, et conduit ainsi au diagnostic.

L'affection débute par un trouble, puis une exfoliation de l'épiderme qui envahit rapidement toute la cornée, du centre à la périphérie, puis devient le siège d'une infiltration jaunâtre (infection secondaire), qui aboutit rapidement à l'ulcère avec hypopion et à la perforation avec hernie de l'iris. Mais il s'agit là des cas les plus graves et l'infection secondaire ne se produisant pas, la maladie peut s'arrêter dans son évolution. Il n'y a alors pas perforation, mais seulement opacité. Ces cas bénins sont rares. Le pronostic est donc très grave.

C'est une affection de l'âge mûr et de la vieillesse. Elle peut résulter d'une lésion du trijumeau en un point quelconque de son trajet depuis son origine, et même survenir après les affections cérébro-spinales ou simplement infectieuses les plus variées, hémorrhagies, ramollissement, tabès, tumeurs du cervelet, *syphilis*, méningites, fièvres éruptives, etc.

La cause immédiate réside dans les troubles trophiques par défaut d'innervation. L'insuffisance du larmoiement et la sécheresse relative de la cornée qui peut en résulter interviennent très secondairement.

Cependant si l'occlusion des paupières qui empêche la dessiccation de la cornée ne prévient pas la lésion, elle la retarde. Il est facile de comprendre d'ailleurs qu'une membrane aussi sensible, à l'état normal, aux réactions extérieures, le devienne encore plus quand sa nutrition et sa résistance sont à ce point diminuées. C'est là le rôle qu'il faut faire jouer à l'occlusion des paupières, autant parce que cette occlusion protège la cornée des influences extérieures (traumatismes, corps étrangers, poussières, etc.) que parce qu'elle assure une meilleure lubrification. Un petit corps étranger, en effet, peut suffire à déterminer l'apparition de l'infection secondaire et de l'ulcère sur une cornée depuis longtemps insensible.

Le traitement a peu d'action à cause de l'incertitude habituelle de la cause qui lèse le trijumeau ou de l'impossibilité de l'atteindre.

Dans le doute, le traitement spécifique sera toujours essayé et énergiquement, en injection. Localement la cornée sera protégée contre l'infection par l'occlusion des paupières, et irritée le moins possible par des topiques.

La tarsoraphie sera le moyen chirurgical d'obtenir souvent la meilleure occlusion.

La *kératomalacie* est une affection de l'enfance qui présente un certain nombre de symptômes communs avec l'affection précédente : l'opacité, l'infiltration purulente et la fonte de la cornée, son insensibilité fréquente, la bénignité des réactions inflammatoires, la diminution de la sécrétion lacrymale. Mais le dépoli de la cornée est moins général et n'a pas les mêmes apparences d'exfoliation épidermique que dans la kératite neuro-paralytique, l'insensibilité cornéenne est moins absolue, la diminution de la sécrétion des larmes se complique ici d'un *état xérotique* de la conjonctive qui vers chaque commissure est recouverte d'une véritable écume fine d'apparence graisseuse *que les larmes ne mouillent pas* et qui envahit la cornée elle-même. Enfin l'affection atteint *les deux yeux* qui deviennent *mous* et s'attaque exclusivement aux enfants, où elle apparaît comme une des manifestations de l'*athrepsie*, s'accompagnant par suite d'un état général mauvais.

De plus, la lésion cornéenne est précédée d'*héméralopie* contemporaine de l'état xérotique. Les jeunes malades, dont la vision est bonne en plein jour, voient cette vision diminuer après le coucher du soleil au point qu'ils ne peuvent plus se conduire.

Le pronostic est très grave, surtout chez les jeunes enfants, tant pour la vie que pour la vue.

La *syphilis*, comme dans la kératite neuro-paralytique, dans sa forme héréditaire, doit être mise en cause au même titre que toutes les maladies graves qui sont causes de la débilité infantile.

Le traitement sera avant tout général et s'adressera aux états infectieux ou aux diathèses. Localement, les mêmes moyens de protection que pour l'affection précédente, à laquelle la kératomalacie semble se rattacher par beaucoup de points, seront employés.

La *kératite par lagophtalmie* dont nous avons parlé à propos des ulcères, a été souvent rattachée aux affections que nous venons de décrire. Mais, c'est surtout une affection locale dont la non-occlusion des paupières est seule cause, et qui s'infecte secondairement sans qu'il faille faire intervenir pour cela une lésion nerveuse ou une infection générale préexistante. La dessiccation relative de la cornée, par suite de l'absence de clignement, lui a valu cette parenté apparente avec les deux autres affections dans lesquelles on a fait jouer pendant longtemps aux larmes le rôle prépondérant.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

I. Affections dans lesquelles il y a lieu de faire des prélèvements.

La bactériologie, bien qu'ayant pénétré la médecine, demeure le plus souvent pratiquement étrangère au médecin. Celui-ci sait que telles et telles affections sont dues à un microbe pathogène, mais la clinique absorbe tout son temps, il n'a ni la faculté ni la possibilité d'avoir même un petit laboratoire et souvent il se trouve éloigné de tout centre bactériologique, pour avoir en temps utile les renseignements dont il pourrait avoir besoin et qui parfois sont indispensables. Cependant la prophylaxie gagne de jour en jour du terrain et, peu à peu, le rôle du médecin se modifie ; il ne peut plus être simplement thérapeute, il doit empêcher l'extension de maladies contagieuses, prévenir leur retour, préserver la famille, le village, la ville. La loi de 1902, d'autre part, provoque la création de centres bactériologiques sous la forme de bureaux d'hygiène départementaux et municipaux, c'est-à-dire la création de laboratoires locaux ou régionaux, petits, modestes, mais pourvus toutefois de moyens que ne peut posséder le praticien pour diverses raisons : dépense, manque de temps, etc. Ces laboratoires sont ou seront pourvus des moyens essentiels de diagnostic bactériologique et en mesure de rendre à la santé publique les plus grands services, par l'intermédiaire des praciens. Le choléra, la fièvre typhoïde, peuvent être rapidement limités dans leurs ravages si la probabilité clinique est changée en certitude par le laboratoire ; de nouvelles épidémies sont conjurées par l'analyse bactériologique de l'eau, par l'enquête sur les porteurs de germes, la tuberculose limitée à des foyers restreints, le danger familial supprimé ; dès que le praticien a la confirmation bactériologique de son diagnostic, il peut en toute conscience et toute autorité prescrire les mesures préventives indispensables, avec le minimum d'inconvénients pour les intéressés et le maximum d'avantages pour la collectivité.

Il s'agit donc, pour le praticien, de faire faire l'analyse bactériologique dont il ne peut se charger, aux frais, d'ailleurs, de l'intéressé : particulier, assistance médicale, assurance, etc.

En somme, ce sont des *prélèvements* à effectuer sur le malade ou en dehors de lui, prélèvements n'exigeant qu'une instrumentation bactériologigique rudimentaire, et ne portant que sur un nombre de cas relativement restreints.

La liste des affections où le diagnostic bactériologique est le plus nécessaire peut être établie de la manière suivante :

1° Maladies communes à l'homme et aux ani-

maux : charbon, tétanos, morve, tuberculose, tuberculose aspergillaire, actinomycose, favus, rage.

2° Maladies propres à l'homme : fièvre typhoïde, choléra, diphtérie, peste, blennorrhagie, chancre mou, syphilis, ankylostome, méningite cérébro-spinale, influenza, teignes (1).

Sur les malades, les éléments à prélever doivent toujours l'être d'une manière aussi précoce que possible ; le plus souvent ces éléments sont de consistance liquide ou colloïde, glaireuse, muqueuse, pâteuse ; ils sont rarement solides, à l'exception des cheveux.

Au point de vue prophylactique, le praticien peut être appelé à faire des prélèvements, en dehors du malade, de substances telles que l'eau, l'air, le sol, les aliments.

Enfin, en outre des prélèvements d'humeurs, le médecin peut et a parfois un intérêt capital à faire des prélèvements de tissus ou biopsies, dans le cancer, la syphilis et la tuberculose.

Nous nous proposons d'étudier la manière d'effectuer ces divers prélèvements, l'instrumentation et l'expédition au laboratoire, en nous imposant de réduire l'instrumentation au strict minimum et au besoin à des moyens de fortune.

Dr René MARTIAL.

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

Le Traitement des Engelures

Je vous saurai gré de publier dans le *Concours médical* la communication suivante : traitement efficace et pratique des engelures.

Vous savez combien est pénible et énervante la douleur des engelures, et combien il est difficile de calmer cette douleur. Beaucoup de moyens ont été employés sans succès d'ailleurs. Voici un procédé très pratique que j'ai imaginé et que j'emploie depuis plusieurs années, et qui réussit, je puis dire, merveilleusement.

Ce procédé comprend 2 temps :

1° Badigeonnez longuement vos engelures à la teinture d'iode ;

2° Passez immédiatement après, sur la surface badigeonnée, un morceau, humecté à l'eau chaude, de polysulfure de potassium débarrassé de sa gangue blanche, jusqu'à complète décoloration, et en moins de quelques minutes, la démangeaison aura cessé et l'engelure flétrie. Il est quelquefois nécessaire de recommencer cette opération 3 ou 4 jours après, mais le plus habituellement une seule intervention suffit.

On peut procéder d'une autre façon.

Si les engelures siègent aux pieds ou aux mains, préparez un pédiluve ou manuluve avec de l'eau chaude dans laquelle vous ferez dissoudre un fragment de polysulfure de potassium *soigneusement débarrassé* de sa gangue blanche et avant qu'il ne soit complètement dissous ; après avoir badigeonné vos engelures avec de la teinture d'iode, plongez vos pieds ou vos mains dans ce bain et ajoutez-y un peu de teinture d'iode. Il est important, et c'est le secret de ce procédé, que la réaction de l'iode sur le polysulfure se fasse en présence des parties engelurées.

C'est grâce à la combinaison chimique à l'état naissant de l'iode et du polysulfure de potassium que se produit la vitalisation des parties mortifiées par le froid.

Si les engelures sont ulcérées, il est prudent de s'abstenir.

Dr Albert MASSON,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
de Chambéry.

Encore la phlyctène gazeuse dans le diagnostic de la mort réelle.

Bourges, le 4 décembre 1910.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous demande pardon de revenir sur cette question du diagnostic de la mort réelle par la phlyctène gazeuse, qui semblait épuisée.

Dans votre numéro du 20 novembre 1910, votre correspondant, revisant les priorités réclamées, cite successivement le Dr Ott (*Quinzaine thérapeutique*), le *Concours médical* (6 oct. 1910), la lettre du Dr Chamousset de Bellême (Orne).

A mon tour, je viens réclamer la priorité en faveur de mon ancien maître, le professeur Tourdes, qui, dans son cours de médecine légale fait à Strasbourg en 1870, nous démontrait dans la salle du grand amphithéâtre de la Faculté l'utilité du signe de la phlyctène gazeuse, que j'emploie pour vérifier les décès dès qu'il y a doute.

Si mes souvenirs déjà anciens sont exacts, je pourrais ajouter que mes camarades plus anciens que moi m'avaient déjà parlé de ce signe, comme leur ayant été enseigné les années précédentes. Les élèves de Tourdes existent encore assez nombreux. Il sera donc facile de contrôler mes dires et la faculté de Nancy possède peut-être dans des cours autographiés la preuve de ce que j'avance.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr BOUCHER.

(1) Nous n'avons pas à envisager ici les staphylocoques ni les streptocoques, et autres microbes banaux de la suppuration ou des septicémies, le diagnostic ne comportant pas de doute, la cause bactériologique étant toujours connue et le bistouri étant l'agent habituel de la guérison.

THÉRAPEUTIQUE

Etiologie et traitement des Dilatations bronchiques,

Par le Dr Albert Val

A l'heue actuelle, la pathogénie de la dilatation bronchique paraît définitivemont établie. Cette lésion est liée à une *altération* des bronches (Andral), Cornil et Ranvier, Charcot, Balzer et Coyne ont démontré cette nécessité pathogénique.

Pour qu'une bronchite aboutisse à la dilatation, il faut qu'elle soit destructive, il faut qu'elle détruise ce qui fait la solidité de la paroi bronchique, c'est à-dire les fibres élastiques, les fibres musculaires et le cartilage.

Or, toutes les bronchites n'ont pas ce caractère; celles qui le possèdent sont surtout les bronchites suppuratives et particulièrement les broncho-pueumonies aiguës ou subaiguës des maladies infectieuses. C'est surtout dans la grippe, la rougeole, la coqueluche, la typhoïde, que l'on voit apparaître la bronchectasie.

Il y a encore une condition favorable à cette transformation suppurative, à cette destruction histologique : c'est une prédisposition morbide causée par un mauvais état général, une alimentation insuffisante, l'alcoolisme, le rachitisme, l'artério-sclérose, le diabète, en un mot toutes les causes qui diminuent la vitalité des tissus.

Telles sont les causes générales de la bronchectasie et qui commandent déjà un traitement préventif pathogénique. Ce traitement consistera, d'une part, à lutter contre la transformation suppurative des inflammations bronchiques, c'est-à-dire l'expectoration abondante et chronique, d'autre part, à relever l'état général et à combattre les dyscrasies.

L'antisepsie pulmonaire reprend ici encore la première place, et comme les balsamiques n'ont que des effets transitoires, tout en fatiguant l'estomac, on préfère utiliser les comprimés Roche de Thiocol ou le sirop Roche. Il y a surtout une question de dose à fixer, car il faut savoir que si ce médicament, étant pour ainsi dire sans toxicité, permet d'amener au contact des lésions une dose curative de gaïacol, cette dose curative doit être proportionnée à l'abondance de l'expectoration.

Ainsi, bien souvent, 8 comprimés sont utiles par jour, et pendant 5 à 6 jours. L'assèchement des lésions est tel avec cette dose que l'on peut enrayer rapidement le processus suppuratif. Puis avec des doses plus faibles (6 comprimés), on maintient et l'on développe même les résultats acquis.

Ce traitement sera utile, comme moyen préventif, dans tous les cas de grippe, rougeole, coqueluche, typhoïde, surtout quand l'état général est affaibli.

Enfin on tonifiera cet état général par les phosphates, l'arsenic, la strychnine et une alimentation devenant substantielle aussitôt que possible.

La révulsion également sera utilisée, et ici un petit vésicatoire ou quelques pointes de feu seront indiquées. La révulsion aidera l'action du médicament absorbé, en dérivant extérieurement la congestion trop intense en certains points.

Mais il existe d'autres variétés de dilatation bronchique utiles à connaître.

Dans la *tuberculose* par exemple, on observe fréquemment cette complication dans la phtisie fibreuse (broncho-pneumonie chronique) et dans la phtisie ulcéreuse vulgaire, le travail d'excavation aboutissant aux cavernes est facilité par une dilatation préalable.

Dans la *syphilis pulmonaire,* il y a aussi sclérose broncho-pulmonaire et par conséquent dilatation bronchique.

Dans les *rétrécissements* des bronches, il se produit deux dilatations, une au-dessus, l'autre au-dessous du point rétréci, la première due aux forces inspiratrices, la seconde aux forces expiratrices. Ici le traitement par l'antisepsie pulmonaire ne donnera pas grand résultat et il faut nécessairement vaincre la lésion de sténose pour agir sur la dilatation.

Pour certains auteurs, il existerait aussi une bronchectasie congénitale chez le nouveau-né. Elle serait, d'après Balzer, de nature hérédo-syphilitique et compatible avec la vie.

Cette origine, il est vrai, n'est pas acceptée de tous, et Heller en particulier (1) reconnaît à cette dilatation congénitale une origine *atélectasique.* La respiration chez le fœtus peut être entravée par une cause de souffrance et certains points du poumon peuvent être et rester atélectasiés. Ces dilatations peuvent se manifester plus tard, à l'âge adulte, après être restées silencieuses.

Ces diverses origines de dilatation bronchique indiquent chacune leur médication.

Dans l'hérédosyphilis, le traitement spécifique doit passer avant tout, et si l'on utilise les comprimés Roche ou le sirop Roche au thiocol, cela ne peut être que pour tarir momentanément l'expectoration, diminuer la toux et lutter contre les infections secondaires qui existent au niveau des lésions.

Dans la tuberculose cependant, le traitement gaïacolé reprend son importance, car, sans nuire à l'estomac, il permet d'enrayer l'évolution cavitaire et assèche les ulcérations.

Quant aux dilatations dues à l'atélectasie ancienne et datant de l'époque fœtale, le diagnostic de l'origine n'en peut être fait, et ici, d'ailleurs, on éprouvera de réels bénéfices à utiliser largement l'antisepsie pulmonaire curative des processus suppuratifs et par conséquent préventive de la dilatation.

En somme, cette lésion chronique de l'appareil respiratoire et qui est un mélange de dilatation et de sclérose ne peut être réellement traitée que par une méthode préventive et nettement asséchante.

(1) *Deutsch. Archiv für klin. Med.,* 1885.

En pratique, ce qu'il faut retenir, c'est la nécessité d'intervenir quand il en est temps, c'est-à-dire surtout chez les malades atteints de rougeole, coqueluche, grippe, typhoïde ; et tout en songeant aux bronches, il faut relever les défenses générales et la nutrition des tissus.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Chronique de la défense professionnelle

Les Assurances contre la Responsabilité professionnelle.

27 décembre 1910.

A Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Mon cher Confrère,

Merci pour l'envoi de votre *Agenda.* Je reconnais vraiment les bienfaits du *Concours médical*; mon seul désir serait d'être du « Sou médical ». Malheureusement je suis engagé .

J'ai été berné à mon début, enjôlé par ces beaux parleurs et je suis embrigadé avec une compagnie d'assurance professionnelle.

Je paye 40 fr. par an, et j'ai hâte que cela finisse pour me jeter vivement au « Sou médical ».

N'y aurait-il pas moyen de me dépêtrer de cette assurance ?

Pourriez-vous, mon cher Confrère, m'indiquer le moyen. Je vous assure que je vous en garderai une reconnaissance éternelle.

J'attends avec anxiété une prompte réponse et je suis cordialement vôtre.

Meilleure sympathie.

Dr FONTENEAU.

Envoyez-nous votre police d'assurances et nous vous dirons notre façon de penser sur les garanties qu'elle vous donne et sur la possibilité de résiliation ou de reprise de votre contrat.

Vous avez bien raison de dire que vous êtes embrigadé et que vous vous êtes laissé enjôler par les beaux parleurs. Pour obtenir la signature d'une police, il n'y a pas de promesses, toutes verbales (mais jamais écrites), qui ne soient faites. On joue souvent sur les mots et ce sera ainsi tout miel et tout sucre jusqu'à ce que vous ayez donné votre signature.

Après, tout est changé et si vous réclamez l'exécution d'une promesse, la direction vous répond que rien de tel n'est consigné dans votre police et qu'elle désavoue l'agent qui a pu vous faire en son nom et à la légère des promesses qu'elle ne s'est pas engagée à tenir.

Tous les trucs sont bons, pour obtenir une affaire, de la part des agents d'assurances. Le plus banal (et c'est encore celui qui prend le mieux), consiste à promettre au médecin l'exclusivité de la clientèle de la compagnie, qui enverra à l'assuré tous les malades ou certificats qu'elle pourra lui récolter : blessés du travail, certificats d'assurance-vie, etc. Par jalousie de son voisin et pour lui refaire des clients, le médecin marche, signe et ce n'est que plus tard qu'il s'aperçoit que non seulement on ne lui envoie pas de clients, mais encore que c'est justement son voisin et ennemi qui est, depuis longtemps, le médecin de l'assurance.

Autre truc : on se présente chez le praticien, de la part du Dr A., qui vient de souscrire une police spéciale pour les médecins et qui en est tellement content qu'il adresse l'agent d'assurances chez tous les confrères de sa connaissance. Malheur à celui qui marche : il ne s'apercevra que plus tard qu'il n'y a rien de vrai dans tout cela.

Ah ! l'assurance spéciale aux médecins ! quelle bonne blague !

Dans l'immense majorité des cas, le praticien ne forme pas une catégorie à part ; dans l'assurance, il est dans la fosse commune, avec tous les autres assurés. Il n'y a qu'une seule chose qui soit à part : c'est le coffre-fort, source de bénéfices pour les actionnaires ou pour les gestionnaires de l'assurance.

Puis, examinez de près les polices, vous y découvrirez de belles choses. C'est ainsi que nous avons eu, tout dernièrement, la visite d'un agent d'assurances qui a l'intention d'assurer contre la responsabilité civile tous les Syndicats médicaux.

Nous avons fait examiner, de très près, la police par nos avocats conseils ; eh bien ! nous avons crainte que nos braves Syndicats qui se seront laissé prendre n'aient à regretter plus tard d'avoir signé. Entre autres choses, les certificats ne sont pas garantis, la compagnie a seule le droit d'apprécier si elle doit ou non transiger avec la victime, etc. Et je m'arrête à cette transaction. Je suis accusé d'avoir estropié un paysan et de lui avoir laissé une jambe plus courte que l'autre, après une fracture de cuisse. Procès.

La Compagnie va de suite s'enquérir des faits, ira voir le bonhomme, entrera en pourparlers avec lui ; puis finalement transigera pour deux ou trois billets de cent francs, parce qu'un procès, même gagné en première instance, en appel et en cassation (le blessé ayant l'assistance judiciaire), lui coûterait plus cher.

Résultat : la Compagnie cherche l'économie ; c'est son droit et même son devoir. Pendant ce temps, le malade racontera partout que son médecin l'a estropié et qu'il a bien su se faire payer une indemnité, et qu'à l'avenir, il saura s'y prendre.

Accepteriez-vous cette situation de gaîté de cœur, mes chers confrères ? Ne redouteriez-vous pas que l'exemple soit contagieux ?

Autre point, et c'est pour mon saint que je

prêche : un Syndicat s'assure à une Compagnie d'assurances contre la responsabilité professionnelle pour une prime très modique, on garantit la responsabilité jusqu'à des sommes énormes. Et nos confrères démissionnent du « Sou », en disant : « notre garantie à l'assurance est meilleure, parce que plus élevée ».

Double erreur de leur part : 1° Jamais la Compagnie ne fournira les mêmes avantages que le « Sou », l'assurance ne donne que le droit d'être défendu par elle *et à sa guise*, dans les *seules* questions de responsabilité professionnelle, c'est-à-dire *uniquement* lorsque le médecin est accusé de faute lourde, en vertu de l'art. 1382 du Code civil. Mais, le praticien n'a pas le droit d'avoir, comme au « Sou », des consultations d'avocats spécialistes sur *toutes* les questions professionnelles, n'a pas le droit d'*obtenir* l'appui, non seulement pécuniaire, mais même moral, soit pour défendre, soit pour attaquer pour toute affaire médicale qui ne découle pas d'*une façon immédiate* de la responsabilité. Oh ! Syndicat assuré, allez donc demander à votre Compagnie des conseils comme vous aviez l'habitude de les réclamer et de les obtenir du « Sou » ? Vous verrez la réponse ; 2° Lorsqu'il s'est agi de garantir la responsabilité professionnelle au « Sou », on a trouvé que 2.000 fr., c'était assez, car il est rare qu'un praticien soit condamné à plus, d'autant que, dans ces 2.000 fr., ne sont pas comptés les frais du procès que le « Sou » prend entièrement à sa charge. Puis nous avons recommandé aux spécialistes, aux chirurgiens, aux médecins de grande ville qui trouvaient insuffisante cette garantie, de s'adresser à l'« Ancre médicale » qui pourrait les couvrir pour des sommes supérieures et qui ferait bénéficier les membres du « Sou », d'une remise sur les primes à verser, remise allant à 50 % pour les 10 premiers mille francs.

Nous n'avons aucune arrière-pensée en engageant nos confrères à s'adresser à l'« Ancre médicale ». Je n'ai pas à répéter une fois de plus que, fondée par des médecins de nos amis, en qui nous avons une confiance absolue, cette société a été organisée parce que le « Sou » et nos autres mutuelles ne pouvaient pas faire de l'assurance en capital. Nos camarades de Lyon ont donc créé une assurance, sous la forme mutuelle, avec l'idée bien arrêtée qu'ils étaient médecins et entendaient rendre service à leurs confrères. Aussi, pour rester entre médecins et ne pas subir les idées d'étrangers à notre profession, ils n'ont mis que des médecins dans les conseils d'administration et n'ont ouvert qu'aux praticiens les diverses combinaisons qu'ils ont créées ou qu'ils créeront.

Résultat : Toutes les questions sont appréciées par des hommes ayant notre mentalité de médecins et qui ont le souci des intérêts de la corporation.

C'est ainsi que, souvent, en droit strict d'assureur, le confrère n'a aucun droit à une indemnité dans un sinistre, mais, en fait, en raisonnant en médecin, il serait loyal d'accorder la dite indemnité ; et on l'accorde.

Aussi, pouvons-nous dire franchement : vous voulez faire de la mutualité, venez aux différentes œuvres qu'a créées le *Concours*, comme l'Amicale et la Caisse des Pensions de Retraite et qui sont sous le patronage et le contrôle de l'Association générale ; vous voulez faire de l'assurance, adressez-vous à l'« Ancre médicale ». Mais, pour Dieu, restez en famille et n'allez pas vous enrôler ailleurs, chez des étrangers à notre profession.

Croyez bien que l'on vous dira tout le mal possible du *Concours*, du « Sou » et de l'« Ancre ». Un de nos correspondants, délégué d'un de nos Comités départementaux, vient de me prévenir directement qu'un agent d'assurances débinait toutes nos œuvres, affirmant qu'au « Sou » nous n'étions que 8 à 900 et non près de 2.000, que notre gestion était mauvaise, puisque nous plaidions *en prodigues*, c'est-à-dire en soutenant toutes les affaires bonnes ou mauvaises, etc., etc. Nous haussons les épaules devant ces procédés mesquins : *de minimis non curat prætor*. Malheureusement, certains peuvent se laisser *prendre et tromper* par ces calomnies.

Plus tard, mieux renseignés, ils se désoleront, comme vous, de s'être laissé enjôler.

Confrères, méfiez-vous des agents d'assurances. Méfiez-vous de leurs promesses ; méfiez-vous des embûches, des clauses restrictives des polices que l'on vous fera signer.

Méfiez-vous aussi de ceux qui, la bouche en cœur, viennent se recommander du *Concours médical*. Nous l'affirmons une fois de plus : seuls, les agents de l'« Ancre médicale » ont reçu de nous l'autorisation de se présenter chez le médecin, de notre part : nous désavouons formellement toute autre compagnie d'assurance qui emprunterait notre nom comme garantie.

Dr Paul Boudin.

Le « Sou » nous sert-il à quelque chose ?

Monsieur le Secrétaire général du « Sou »,

Permettez-moi, à l'occasion du nouvel an, de vous remercier très sincèrement pour tous les services que vous m'avez rendus et pour tous les ennuis que vous m'avez évités durant cette année.

Grâce à votre précieux concours, grâce surtout à vos conseils, dont j'ai usé et abusé, me voilà régulièrement et intégralement payé par mes clients et surtout par les patrons et les compagnies d'assurances. Les jeunes médecins nouvellement installés ne savent habituellement pas se faire payer ; livrés à eux-mêmes, ils sont les victimes de leurs clients ou bien même des hommes d'affaires à qui ils confient leurs intérêts et qui le plus souvent n'entendent rien dans les tarifs médicaux.

Jadis, je n'osais entrer en conflit avec un patron ou une compagnie ; ignorant les lois, ceux-ci ne craignaient nullement d'opposer à mes objections la mauvaise foi la plus insigne, ou bien même quelquefois de recourir à l'intimidation pour me rabattre mes honoraires.

Aujourd'hui, grâce aux renseignements que vous m'avez fournis, je sais leur répondre ; les

points les plus obscurs du tarif Dubief se sont éclaircis pour moi ; fort de mon droit, fort de l'appui moral que vous n'avez cessé de me prodiguer, bien plus précieux assurément que l'appui pécuniaire dans bien des cas, je n'admets plus la moindre réduction dans mes notes, et je ne crains pas, quand cela est nécessaire, d'aller en justice, où jusqu'ici, m'en tenant à vos conseils, j'ai remporté victoire, ce qui rend l'ennemi bien plus doux et plus craintif.

Grâce à vous, j'ai économisé cette année une somme auprès de laquelle ma cotisation de 20 francs est une misère.

Je ne puis résister au plaisir de vous le dire et de le faire savoir à tous mes confrères, qui, jeunes comme moi, débutant dans la carrière, isolés, journellement en butte à la mauvaise foi et au mauvais vouloir des clients, des patrons et des compagnies, trouveront leur salut en s'inscrivant au « Sou médical ».

Docteur R. Valensi.

Merci, mon cher confrère, il serait à souhaiter que ceux qui ont retiré des avantages de leur adhésion au « Sou » (et ils sont légion !) viennent le dire, pour l'édification de ceux qui ne veulent pas connaître notre Ligue ou prétendent qu'elle est parfaitement inutile.

Nous avons vu des confrères nous écrire : « Le « Sou » me serait inutile, parce que je préfère céder, je ne veux pas d'histoires ».

Que ces bons moutons se laissent tondre sans protester, c'est leur droit individuel. Mais ils oublient que leur faiblesse est préjudiciable à tout le corps médical et que leurs confrères seraient en droit de leur reprocher leur manque d'énergie.

D'autres nous reprochent l'inutilité du « Sou », parce que nous leur avons accordé l'appui moral, consultations juridiques, textes de jurisprudence et autres, mais nous avons dû leur refuser l'appui pécuniaire parce qu'il s'agissait d'une affaire de recouvrement en première instance.

D'autres enfin quittent le « Sou » en claquant les portes parce que nos avocats-conseils n'ont pas été de leur avis sur un point de droit.

Aussi, votre lettre est-elle, pour nous, d'un grand réconfort. Croyez que nous nous dévouerons toujours et tous à cette belle cause de la défense juridique des droits du médecin.

Ce qui nous manque le plus, ce n'est pas le « savoir », nos avocats l'ont ; ce n'est pas non plus le « savoir-faire », parce que les médecins du Conseil savent les difficultés de la vie médicale et peuvent atténuer les rigueurs du droit et des règlements ; mais c'est le « faire-savoir » ; nous n'avons pas d'agents, comme les assurances, pour aller, à domicile, vanter les mérites du « Sou ». Et c'est pour cela que le *Concours* m'a confié la mission de « faire la province », pour adjurer les médecins d'étudier les œuvres médicales de prévoyance et de défense professionnelles. Merci donc, confrère Valensi, vous nous aidez dans notre tâche de vulgarisation.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les spécialistes et les médecins ruraux à la Commission de Revision du Tarif Dubief.

Troyes, le 30 décembre 1910

Très honoré Confrère,

L'Union des Syndicats médicaux de France s'efforce d'obtenir l'augmentation du nombre des médecins à la commission de tarification des honoraires pour les accidents du travail. En plus des 3 délégués médecins déjà nommés, elle cherche très justement à obtenir la nomination de 4 délégués-médecins nouveaux, chargés de représenter les intérêts des médecins de campagne et des médecins spécialistes. De quels médecins-spécialistes s'agit-il ? Comprend-on sous cette rubrique seulement les oculistes, laryngologistes, radiologistes ? Il existe un peu partout en province des chirurgiens absolument spécialisés, qui méritent bien par conséquent l'appellation de spécialistes et dont les intérêts doivent être défendus, bien qu'ils ne soient pas groupés en Syndicat.

La plupart font partie de leurs Syndicats régionaux. Le sort de la plupart d'entre eux est comparable beaucoup plus à celui du praticien de campagne qu'à celui des maîtres de la chirurgie parisienne. Dans la clientèle ordinaire, ils sont les collaborateurs constants du praticien. Il ne faut pas que cette collaboration, si féconde pour les intérêts du malade et du praticien, soit impossible lorsqu'il s'agit d'un accident du travail. Or, avec le tarif actuel, avec le mode de décompte actuel de l'indemnité kilométrique, sans parler de celui des opérations elles-mêmes, le chirurgien de province a beaucoup plus d'intérêt à rester chez lui qu'à prendre part au traitement de certains accidents du travail. Permettez-moi de vous citer un exemple entre mille.

Un confrère, habitant à 50 kilomètres de chez moi, m'appelle auprès d'un accidenté du travail pour contusion abdominale grave. A nous deux nous pratiquons une laparotomie avec recherche et suture de plusieurs perforations abdominales. Ceux qui opèrent à la campagne savent qu'ils ne trouveront chez l'opéré aucune ressource, qu'ils doivent tout emporter, absolument tout. La plupart sont outillés en conséquence et peuvent au premier appel transporter aussi loin qu'il le faut, et rapidement, une table d'opérations, les instruments, tous les objets stérilisés nécessaires à la pratique d'une opération abdominale qui, pour donner un résultat, doit être strictement aseptique. Ils savent que l'achat et l'entretien d'un tel outillage coûte cher.

Le moment venu de se faire payer ses honoraires, le chirurgien se voit faire cette réponse par la Compagnie, tarif Dubief en mains : Laparotomie suivie d'opérations sur les viscères abdominaux, 75 à 150 francs (Titre I, art. 12, n° 14). Indemnité kilométrique, néant. « Elle ne peut ex-

céder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché. » (Titre I, art. 8). Or il existe dans la localité où vous avez opéré un, quelquefois deux médecins, avec beaucoup de protections, on obtient le maximum de l'indemnité, soit 150 francs, pour une opération grave, exigeant une grande habitude de la chirurgie abdominale, pour 100 kilomètres parcourus en automobile, pour tous les frais nécessaires qu'entraîne un tel déplacement. Qu'un silex vous rompe un pneu et la journée est bonne.

Pour ma part, lorsqu'un confrère m'appelle dans de semblables circonstances, je pars aussitôt parce que j'estime que mon devoir est de faire tous mes efforts pour seconder un confrère aux prises avec un cas grave ; je prépare et pratique l'opération avec le même soin que s'il s'agissait d'un malade aisé, pour des raisons de haute moralité, que pratiquent tous les médecins et que tous les assureurs ignorent. Mais en rentrant chez moi, je me dis que si toutes mes journées ressemblaient à celle-ci, je serais obligé, malgré ma passion pour mon art, de renoncer à la chirurgie.

Vous estimerez comme moi, j'en suis certain, que les intérêts des chirurgiens de province, absolument solidaires de ceux du praticien et du malade, doivent être défendus à la commission de tarification. Il faut absolument prévoir, pour le chirurgien consultant ou opérateur, des honoraires qui ne soient pas un pourboire, et une indemnité kilométrique effective. En défendant ces intérêts, le *Concours* serait assuré de défendre en même temps ceux du blessé et du praticien.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr MASSOULARD.

Vous avez parfaitement raison ; il y a deux choses absurdes et iniques qui doivent disparaître du Tarif Dubief : la tarification kilométrique actuelle et le prix de la consultation ou visite qui est trop bas. Il y a une chose qu'on ignore, dans certains milieux parisiens, c'est que, très souvent, dans les petits centres de province, la vie est plus chère qu'à Paris. Les usines se fondent souvent dans des pays ingrats, à sol pauvre, mais riches en eau, en houille blanche, verte ou noire. Là, point de légumes, point de jardinage, le sol et le mode d'existence des ouvriers ne s'y prêtent pas. Et l'on vient ensuite rogner les honoraires du praticien sous le vague prétexte que, dans une ville au-dessous de 5.000 h., la vie est moins chère qu'ailleurs ! Nous avons confiance dans nos trois délégués à la Commission de révision du Tarif Dubief ; mais croyez qu'ils se joignent à nous lorsque nous réclamons d'être plus nombreux à la dite commission et que tous les intérêts y soient représentés.

Mais ...... le Gouvernement voudra-t-il nous entendre ? ou plutôt les assureurs consentiront-ils à ce que justice nous soit rendue ?

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Nous empruntons au *Bulletin* du Syndicat de la Seine le tableau suivant des résultats obtenus, dans le dernier trimestre de 1910, par l'Office Central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Nous devons féliciter notre ami, le Dr Levassort, de sa vaillance et de la ténacité qu'il apporte dans cette lutte contre les illégaux.

Il faut vraiment avoir du courage pour batailler sans cesse contre ceux qui exercent, sans diplôme, l'art de guérir. La loi de 1892 est trop facilement tournée par eux, les tribunaux se montrent pleins d'indulgence à leur égard et d'incrédulité envers nos plaintes.

Aussi, demandons-nous à nos confrères d'apporter tout leur concours au Dr Levassort. Qu'ils lui fournissent *documents précis, témoignages écrits et formels, preuves multiples* pour lui donner les éléments d'une poursuite fructueuse. Rien ne sert de gémir, il faut agir. Syndiqués ! concentrez vos documents chez le secrétaire de votre groupement. Et vous, Syndicats, qui craignez les frais et les risques d'un procès, sachez que vous pouvez adhérer au « Sou médical ». Celui-ci sera votre trésor de guerre et il marchera, je vous en réponds. De l'action, de l'énergie, du courage.

Dr Paul BOUDIN.

5 octobre 1910.

Du 1er au 30 septembre dernier, 4 plaintes pour faits d'exercice illégal de la médecine ont été portées contre des personnes appartenant aux professions suivantes (sage-femme, parfumeur, dentiste).

Durant cette période, qui coïncide avec celle des vacances judiciaires, le tribunal correctionnel n'a rendu aucun jugement en matière d'exercice illégal de la médecine.

3 novembre 1910.

Du 1er au 31 octobre dernier, 3 plaintes pour faits d'exercice illégal de la médecine ont été portées contre des personnes appartenant à diverses professions (masseur, sorcier, sage-femme).

Durant la même période, le tribunal correctionnel a rendu deux jugements condamnant :

1° *Par défaut*, un sieur Das., à 15 jours d'emprisonnement et 1.000 francs d'amende pour avoir exercé illégalement la médecine, notamment en soignant une personne abandonnée par les médecins et qui succombait trois jours après avoir suivi son traitement ; Das... est un professionnel de l'exercice illégal ; il a déjà été condamné deux fois.

Le S. M. S. ne s'était pas porté partie civile.

2° *Contradictoirement*, M. Bour..., masseur, à 500 fr. d'amende, 300 fr. de dommages-intérêts envers notre Syndicat et 100 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat des pharmaciens pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

En outre, la Cour d'appel a confirmé en partie le jugement rendu le 2 avril 1909 contre un sieur

Fr..., marchand de liqueurs, et le condamnant à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Toutefois, la Cour a réduit de 1000 fr. à 300 fr. le chiffre des dommages-intérêts alloués d'abord au S. M. S. et de 300 fr. à 200 fr. les dommages-intérêts accordés à la Chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine.

22 novembre 1910.

Le Dr Lamare nous a signalé dernièrement deux sages-femmes, Mesdames B..., et D..., qui mettaient à la porte de leur domicile une plaque portant la mention suivante : « Sage-femme, gynécologie, diplômée, maladies des femmes ».

Le S.M.S. a aussitôt porté plainte à la Préfecture contre les deux sages-femmes en question.

Nous croyons devoir reproduire ci-après la lettre en réponse qu'il a reçue le 18 novembre suivant :

Monsieur le Président,

« Vous m'avez signalé le 28 septembre dernier « deux sages-femmes, Mesdames B... et D..., qui « mettaient à la porte de leur domicile deux pla- « ques portant la mention suivante : « Sage-fem- « me, gynécologie, diplômée, maladies des fem- « mes ».

« J'ai l'honneur de vous informer que l'enquête « à laquelle j'ai fait procéder sur les agissements « des sus-nommées n'a révélé aucun fait d'exer- « cice illégal pouvant être l'objet d'un procès- « verbal. Néanmoins, j'ai fait donner un aver- « tissement à Mesdames B..., et D..., et les ai « mises en demeure d'avoir à supprimer *immé- « diatement* sur leurs enseignes toute indication « pouvant faire supposer qu'elles se livrent au « traitement des maladies des femmes.

« Pour le Préfet de Police,
« Le secrétaire général : Signé :
LAURENT. »

On voit que la Préfecture de police prend en sérieuse considération les plaintes qui lui sont adressées par le S. M. S. et qu'elle leur donne la suite souhaitée.

Estimant que l'exemple donné par le Dr Lamare doit être suivi, nous prions nos Confrères qui viendraient à constater dans leur quartier la présence de plaques de ce genre, de nous les signaler pour que nous en fassions l'objet de plaintes à l'administration de la Préfecture de Police.

Paris, le 30 novembre 1910.

Du 1er au 30 novembre courant, le S. M. S., a déposé 4 plaintes en exercice illégal de la médecine (Electricien, Bandagiste, Pharmacien, Rebouteuse).

Durant cette période, le Tribunal correctionnel de la Seine a rendu 8 jugements condamnant :

1° *Sur opposition,* Mme D..., sage-femme, à 2 mois de prison, 3.000 fr. d'amende et 2.000 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat des Médecins de la Seine, pour exercice illégal de la médecine et vente de remèdes secrets possédant des propriétés abortives, la Chambre syndicale des pharmaciens a obtenu 500 fr. de dommages-intérêts, que Mme D..., devra payer solidairement avec M. Q..., pharmacien, également condamné pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie à 500 fr. d'amende.

2° *Par défaut,* M. D..., ancien voyageur de commerce, à 15 jours d'emprisonnement et 100 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie ; c'est la deuxième condamnation encourue par le sieur D... ;

Le Syndicat ne s'était pas porté partie civile ;

3° De Bar..., ancien placier en liqueurs, à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine ;

4° De M..., se disant médecin-gymnaste suédois, à 100 fr. d'amende pour avoir soigné par sa méthode un enfant atteint de scoliose, et ce, sans ordonnance de médecin.

Ce jugement de principe inaugure une nouvelle jurisprudence nous permettant de poursuivre ceux qui, sous le couvert de la pratique des agents physiques, exerceraient illégalement la médecine ;

5° D..., rebouteux, à 50 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts envers le S. M. S. ;

6° T. de C..., chimiste, à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine e de la pharmacie et 300 fr. de dommages-intérêts envers la Chambre syndicale des pharmaciens. — Notre Syndicat ne s'était pas constitué partie civile ;

7° S..., étudiant en médecine, à 1.000 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine avec usurpation de titre et exercice illégal de la pharmacie ; Dr M.., à 50 fr. d'amende pour complicité avec aide et assistance ; tous deux solidairement à 1.000 fr. de dommages-intérêts envers le S. M. S. ;

M. P.., pharmacien, et Mme veuve P.., à 500 fr. d'amende chacun et solidairement à 500 fr. de dommages-intérêts envers la Chambre syndicale des pharmaciens du département de la Seine (affaire connexe) ;

8° M. Val..., étudiant en médecine, à 2.000 fr. d'amende, 3.000 fr. de dommages-intérêts envers le S. M. S. et 3.000 fr. de dommages intérêts envers le S. M. P. pour exercice illégal de la médecine. M. B.., pharmacien co-prévenu, a été acquitté du chef de complicité d'exercice illégal de la médecine, mais condamné à 500 fr. d'amende pour infraction à l'ordonnance royale du 29 octobre 1846.

Chronique de l'Assistance médicale gratuite

Un bel exemple de solidarité professionnelle

Nous avons reçu d'un dévoué confrère la lettre suivante :

« Je vous adresse un journal, le *Nouvelliste de Lorient,* où vous verrez (article Auray) le récit d'une histoire médicale entre le Conseil municipal et les médecins de l'Assistance publique. »

AURAY

Les médecins soussignés nous prient d'insérer le lettre suivante :

Monsieur le Maire,

Dans la réunion du Conseil municipal d'Auray du 22 novembre 1910, M. Le Méni, deuxième adjoint, a proclamé publiquement que le « Corps médical » d'Auray *abusait* de l'Assistance médicale *gratuite* ? En présence de cette accusation aussi grave, le docteur Fagault, conseiller municipal, a demandé des explications à M. Le Méni. Ce dernier, après avoir, à la sortie de la séance, désigné nettement un médecin, crut devoir, le 24 novembre, soit le surlendemain, en désigner un autre.

Devant cette attitude, les soussignés, considérant leur honneur atteint, voulant rester solidaires et estimant d'autre part qu'il leur est impossible de remplir avec dignité leurs fonctions, ont l'honneur, Monsieur le Maire, de vous adresser en bloc leur démission de médecins de l'Assistance gratuite de la commune d'Auray.

Cette décision ne concernant nullement les autres communes.

Nous vous prions, Monsieur le Maire, d'agréer, avec nos regrets, l'expression de nos sentiments distingués.

Docteur Fagault, conseiller municipal, médecin de l'Assistance ; Docteur de Beaumais, médecin de l'Assistance ; Docteur Eonnet fils, médecin de l'Assistance ; Docteur Bramel de Cléjoulx, médecin de l'Assistance.

P. S. Par humanité, il est bien entendu que nous continuerons à soigner gratuitement les assistés, mais, qu'en aucun cas, nous n'accepterons un bulletin médical pouvant nous procurer la plus légère rémunération, espérant cette fois que la municipalité d'Auray ne nous accusera plus de « dilapider » l'argent des contribuables, et ce, jusqu'à ce que M. le Préfet en ait décidé.

Le public, prévenu par affiches, jugera notre attitude.

Réponse.

Nous ne pouvons que répéter notre éternel refrain : « Quel dommage que nos confrères d'Auray ne fassent pas partie du *Sou Médical* » !

Nous leur aurions conseillé, en plus de leur geste de démission, d'intenter un bon petit procès en diffamation à qui de droit.

En effet, tant que le Conseil municipal n'est pas réuni à huis-clos, ses séances sont publiques et ce qui s'y dit, lorsque cela peut porter préjudice à telle ou telle personne, peut être l'occasion de poursuites.

Certains conseillers municipaux sont tellement fiers de leur titre qu'ils perdent toute retenue et s'imaginent avoir, eux aussi, l'immunité parlementaire. Or, avant d'accuser, il faut faire la preuve de ce que l'on avance et il appartient aux médecins de savoir se faire respecter par tous ces tyranneaux de campagne.

Pourquoi certains Conseils généraux ne veulent-ils pas instituer des commissions d'arbitrage, composées mi-partie de conseillers généraux et mi-partie de médecins désignés par les syndicats et nommés par le préfet ? Tous les cas litigieux touchant l'A. M. G. seraient soumis à ce tribunal d'arbitrage et nous n'aurions plus à toujours entendre répéter : les médecins font tant d'abus !

S'il y a des abus, qu'on les prouve et qu'on les montre au grand jour. S'il y a des médecins peu consciencieux, qu'on donne leurs noms : nous sommes les premiers à réclamer qu'on les poursuive, comme nous l'avons demandé lors de la fameuse légende des médecins marrons ; mais que l'on ne vienne pas toujours incriminer tout le corps médical, dans son entier, en se basant sur des « on dit » ou sur des racontars.

Quelques jours après, nous recevions la lettre suivante du Dr Fagault, d'Auray.

Monsieur le Directeur,

Je vous adresse mon bulletin d'abonnement au *Concours médical*. Par la voie de la presse, vous avez dû voir que les 4 médecins d'Auray : docteurs de Beaumais, Bramel de Cléjoulx, Eonnet fils et moi ont donné leur démission de médecin de l'assistance médicale gratuite d'Auray, à l'occasion d'accusations absolument mensongères. Je crois que, pour une fois, quatre médecins, qui étaient avant *très divisés*, ont fait œuvre de bonne confraternité.

Je me tiens à votre entière disposition pour vous donner tous les détails qui pourront intéresser le journal à ce sujet.

FAGAULT.

Enfin, à son tour, le Dr Le Bihan nous signalait cette affaire d'Auray par la carte suivante :

« Le Dr Le Bihan est heureux d'adresser au *Concours médical* le compte rendu d'un exemple de solidarité confraternelle et de résistance à l'ad-mi-nis-tra-tion, qui mérite d'être publié pour le bon exemple, l'encouragement des hésitants ».

Auray. — Les médecins de l'assistance publique donnent leur démission. (*Le Breton de Paris*, no du 1er janvier 1911.)

Nous avons reçu une communication dont nous insérons les passages essentiels :

Nous, médecins de l'assistance médicale gratuite d'Auray, avons donné notre démission à la séance du conseil municipal du 20 décembre dernier, pour les raisons suivantes :

Le 22 novembre, M. Le Méni, adjoint, avait accusé *publiquement* les médecins d'abuser de l'Assistance médicale. Le docteur Fagault, ayant demandé des explications, M. Le Méni accusa d'abord un médecin, puis le lendemain, un autre.

Nous avons attendu des explications jusqu'au 5 décembre. Comme la préfecture et la mairie conservaient un silence systématique, nous avons alors donné notre démission.

M. le docteur Benoist, inspecteur départemental de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, est venu à Auray pour entendre nos explications. Nous avons alors consenti à reprendre le service puisque M. Le Méni reconnaissait s'être trompé.

Mais l'accusation avait été publique et nous voulions une réparation inscrite au procès-verbal du Conseil municipal.

Par *deux fois*, le procès-verbal a été tronqué et on n'a rien inscrit.

Il a fallu la séance pénible du mardi 20 décembre pour amener la démission définitive.

Il est impossible d'assurer un service d'assistance médicale avec un homme comme M. Le Méni au pouvoir.

Il avait, paraît-il, un dossier formidable contre nous — qu'il le sorte !!

Nous ne reprendrons notre service que lorsque nous aurons obtenu satisfaction.

Les médecins de l'Assistance :
docteurs Bramel de Clejoulx,
de Beaumais, Eonnet fils, Fagault.

Oui, cet exemple de solidarité mérite d'être publié, car nous en détachons la moralité suivante :

Escomptant les divisions habituelles (pour ne pas dire proverbiales) des médecins, un conseiller municipal se croit permis de répéter l'antienne bien connue : « les médecins commettent tant d'abus !! »

A son grand étonnement, les confrères font taire leurs dissentiments personnels pour répondre à ce Monsieur : « De quel droit nous diffamez-vous ? Donnez des preuves de vos assertions. » Résultat : pas de preuve de ces fameux abus ; on reconnaît s'être trompé.

Bravo ! confrères d'Auray, votre attitude a été courageuse et digne. Merci, au nom du corps médical, pour avoir su imposer silence à un de ceux qui se croient permis de colporter la légende des médecins-marrons.

Votre Syndicat, d'ailleurs, a dû vous soutenir vigoureusement. Si les médecins voulaient imiter votre geste, s'ils consentaient à ne pas épuiser leurs forces dans de vaines batailles intestines pour ne songer qu'à l'intérêt général du corps médical, nous n'entendrions plus répéter ces agaçants et perpétuels reproches : « les médecins font tant d'abus. »

Le malheur, c'est qu'on le croit en haut lieu. Eh bien ! qu'on nous donne des contrôleurs, des juges : si nous étions si marrons que cela, nous ne réclamerions pas avec autant d'énergie que la lumière soit faite sur ces accusations. Mais... il faut croire que certains, qui nous diffament, ont intérêt à colporter la calomnie.

Aussi, encore une fois bravo, confrères d'Auray.

Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

TRIBUNAL CIVIL DE MOISSAC

Décembre 1909

Responsabilité médicale invoquée reconventionnellement à une demande en paiement d'honoraires ; condamnation des clients au paiement des honoraires du médecin ; rejet de la demande reconventionnelle en dommages-intérêts basée sur l'inexécution d'une prétendue convention formée contre les parties.

Attendu que sur la demande principale du paiement d'honoraires formulée par le docteur Boyer contre les époux B., ces derniers ont formulé une demande reconventionnelle en dommages-intérêts fondée sur le préjudice que leur aurait occasionné le docteur Boyer par sa négligence ou son impéritie en soignant d'une manière tout à fait défectueuse une blessure grave dont la dame B. était atteinte à la suite d'un accident ;

Attendu qu'après l'expertise ordonnée par le tribunal, les parties ont de nouveau conclu à l'audience et présenté leurs observations sur le résultat du rapport des experts ;

Attendu que les époux B., qui avaient d'abord conclu à la nullité de ce rapport, ont dans leurs dernières conclusions abandonné ce moyen et se sont bornés à discuter le fond du procès ;

Attendu que, pour soutenir leur prétention, les demandeurs reconventionnels, négligeant l'application de l'art. 1382 code civil, sans cependant l'éliminer complètement, se sont surtout appuyés sur les art. 1137 et 1142 du code civil, c'est-à-dire sur l'inexécution des obligations contractuelles résultant pour le docteur Boyer des engagements qu'il avait consentis ;

Attendu que, pour déterminer la situation juridique des parties, il est nécessaire de préciser les conditions dans lesquelles s'est formé le contrat invoqué par les époux B. ;

Attendu que, suivant les allégations mêmes des époux B., la dame B., s'étant grièvement blessée à un pied dans une chute, le docteur Boyer, appelé par des voisins, se rendit auprès de la malade pour donner les premiers soins. Que M. B. étant arrivé à ce moment, le docteur Boyer, qui n'était pas le médecin habituel de la famille, lui demanda s'il voulait oui ou non le charger d'arranger la jambe de la malade ; que B. lui aurait dit aussitôt : « Si vous croyez savoir bien la lui arranger, vous pouvez le faire ». A quoi le docteur B. aurait répondu : « Que des cas pareils, il en avait pas mal faits (sic) et que dès lors pour celui-ci il se chargeait de l'arranger » ;

Attendu qu'on ne saurait faire résulter de ce dialogue l'engagement formel et à forfait, de la part du docteur Boyer, de procurer la guérison complète de la blessure sous peine de dommages-intérêts en cas de non-réussite ; que, pour admettre l'existence d'un pareil engagement contraire à la pratique ordinaire de l'art médical, il faudrait qu'il y ait eu sur ce point une convention très explicite, qu'on ne trouve pas dans l'espèce ; que les obligations, d'ailleurs, doivent être interprétées dans le sens le plus conforme à la matière du contrat et à l'usage pratiqué en pareil cas ; qu'il n'est pas vraisemblable qu'en s'exprimant comme il l'a fait, le docteur Boyer ait fait autre chose que s'engager à traiter le membre fracturé suivant les règles ordinaires de la thérapeutique et de la chirurgie ; que lorsqu'à la première inspection d'une fracture, alors qu'il est encore très difficile, sinon impossible, de mesurer l'étendue des déchirures des tissus et de préciser la gravité des lésions subies par la victime d'un accident, un médecin déclare avoir vu des cas semblables et consent à se charger d'arranger le membre malade, on ne peut voir dans son attitude et dans ses paroles rassurantes que la simple manifestation d'un espoir de guérison et l'engagement d'appliquer au cas qui lui est soumis les règles classiques de la médecine ;

Attendu que c'est dans ce sens seulement que doit être interprétée l'obligation que peut avoir contractée le docteur Boyer vis-à-vis des époux B. Que dès lors, en lui appliquant même l'art. 1137 du code civil, toute la question revient à se demander si le docteur Boyer a apporté à l'exécution de son obligation tous les soins d'un bon père de famille, c'est-à-dire s'il a traité la dame B. sui-

vant les règles ordinaires que prévoit la science médicale en pareil cas ;

Attendu à cet égard qu'il résulte très nettement du rapport médical dressé par des experts, dont l'indépendance et la compétence ne sauraient être suspectes, que l'accident dont la dame B. fut victime le 7 mai 1908 avait déterminé une fracture du péroné et du tibia, avec diastasis du tibio-péronier inférieur ; qu'en général, cette variété de fracture, appelée fracture de Dupuytren, se consolide difficilement et qu'elle est suivie fréquemment d'une déviation du pied en dehors de la jambe malgré un traitement soigneusement appliqué ; qu'un résultat semblable s'est produit chez la dame B. ; que cependant le docteur Boyer avait correctement traité cette fracture, aussi bien la fracture du péroné que celle du tibia ; qu'il n'a donc pas par négligence ou impéritie mal opéré la malade et qu'il n'a pas par sa faute occasionné chez elle l'infirmité incurable définitive dont elle se plaint ;

Attendu qu'en présence de pareilles conclusions appuyées sur un examen sérieux de la malade et sur des expériences radiographiques, il n'est pas possible d'admettre que le docteur Boyer ait manqué à ses engagements ou qu'il ait commis une faute professionnelle susceptible d'engager sa responsabilité ;

Attendu dès lors que la demande reconventionnelle des époux B. n'est pas justifiée et ne peut être accueillie ; qu'en outre la demande d'enquête formulée par eux demeure sans objet, puisque les faits allégués, en les supposant établis, seraient inopérants pour justifier leur réclamation ;

Attendu, en ce qui concerne les dommages-intérêts qu'il réclame, qu'il n'est point établi que la résistance des époux B. ait été imaginée dans un but malicieux et vexatoire ; que leur attitude s'explique par l'insuffisance de leurs connaissances médicales et peut-être par les avis téméraires de quelques personnes mal renseignées sur le cas pathologique faisant l'objet du litige ; que dans cette situation, il n'y a pas lieu d'admettre contre eux la demande de dommages-intérêts ; qu'au surplus les frais qui resteront à leur charge constitueront une conséquence suffisamment onéreuse du rejet de leurs prétentions ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens, qu'il y a lieu de joindre à ceux de l'instance actuelle ceux qui ont été exposés en justice de paix et qui avaient été réservés, ces frais ayant été exposés par le fait des époux B. dont la demande reconventionnelle a motivé l'incompétence du juge de paix :

Par ces motifs, le Tribunal homologue en son entier le rapport dressé par les experts.

Condamne les époux B. à payer au docteur Boyer la somme de 180 francs montant de ses honoraires avec les intérêts du jour de la demande, rejette pour le surplus les conclusions du demandeur, rejette également la demande reconventionnelle des époux B., condamne ces derniers aux dépens, dans lesquels seront compris ceux exposés devant le juge de paix.

Note.— Ce procès présentait un caractère particulier : la responsabilité que prétendaient démontrer les époux B. n'était pas principalement la responsabilité civile généralement invoquée, découlant d'une faute grave commise par le médecin dans l'exercice de sa profession, et qui a pour base l'article 1382 du Code civil.

Les clients du docteur Boyer prétendaient démontrer qu'il s'était engagé à obtenir la guérison complète de la blessure de la dame B. et que, n'ayant point obtenu cette guérison complète, il leur devait des dommages-intérêts en vertu des articles 1137 et 1142 du Code civil, qui disent, le premier que « l'obligation de veiller à la conservation de la chose... soumet celui qui en est chargé à y apporter tous les soins d'un bon père de famille », et le second que « toute obligation de faire ou de ne pas faire se résout en dommages et intérêts, en cas d'inexécution de la part du débiteur ».

Le Tribunal a jugé que le fait par le Dr Boyer d'avoir dit qu'il avait déjà soigné pas mal de cas pareils et se chargeait d'arranger celui de la dame B., n'était pas une preuve suffisante de l'engagement, *contraire à la pratique ordinaire de l'art médical,* de guérir complètement la blessure.

Le « Sou médical », dont le Dr Boyer est membre, aurait, bien entendu, garanti sa responsabilité dans ce cas particulier, comme il l'eût garantie si elle avait été recherchée en vertu de l'article 1382. Il a été heureux de n'avoir à payer que les honoraires de l'avocat.

Les polices des Cies d'assurances, au contraire, ne garantissent pas le paiement de dommages-intérêts pour inexécution d'une convention, si cette garantie spéciale n'y est pas formellement stipulée.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

La Limitation du nombre des Médecins.

Mon cher confrère,

Le Professeur agrégé Ausset critiquait dernièrement l'idée d'un concours à l'entrée de la carrière médicale, ce dernier devant, disait-il, enlever à notre profession son caractère de profession libérale. Aujourd'hui c'est le Dr Granjux, dans un article du *Bulletin médical,* n° 94, qui est tout à fait opposé à la limitation « parce que son adoption rayerait la médecine du nombre des professions libérales ». J'ai beau chercher, je n'arrive pas à comprendre comment un concours peut enlever à une profession son caractère libéral, et nos confrères Ausset et Granjux seraient bien aimables de nous l'expliquer. Il y a là, je crois, un beau sujet de devoir pour des candidats au certificat d'études primaires (1) : « De la différence entre une profession libre et une profession libérale ». Des concours rendent une profession moins libre, ils ne la rendent pas moins libérale. S'il est une carrière fermée, c'est bien celle des ingénieurs des mines de l'Etat, réservée aux quatre ou cinq premiers de polytechnique, issus par conséquent d'une double sélection. Qui oserait soutenir que leur profession n'est pas libérale ?

Une profession libérale est celle dans l'exercice de laquelle l'intelligence a plus de part que la

(1) Et ne blaguons pas les primaires ; il est question de leur ouvrir l'accès des facultés de médecine.

main. Peu importe qu'un concours en soit la base. Bien mieux, la considération que le public a pour une carrière est en raison directe de ses difficultés d'accès. Quelle mère n'a rêvé faire de son fils un polytechnicien ? Et l'auréole qui entoure les élèves de polytechnique vient de ce que les portes de cette école ne s'ouvrent pas au premier venu. La limitation, loin de déconsidérer la profession médicale, ne peut que lui rendre une partie du prestige qu'elle est en train de perdre. De nos jours, tout fruit sec peut avec du temps et de la patience décrocher son diplôme. De grandes compagnies, celle de Suez notamment, le savent bien, puisqu'elles exigent de leurs médecins le titre d'ancien interne. Il leur faut la garantie d'un concours. Cela nous explique cette floraison de diplômes nouveaux : hygiène, médecine légale, médecine sanitaire, coloniale, etc. A l'heure actuelle, où la prise de la 1re inscription, même avec dispense du baccalauréat, confère un droit absolu au titre de docteur, les administrations se rendent compte que certains de ceux qui le possèdent n'en sont pas dignes. Aussi demandent-elles des garanties spéciales. Nous assisterons à l'émiettement de notre diplôme, et bientôt il ne nous restera plus rien du tout. Le diplômé d'hygiène inspectera les écoles, le diplômé de médecine légale fera les expertises, le diplômé des accidents du travail pansera les ouvriers blessés, celui de chirurgie pratiquera les interventions, etc., etc.

Cette sélection qui nous menace, faisons-la donc à l'entrée des études médicales ; ceux qui nous emploient auront la garantie qu'ils demandent et du même coup la question de l'encombrement sera résolue. Notre profession libérale n'en restera pas moins une profession libérale dont les membres, délivrés de la lutte pour l'existence qui se fait de jour en jour plus âpre, pourront se donner sans arrière-pensée à leur belle mission.

Recevez, je vous prie, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr Bourguet,
de l'*Amicale*, du *Sou*, du *Concours*.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles diverses et Variétés.

Obsèques du Dr André Lombard. — Les obsèques de notre regretté collaborateur ont eu lieu le vendredi 6 janvier devant une grande afluence de confrères et d'amis. Le *Concours Médical*, le Syndicat des médecins de la Seine, l'Association des journalistes médicaux français, etc., avaient fait déposer des couronnes sur le cercueil et avaient envoyé des représentants à la cérémonie. Au Père-Lachaise, où notre ami a été inhumé, M. le Dr M. de Fleury, de l'Académie de Médecine, à prononcé un touchant éloge du journaliste qui était encore un excellent homme et un bon praticien.

— **Un concours** pour le recrutement de huit **médecin s de colonisation** sera ouvert le 13 février 1911 *à Alger (Faculté de médecine), à Paris (Office* de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine. Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes qui correspondent à des traitements variant entre 3.000 et 6.000 francs. Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, deuxième bureau, du gouvernement général de l'Algérie. Les demandes d'admission au concours devront parvenir au gouvernement général avant le 13 janvier 1911.

— **Le Pharmacien** qui, pour conserver la direction d'un traitement institué à tort par lui, **détourne un malade** ou **un blessé** d'aller voir un médecin et est cause que l'état de ceux-ci s'aggrave, **engage sa responsabilité** et peut être poursuivi de ce chef par eux.

Un pharmacien, M. D..., soigna, en 1907, une cliente, Mme C..., qui, dans une chute, s'était blessée au coude droit (luxation méconnue, naturellement). Mais la blessure s'aggrava, et Mme C... dut subir, trois semaines plus tard, une opération.

Se fondant sur ce fait que le pharmacien l'avait dissuadée de consulter un médecin, la blessée intenta un procès à M. D..., qui vient d'être condamné à 2.000 francs de dommages-intérêts envers sa cliente.

— Le Dr B., **acquéreur de la clientèle** du Dr H., sous forme notamment du droit au bail de son prédécesseur, de la remise des noms et adresses des clients de celui-ci, etc., **refusait de payer** le solde du prix convenu, **excipant de la nullité du contrat** : la clientèle d'un médecin n'étant pas dans le commerce.

La première chambre du tribunal de la Seine **condamne** le Dr B... à s'exécuter.

« Attendu que la clientèle seule n'a pas fait l'objet de la vente consentie ;

« Que cette cession s'accompagne d'éléments corporels ou incorporels dont l'acquéreur peut tirer parti : notamment le droit au bail, la remise des noms et adresses des clients, l'interdiction d'exercer la médecine, etc. ».

Ce jugement, conforme à la jurisprudence établie, est à méditer par les débiteurs de mauvaise foi qui se rencontrent malheureusement parfois dans la profession médicale.

Les médecins fonctionnaires. — La 6e chambre, ayant à statuer sur une saisie-arrêt visant les appointements, indemnités ou honoraires d'un médecin du bureau de bienfaisance, a décidé :

1° Que le tribunal est incompétent pour statuer sur la validité des saisies-arrêts effectuées sur les appointements fixes (1.200 francs par an) des médecins du bureau de bienfaisance. Ces appointements sont régis par la loi relative aux fonctionnaires touchant des appointements inférieurs à 2.000 francs.

2° Que la saisie-arrêt effectuée est valable en ce qui concerne les allocations attribuées par l'Assistance publique au médecin du bureau de bienfaisance en dehors et en sus des 1.200 francs. Ces allocations ont pour but, comme on le sait, de rétribuer les médecins des visites médicales qu'ils font aux employés de mairies.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 4 Dimanche 22 JANVIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La véritable Défense contre les Périls qui nous menacent

Je viens de recevoir la visite d'un malheureux confrère atteint d'une cécité presque complète ; la nécessité de vivre et de nourrir les siens l'a conduit à Paris, il y cherche à exercer la spécialité de masseur (1).

Le pauvre homme, jadis indépendant, et pourvu d'une bonne clientèle dans une ville de province, où il pouvait vivre largement et avec dignité, me conta ses déboires et ses pénibles surprises. Il me fit le triste tableau de son calvaire actuel, avec ses stations douloureuses dans les antichambres des grands médecins et parfois dans les salles d'attente des petits praticiens. S'il lui arrivait de rencontrer çà et là un accueil sympathique et réconfortant, combien de fois s'est-il heurté à cet accueil glacial que savent si bien réserver certains heureux de ce monde au solliciteur gênant. Et cela encore n'était rien quand il ne lui arrivait pas d'être brutalement éconduit par l'homme pressé, dont il troublait quelque peu, malgré sa discrétion, l'emploi d'un temps précieux et les consultations sur rendez-vous, toujours de bon rapport.

Je crains bien que notre pauvre confrère ne compte sa visite chez moi au nombre de ces tristes stations.

Je dus, en effet, lui avouer que les médecins praticiens comme moi, quoique assez occupés, mais exerçant dans un quartier peu riche, n'étaient guère capables de lui adresser des malades à masser, et je lui fis remarquer que nous ne faisions, hélas ! guère plus de chirurgie.

« Je compterais sur mes doigts, ajoutai-je, les fractures que j'ai eu à soigner au cours de mes dix-sept ans d'exercice. » Et je sais bien que je ne suis pas seul à pouvoir parler ainsi,

(1) Les lecteurs qui désireraient seconder ce confrère qui ne demande qu'à travailler, peuvent s'adresser à nous pour connaître son adresse. J. N.

toute la chirurgie, grande et petite, est à l'heure actuelle complètement monopolisée. Paris, du reste, ne fait point, à ce sujet, exception sur les autres villes de France.

Il y a quelque vingt ans, c'était de l'Assistance publique que le médecin se plaignait ; c'étaient les hôpitaux qui accaparaient la chirurgie des malades aisés.

Mais, depuis, la Mutualité et la bienfaisance privée ont organisé le dispensaire modern-style qui, comme le relatait naguère le *Journal*, « tient « le milieu entre l'hôpital et la maison de « santé, et s'adresse surtout aux petites bourses, « On n'y fait point, insiste-il, payer l'opération, « et on y demande aux malades seulement six « francs par jour » (1).

Les sociétés industrielles, les compagnies de chemins de fer, les usines, les exploitations minières, ont toutes aussi leur service médical organisé.

Dans certains centres miniers de l'Est, où le servage a été rétabli en fait sinon en droit, la Compagnie, propriétaire du sol et concessionnaire du sous-sol, a installé des villages ouvriers où, sous la surveillance d'un ancien gendarme qui remplit le rôle de prévôt, le médecin partage, après l'ingénieur et l'aumônier, les pouvoirs de haute et de basse justice que s'arroge la Compagnie suzeraine, et dont il est le très humble vassal.

Les ouvriers, pour réagir, font tout aussi bon marché de notre indépendance et de nos intérêts. Les bourses du travail, les coopératives, les maisons du peuple organisent des cliniques et des maisons de santé (2). Et de quel droit pourrons-nous le leur reprocher, puisque nous subissons sans révolte les établissements patronaux et, ce qui est pis, les dispensaires des Sociétés d'assurances ?

Enfin, nous avons vu récemment qu'en province, comme à Paris, les Sociétés de secours aux blessés militaires, lasses de l'inaction imposée à leur matériel et à leur bonne volonté par quarante ans de paix armée, avaient décidé tout à coup d'intervenir dans la mêlée sociale et de mettre ces ressources accumulées au service des victimes de l'imprévoyance quand ce n'est à celui de la politique ou de l'intérêt du petit bourgeois avare de ses deniers.

Et que fait le médecin devant cette situation ?

Il gémit, il proteste, il pleure sa belle indépendance, il regrette l'époque où il attendait gravement le client dans son cabinet, où, pontife respecté, il y officiait en toute dignité.

Il se lamente, condamne les mœurs nouvelles et fait appel contre elles au bras séculier. Il faut que la Loi, l'Etat, l'Assistance, interviennent, qu'on interdise à telle institution d'agir à sa guise et, tout en se plaignant ainsi, comme tout bon pontife bien imbu du principe d'autorité, qui compte sur un secours d'en haut et aime en bas à ménager les puissants, il donne néanmoins son appui et son indispensable concours à toutes ces institutions qui le ruinent et le déconsidèrent.

Pas un instant, le médecin ne s'est demandé si toutes ces créations, fondées avec lui et contre lui, répondaient oui ou non à un besoin de la société nouvelle. Quand tout évolue et tout se transforme, lui, homme de science qui, toute sa vie, observe les évolutions et les transformations, prétend à l' « Immuabilité ».

D'ailleurs, si, dans le Corps médical, il se trouve quelqu'un de clairvoyant et de hardi, qui tente de faire, par le médecin et pour le médecin, ce que nous nous plaignons de voir organiser contre lui, on le traite en hérétique et on l'excommunie.

Il est cependant temps que nous songions à nous défendre nous-mêmes, sans compter sur l'intervention douteuse du miracle ou sur la surveillance plus problématique des pouvoirs publics.

Pour nous défendre, il faut que nous soyons de notre temps, il faut nous organiser collectivement.

De même que les Sociétés industrielles avec leurs grandes usines ont tué la petite industrie, de même que les grands magasins, les puissantes coopératives, sont en voie de supprimer le petit commerce, de même hôpitaux, dispensaires et policliniques sont en train de supprimer la médecine de cabinet. Nous pouvons le regretter, y trouver, surtout au point de vue moral, de graves inconvénients, mais nous sommes tenus de le constater ; c'est un fait, et, si nous voulons efficacement nous défendre, il nous faut tenir compte de ce fait.

C'est donc à nous de nous associer et de nous organiser, c'est à nous de créer, avec nos propres ressources, et pour nous, ces hôpitaux, ces dispensaires et ces policliniques que d'autres savent si bien exploiter. Le temps presse, il nous faut prendre les devants ; autrement nous allons passer à l'état de salariés ou de fonctionnaires dans ces propres établissements, que nous avons déjà eu la sottise de laisser à d'autres le soin d'inaugurer.

(1) Voir dans le *Journal* du 12 août 1910, l'article *Assistance privée*, sur le fonctionnement des *Etablissements Marie-Lannelongue*.

(2) Exemple celle qui est en voie de fondation dans un centre des plus importants de la Banlieue-Ouest.

Deux tentatives sont en voie d'études à Paris : une est un dispensaire de prompt secours ouvert à tout médecin qui voudra participer à ses frais, dispensaire que notre confrère, le Dr Pamart, cherche à mettre sur pied dans le VIIIe arrondissement ; l'autre est une Maison médicale, sorte de petit hôpital temporaire de quartier, où un groupe de médecins du IIe arrondissement panserait et opérerait et ferait bénéficier leurs clients d'une installation et d'un outillage que, seule, peut permettre une organisation collective.

Notre ami le Dr Vimont est, croyons-nous, un des promoteurs de cette nouvelle institution.

Au lieu de critiquer d'avance ces projets, au lieu d'en rechercher les abus possibles, au lieu de doter leurs inventeurs des desseins les plus noirs et des intentions les plus machiavéliques, efforçons-nous de les encourager, de les aider, de les subventionner même. S'ils réussissent, ce qui n'est, hélas ! pas certain, et même si leurs auteurs y trouvent de notables bénéfices personnels, disons : « Tant mieux ». Ils l'auront mérité puisqu'ils en auront couru les risques. Ils nous auront toujours rendu service. quoi qu'il arrive, puisqu'ils auront eu le courage d'entrer dans une voie nouvelle qui, peut-être, nous conduira loin des périls qui de tous côtés nous menacent.

J. Noir.

L'enseignement populaire de l'Hygiène en France.

Un de nos anciens abonnés, M. le Dr Guillou, de la Tremblade, nous envoie, avec une lettre aimable de protestation au sujet de notre avant-dernier Propos, un petit livre scolaire qu'il a écrit en collaboration avec M. l'inspecteur primaire O. Pavette, intitulé : *Notions pratiques de Sciences et d'Hygiène* à l'usage des Ecoles primaires et des classes élémentaires des lycées et collèges (1). Certes, ce livre est utile et bien compris et nous en félicitons bien sincèrement les auteurs, mais c'est un livre scolaire qui ne saurait en rien être comparé au *Gesundheitsbüchlein*, rédigé par l'Office sanitaire impérial allemand.

Nous n'avons jamais prétendu d'ailleurs qu'il n'existât pas en France de livres de vulgarisation d'Hygiène. Nous en avons commis un nous-même, de plus de 300 pages, en 1896, accompagné des secours et des premiers soins à donner aux malades et aux blessés, manuel d'hygiène vulgarisée, luxueusement édité dans la collection de la *Bibliothèque du Conducteur de travaux publics* (1).

Notre confrère nous permettra cependant de lui faire une toute petite critique, c'est qu'il a glissé sur une pente où ne s'est pas laissé aller le manuel allemand : il a indiqué des traitements et donné des formules dans son manuel scolaire. Nous y trouvons conseillés des pansements à l'eau de sureau, au cérat saturné et opiacé pour les brûlures, l'usage de la liqueur de Fowler dans les dartres et les eczémas, des paquets à la rhubarbe et à la noix vomique dans les dyspepsies, des solutions de sublimé, etc. Même très restreint, tout ce formulaire nous paraît superflu pour les écoliers, et dangereux pour leurs maîtres et leurs parents. Et si je me permets cette critique, c'est que moi-même, non dans mon modeste manuel d'Hygiène, mais dans d'autres circonstances, je suis tombé lourdement dans la même erreur.

Etant chargé de collaborer à l'organisation de colonies scolaires, je crus intéressant de les doter de musettes à pansements que j'avais minutieusement composées moi-même. Dans chaque musette, j'avais mis des tubes contenant des comprimés de sublimé, des cordiaux inoffensifs et des caustiques en cas de piqûres de reptiles ou d'insectes ; il y avait, en outre, des pièces de pansements, des ciseaux et une pince ; les maîtres devaient y joindre quelques morceaux de sucre. Tout le monde fut enchanté, surtout celui qui portait la musette en toile bise rayée d'une superbe croix rouge. Mais au retour, ce fut moi qui ne fus pas du tout enchanté, quand je constatai que mon matériel était devenu absolument inutilisable pour l'année suivante.

Et je ressentis un petit frisson, quand je découvris au fond d'une musette, intimement mélangés et faisant excellent ménage, les morceaux de sucre et les pastilles de sublimé.

Je résolus la suppression de la musette, et depuis, quand les enfants envoyés dans nos colonies sont malades ou blessés, on s'adresse au médecin et au pharmacien. Nos colonies de ce fait réalisent de sérieuses économies, et je suis bien guéri de la vulgarisation de la thérapeutique qui, je le répète, n'a rien à faire avec celle de l'hygiène.

J. Noir.

(1) Paris. Belin fr., édit., 52, rue de Vaugirard, 3e édit., 1904.

(1) Dunod et Vicq, édit., 49, quai des Grands-Augustins, 1896.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades :
M. le professeur HUTINEL.

Les fausses lésions pulmonaires dans les cardiopathies de l'enfance.

Il vous arrivera fréquemment, lorsque vous examinerez un enfant en asystolie, de trouver le poumon et la plèvre relativement indemnes, malgré une dyspnée intense. Cette particularité a frappé tous les médecins d'enfants. Alors que, chez l'adulte, dans le tableau de l'asystolie, vous rencontrez de la congestion, de l'infiltration œdémateuse du poumon, des râles fins, plus ou moins nombreux, aux bases, accompagnés ou non de râles de bronchite, chez l'enfant, l'auscultation ne révèle ordinairement ni souffle, ni râles pulmonaires.

Par contre, il existe, au cours des cardiopathies de l'enfance, des manifestations pulmonaires intéressantes,sur lesquelles je me propose d'insister aujourd'hui.

Il y a entre la plèvre et le péricarde de l'enfant une solidarité plus grande qu'entre les mêmes organes de l'adulte. Les communications lymphatiques de la plèvre et du péricarde sont, dans le jeune âge, assez larges. Quand on pratique une injection colorée dans les lymphatiques de la plèvre, on retrouve le liquide dans les lymphatiques du péricarde.

Je vais vous rapporter l'observation d'un petit malade que j'ai soigné l'année dernière. C'était un garçon de 11 ans qui fut atteint de rhumatisme articulaire aigu. Peu de jours après, nous trouvions un assourdissement du premier bruit du cœur et un frottement, qui ne tarda pas à disparaître. Il y avait péricardite avec épanchement. Puis, apparurent des signes stéthoscopiques dans la plèvre gauche et dans la plèvre droite, où se produisit un épanchement. L'enfant était cyanosé, orthopnéique. On attendit, et peu à peu le liquide diminua. Tout finit par s'arranger.

Ce tableau est si caractéristique que, dans certains cas, vous verrez une péricardite que rien n'explique se propager aux deux plèvres, et vous serez en droit de soupçonner la péricardite rhumatismale. J'ai cité l'exemple suivant : un jeune homme ,qui avait eu une péritonite tuberculeuse dans son enfance, passe à 17 ans son baccalauréat, et se surmène. Il est pris, un jour, d'étouffements. On constate une pleurésie et l'on pense naturellement aussitôt à une pleuro-bacillose. Les choses s'aggravant, on me demande de l'examiner. Je trouvai une pleurésie gauche et droite et, en même temps, une péricardite. Je posai le diagnostic de péricardite avec pleurésie double que je considérai d'origine rhumatismale. L'enfant guérit très bien. Dans les formes tuberculeuses de péricardite, cette extension peut aussi se voir.

Voici une observation dont j'ai été témoin la semaine dernière. Je fus appelé près d'un garçon de 14 ans qui venait d'avoir une affection mal caractérisée, considérée comme une fièvre muqueuse. Je constatai une pleurésie avec assez grand épanchement. Malgré les ponctions, le liquide se reproduisait assez vite. Il y avait péricardite, état de cyanose ; c'était une péricardite avec épanchement et une pleurésie double.

Le problème n'est pas toujours aussi facile. Lorsque, chez un enfant, vous rencontrez des signes de péricardite et des signes de pleurésie avec épanchement, ne vous hâtez pas de conclure à la pleurésie. Il est des erreurs possibles. Je vous ai exposé le cas d'un petit malade qui contracta, au cours d'une ostéomyélite, la scarlatine. Dès le début, l'auscultation avait révélé un souffle pleurétique et l'on avait dit pleurésie. Le petit malade ayant succombé, l'autopsie montra une péricardite mais pas de pleurésie. Ce sont là des faits connus. Ils ont été indiqués déjà par Barth et Roger dans leur Traité d'auscultation, dans la thèse de Blache et dans l'ouvrage de Jaccoud. Barth et Roger ont écrit que l'on pouvait constater, dans la péricardite avec épanchement, une condensation du poumon avec souffle. Toutefois, c'est en 1889 que les pseudo-pleurésies en question furent bien décrites par Pinnz. Dans ces péricardites avec grand épanchement, vous notez de la matité et une respiration soufflante,un souffle entre l'angle de l'omoplate et la ligne axillaire, souffle rappelant le souffle pleurétique. Si vous mettez le malade dans la position genu-pectorale, au bout de quelques minutes, le souffle disparaît. Ce qui indique que vous êtes en face d'une pseudo-pleurésie, c'est le signe suivant : dans le cas de péricardite, le malade étant dans la position genu-pectorale, la pointe du cœur bat en dehors de la ligne mamelonnaire ; lorsqu'il y a pleurésie, la pointe du cœur est rapprochée en dedans.

J'arrive à d'autres points plus originaux. Il y a longtemps que l'on a observé cette pseudo-pleurésie chez des sujets qui n'ont pas de liquide dans le péricarde. On peut trouver les mêmes signes dans la péricardite, avec un gros péricarde

Que se passe-t-il alors ? Le cœur est volumineux et il se produit une sorte de condensation, de compression du parenchyme pulmonaire. Il existe ici des troubles circulatoires, des compressions veineuses. Il peut se faire autre chose, une infection bronchique, et on trouve des râles surajoutés.

Le diagnostic est quelquefois difficile. On voit parfois, avec des cardiopathies pas très volumineuses, des modifications pulmonaires assez nettes. Je vous ai montré, ces jours derniers, deux ou trois enfants offrant un syndrome cardio-pulmonaire, une hypertrophie du cœur comme lésion initiale et des modifications nettes des bruits pulmonaires en arrière. Barthélemy, dans sa thèse, cite l'observation d'un enfant de 9 ans ayant des signes de cardiopathie et des altérations du bruit respiratoire, une respiration rude et faible. Il y a, en pareille circonstance, condensation, par compression, du parenchyme pulmonaire. Si vous ne connaissez pas la question, vous penserez aux adénopathies, à la tuberculose ganglionnaire. Dans l'affection cardio-pulmonaire, le bruit respiratoire ne siège pas absolument au niveau du hile, mais il est quelquefois assez étendu pour rendre le diagnostic difficile.

Ces phénomènes pulmonaires des cardiopathies appartiennent en propre à la pathologie infantile, parce que, chez l'enfant, le thorax est étroit et le cœur assez volumineux. Leur diagnostic est relativement simple, à condition d'être averti.

Dans quelques cas, le diagnostic est embarrassant et il peut même être impossible. Quand j'ai repris le service après les vacances de Pâques, je me suis trouvé en présence d'une enfant dans un état lamentable. Sa température s'élevait à 40°. On constatait un cœur gros, un souffle systolique et en arrière de la poitrine, à gauche, un souffle étendu avec râles. On notait, en outre, de la congestion de la base droite. La petite malade était cyanosée. Le diagnostic porté était celui de granulie avec cardiopathie. La malade a guéri. S'est-il agi d'une granulie qui a guéri, ou d'une cardiopathie avec signes de broncho-pneumonie, je ne saurais le dire.

Je vous ai montré, au mois de novembre, une fillette considérée comme atteinte de cavernes tuberculeuses et d'affection cardiaque. Etant donnée la cardiopathie, je me demandai si réellement il existait une tuberculose pulmonaire aussi avancée. Je pensai que peut-être il s'était fait simplement une condensation du parenchyme pulmonaire. La température tomba. On ne trouva pas de bacilles. Quand l'enfant quitta le service, elle présentait simplement un cœur assez gros et une sonorité moins bonne à la base gauche.

Quand vous observez un enfant atteint d'affection cardiaque et de phénomènes pulmonaires, submatité, respiration soufflante, râles, ne vous hâtez pas de conclure à la tuberculose et de porter un pronostic fatal. La famille ne vous pardonnerait pas de vous être ainsi trompés.

Dans les grosses cardiopathies, vous rencontrerez des manifestations pulmonaires encore plus grandes. Ce qui prouve bien que le cœur gêne le poumon, dans ces cas, ce sont les déformations thoraciques parfois concomitantes, la voussure du sternum, la scoliose droite, la cyphose.

En somme, dans les péricardites, dans les grosses cardiopathies, avec cœur volumineux, vous pouvez rencontrer des signes qui font croire à la pleurésie, à la broncho-pneumonie, à la tuberculose. Les observations de ce genre constituent un véritable *musée d'erreurs* que vous éviterez en sachant qu'un cœur hypertrophié retentit sur le poumon et la plèvre dont il trouble la circulation

Quand vous êtes en présence d'accidents de cet ordre, que convient-il de faire ? Agir sur le cœur, par le repos, la diète lactée, les laxatifs, la digitale. Vous verrez généralement les phénomènes pulmonaires s'amender, quelquefois disparaître.

Un point reste étonnant ; c'est que l'attention n'ait pas été attirée davantage sur ces faits.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

La sérothérapie dans les affections oculaires.

Notre confrère, M. le Dr A. Darier, a fait récemment une minutieuse enquête sur le rôle extrêmement efficace de la sérothérapie, en général, dans les affections oculaires infectieuses.

« Il va sans dire, affirme le Dr Darier, que cette méthode sérothérapique peut s'appliquer avec n'importe quel sérum organique préparé selon les règles pastoriennes. C'est une sérothérapie paraspécifique. Donc, dans la plupart des infections oculaires, que l'on emploie le *sérum de Roux-Behring,* le *sérum anti-tétanique,* le *sérum antirhumatismal* de Rosenthal ou le *sérum de levures* de *Deutschmann,* les résultats cliniques sont les mêmes, avec ce fait saillant et primordial de l'atténuation ou de la cessation complète des douleurs. C'est là un fait bien difficile à constater dans les expériences sur les animaux ; aussi le contrôle expérimental de l'action de la sérothéraple paraspécifique présentera-t-il toujours d'énormes difficultés. Heureusement, aujourd'hui, la masse des faits cliniques impose la conclusion que j'ai tirée dès les premiers jours de mon observation : c'est-à-dire que l'on peut en bonne clinique établir comme corollaire à la loi de Pasteur sur la spécificité des sérums, que *tout sérum antitoxique, à côté de son action spécifique sur la maladie contre laquelle il a été préparé, possède la propriété d'apporter à tout organisme en-*

vahi par un agent infectieux quelconque des éléments de défense capables de neutraliser ou d'atténuer plus ou moins la plupart des symptômes morbides causés par ladite infection.

« Mais il ne faudrait pas voir dans la sérothérapie paraspécifique une *panacée infaillible*. C'est un puissant renfort des moyens de défense de tous les tissus, un tonique vasculaire puissant, qui aidera l'organisme à résister aux progrès de l'infection ; mais si cette dernière est trop avancée ou trop virulente, rien ne pourra l'enrayer, voilà ce qu'il ne faut pas oublier. C'est surtout dans les infections graves du vitré et de la cornée (tissus non vascularisés) que l'on observera les insuccès les plus fréquents de la sérothérapie paraspécifique.

Dans les *iritis*, les *iridocyclites aiguës*, les *phlegmons du sac lacrymal*, l'action du sérum est souvent surprenante.

Celui qui, pour sa première tentative sérothérapique, tombe sur une iridocyclite à grand fracas, ayant résisté à la dionine, à l'atropine, au salicylate, aux sangsues, à la paracentèse, et qui voit tout rentrer dans le calme quelques heures après l'administration du sérum, celui-là sera facilement enclin à appliquer cette thérapeutique avec un peu trop d'enthousiasme.

Grâce à la possibilité d'administrer le sérum par voie buccale à raison de 10 cc. par jour (2500 unités de Behring), le praticien ne sera plus arrêté par l'idée que la piqûre de sérum pourrait effrayer son malade ; il pourra donc prescrire la potion de sérum à la plus légère alarme ou même comme prophylactique.

Voici la formule de cette potion :

Sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur.
Un flacon de .... 10 cc.
Sirop .... 20 gr.
Eau .... 90 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les heures, puis, quand il y a amélioration, toutes les 2 heures. On peut faire prendre ainsi sans aucun inconvénient jusqu'à 10 flacons et même plus. »

Les différentes sortes de phlegmons de la fosse iliaque gauche.

M. le Dr Savariaud, de l'hôpital Trousseau, à Paris, distingue cinq sortes d'abcès iliaques gauches : les abcès d'origine ganglionnaire, les abcès d'origine musculaire, (psoïtis), les abcès d'origine génitale, les abcès d'origine intestinale ou appendiculaire, les abcès d'origine osseuse ou articulaire. Voici en quelques lignes comment l'auteur en indique le diagnostic différentiel (*Gaz. des Hôp.*, no 413) :

« En présence d'un phlegmon iliaque survenant en dehors de la puerpéralité, il faut songer d'abord à l'origine ganglionnaire qui est, je crois, la plus fréquente. Jeune âge du sujet, porte d'entrée au niveau de la peau du tronc, du périnée ou du membre supérieur, mettront sur la voie du diagnostic qui sera contre-signé par une légère adénopathie inguino-crurale.

« Par ordre de fréquence, ensuite, on pensera au phlegmon d'origine intestinale. Et tout d'abord ne s'agit-il point d'un cancer ? Fouillez le passé du malade, recherchez les hémorrhagies intestinales si souvent attribuées par insuffisance d'examen à des hémorroïdes. Recherchez les troubles intestinaux, diarrhée ou constipation, faux besoins, évacuation de sanie ou de glaires sanguinolentes.

« Si vous ne trouvez rien de cela, pensez à un corps étranger, pensez à la sigmoïdite simple, surtout si la tuméfaction a la forme d'un boudin allongé dans la direction de l'intestin, si ce boudin n'est ni bosselé ni d'une dureté ligneuse. Sachez enfin que, dans bien des cas, lorsque l'abcès avorte ou s'ouvre dans l'intestin, c'est la disparition de la tumeur et la constatation de cette disparition au bout d'un temps assez long qui seule vous permettra d'éliminer toute idée de cancer et de penser à une sigmoïdite. En dernier lieu enfin, si le sujet n'a pas dépassé vingt ans, songez à l'ostéomyélite, en vous rappelant qu'elle est rare et recherchez-en les signes. »

Mort subite des enfants et glandules parathyroïdes.

Il n'est malheureusement pas exceptionnel d'assister à des cas de mort subite chez les nouveau-nés, et c'est même sur la possibilité de tels faits que se sont basés certains médecins légistes pour expliquer très simplement des morts de nourrissons attribués à des criminels par la rumeur publique. Deux auteurs allemands, P. Grosser et Betke, de Francfort (analyse du *Paris-Médical*), ont réuni un certain nombre de cas de morts subites d'enfants et en ont étudié minutieusement les autopsies. Chez 3 enfants ainsi morts subitement, les auteurs ont noté comme uniques lésions des altérations graves des glandes parathyroïdes ; les unes étaient hypertrophiées, les autres infiltrées par places d'exsudats hémorrhagiques.

« Les auteurs estiment, sans doute avec raison, que les hémorrhagies des glandes parathyroïdes ne sont pas la conséquence des convulsions et de la dyspnée agonique, puisque seuls ces organes présentent une telle lésion que ni le thymus, ni les glandes thyroïdes ne montrent à aucun degré. La cause de ces hémorrhagies parathyroïdiennes n'a pas été recherchée par les auteurs. Il eût été intéressant d'examiner de très près, dans chaque cas particulier, le rôle possible de l'hérédo-syphilis, qui est un facteur important d'hémorrhagies parathyroïdiennes. Ces lésions des glandes parathyroïdes n'ont pas déterminé chez les sujets étudiés par Grosser et Betke de syndrome tétanique ou spasmophilique. Les hémorrhagies parathyroïdiennes sont-elles responsables de la mort subite ou rapide de ces trois nourrissons ? Les auteurs inclinent à le croire. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Guérison « foudroyante » d'une glossite leucoplasique. — Syndrome hémorrhagique tardif dans la fièvre typhoïde. — Ergotisme convulsif et gangréneux. — L'arséno-résistance du spirochète de la syphilis. — Réinfection syphilitique après traitement par le 606. — Courbe du poids dans la tuberculose pulmonaire. — Cancer du rectum guéri depuis 7 ans. — La thymectomie. — Rétro-déviations mobiles de l'utérus.

M. Morel-Lavallée rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *guérison « foudroyante » d'une glossite leucoplasique scléreuse nicotino-syphilitique.*

Il s'agit d'un sujet de 45 ans, fumeur assidu — il ne fumait pas moins de quatorze cigares par jour — et syphilitique. Il présentait une leucoplasie linguale débordant sur les joues et les lèvres, dont le début remontait à quatorze années. La langue était empâtée, gercée. M. Morel-Lavallée institua un traitement local minutieux, avec de l'eau de guimauve, l'eau de Vichy, l'eau de Saint-Christau, le baume du Pérou, et une première injection d'huile grise. En même temps, le malade cessa de fumer. Huit jours après, le patient revint : la langue était libre, souple, mobile, les joues décapées. Une deuxième injection d'huile grise fut pratiquée et la guérison était totale au bout d'un mois. Cette guérison mérite véritablement le qualificatif de foudroyante, dans une affection que l'on sait particulièrement rebelle.

— MM. Albert Robin, N. Fiessinger et Mathieu Weil présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur le *syndrome hémorrhagique tardif au cours de la fièvre typhoïde.*

D'après ces auteurs, il peut exister à la suite de la fièvre typhoïde un syndrome hémorrhagique tardif, entièrement distinct des syndromes hémorrhagiques précoces et des érythèmes infectieux de la convalescence.

Ce syndrome hémorrhagique tardif se caractérise par du purpura abdominal, des épistaxis, des hémorrhagies buccales, des hématuries et des hémorrhagies intestinales. La température oscille aux environ de 38 degrés. Le facies s'anémie rapidement.

La durée est de cinq à dix jours et la guérison presque constante. Le pronostic est donc assez satisfaisant, alors qu'il est, au contraire, sérieux dans le syndrome hémorrhagique précoce. Le traitement utilisera les injections de sérum normal (Weil), de solution de propeptones (Nolf), d'argent colloïdal électrique (A. Robin).

— MM. Dufour et Huber exposent à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire d'une femme qui eut, après ingestion d'une quantité indéterminée d'ergot de seigle, des *accidents graves d'ergotisme.* La malade était enceinte, et les accidents d'ergotisme convulsif firent porter le diagnostic d'éclampsie. Puis, survinrent, du côté du bras, des phénomènes gangréneux nécessitant l'amputation. Les deux manifestations attribuées à l'intoxication ergotée (convulsions, gangrène) se sont trouvées réunies ici et la première fit errer le diagnostic au début.

— MM. P. Ravaut et Weissembach lisent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur l'*arséno-résistance au cours du traitement de la syphilis par l'hectine et le* 606.

Les auteurs ont injecté de l'arséno-benzol (606), tantôt à des malades vierges de tout traitement anti-syphilitique, tantôt à des malades qui avaient antérieurement suivi des cures mercurielles ou iodurées, tantôt à des malades précédemment traités par l'hectine ou le 606. Ils ont constaté les faits suivants : alors que les syphilitiques traités par le mercure ou l'iodure se comportent à l'égard du 606 comme des sujets indemnes de toute médication spécifique, les malades qui ont déjà été soumis à la cure par l'hectine ou le 606 se montrent beaucoup moins sensibles aux heureux effets habituels de l'arséno-benzol. Si l'on répète les injections de 606, on voit leur efficacité s'atténuer. Ainsi, par exemple, un sujet, guéri d'un premier groupe d'accidents syphilitiques par une injection de 606, présente des accidents syphilitiques nouveaux au bout de quelque temps : de nouvelles injections de 606 sont pratiquées, mais elles donnent alors de simples améliorations, au fur et à mesure moins manifestes.

Pour trouver l'explication de ces faits, il faut invoquer l'arséno-résistance du parasite. On connaît l'arséno-résistance des trypanosomes et des spirilles en général. Elle existe probablement aussi, sans doute, pour le spirochète de la syphilis. Une première injection arsenicale rend le spirochète résistant à l'arsenic ; les injections suivantes développent cette propriété.

Il résulte de là une conclusion pratique. Dans le traitement de la syphilis par les préparations arsenicales (hectine, 606), il convient d'employer d'emblée des doses fortes de médicament et de ne pas procéder par petites doses répétées. Ehrlich a d'ailleurs toujours conseillé les hautes doses de 606.

— M. Milian a observé un cas de *réinfection syphilitique après traitement par le* 606, cas qu'il signale à la *Société médicale des hôpitaux.*

Il s'agit d'un homme qui eut à la verge des chancres syphilitiques multiples. Une piqûre de 0 gr. 55 de 606 amena une disparition des accidents et rendit négative la réaction de Wassermann. Un mois plus tard, le malade revint, porteur d'une érosion génitale offrant tous les caractères du chancre syphilitique. L'auteur conclut à la guérison de la première syphilis par la seule injection de 55 centigr. de 606.

— MM. Fernand Besançon et Mathieu-Pierre Weil font une communication à la *Société médicale des hôpitaux* sur *la courbe de poids au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique.*

Selon ces auteurs, lorsque, chez un tuberculeux pulmonaire chronique, on voit la courbe



du poids subir une chute, on doit toujours craindre la survenue d'une nouvelle poussée évolutive. D'autre part, l'élévation de poids, au cours d'une poussée, permettra d'espérer et souvent d'affirmer que le malade entre dans la période de fin de poussée.

— M. SAVARIAUD présente à la *Société de chirurgie* un malade opéré de *cancer du rectum* il y a sept ans et chez lequel la guérison se maintient.

Les beaux résultats obtenus par les agents physiques dans le traitement du cancer, dit M. Savariaud, ont nécessairement détourné un peu l'attention des méthodes chirurgicales pures. Tout en rendant justice aux méthodes nouvelles, il est bon de rappeler que les seules guérisons radicales, jusqu'ici obtenues, l'ont été grâce à l'exérèse chirurgicale large et précoce.

— M. LAUNAY fait à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. VICTOR VEAU relatif aux accidents de l'hypertrophie du thymus et à leur traitement par la *thymectomie*.

Les principaux symptômes de l'hypertrophie du thymus sont, les uns physiques, les autres fonctionnels, ces derniers de beaucoup les plus importants.

Les signes physiques ne sont guère appréciables que dans les thymus très volumineux. Ils sont caractérisés par la sensation, au palper, d'une masse au-dessus de la fourchette sternale et l'existence d'une zone de matité occupant toute la première pièce du sternum.

Les symptômes fonctionnels consistent en une dyspnée permanente avec tirage, accompagnée quelquefois de crises de suffocation, et en un bruit de stridor respiratoire.

Le traitement consistera à pratiquer l'exérèse du thymus, qui se trouve indiquée par les crises de suffocation et la dyspnée permanente. L'opération est une extirpation large, non totale, du thymus. Cette thymectomie peut être considérée comme relativement bénigne. Elle est franchement curative. Elle ne donne pas seulement de bons résultats dans l'hypertrophie du thymus, elle réussit dans d'autres cas : chez les enfants atteints de spasmes de la glotte, par exemple, elle a procuré des effets excellents.

— A la *Société des chirurgiens de Paris*, M. OZENNE parle du *traitement des rétro-déviations mobiles de l'utérus*.

M. Ozenne estime qu'il n'y a pas lieu de traiter les rétro-déviations qui restent silencieuses. Celles qui sont la conséquence de lésions utérines ou qui ont fini par en entraîner réclament un traitement approprié. Il en est de même de toutes les rétrodéviations amenant des accidents. Si les désordres paraissent surtout dépendre du déplacement de l'utérus, on devra le réduire et le maintenir réduit. Au-dessous de 40 ans, il convient d'opérer. Au-dessus de cet âge, particulièrement chez les obèses, on devra tenter l'emploi des pessaires, et ne recourir aux opérations qu'après un échec.

P. L.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Les névrites périphériques transitoires de la puerpéralité.

A côté des paraplégies ou des paralysies sensorielles, troubles névritiques étendus et *durables*, on peut observer au cours de la grossesse pathologique, mais surtout au cours de la puerpéralité, d'autres troubles moins graves, et *transitoires*, dans le domaine du système nerveux périphérique. Certes, ces névrites transitoires ne sont pas inquiétantes ; mais, loin d'être rares en clinique, il importe au praticien de les rechercher et de les connaître bien pour ne pas les confondre avec les phlébites, et par suite ne pas commettre des erreurs de traitement, très préjudiciables aux malades puisque dans un cas, c'est la mobilisation, et dans l'autre l'immobilisation.

Ces névrites périphériques transitoires se rencontrent chez 1.7, 3.7 et même 4.7 pour 100 des accouchées. L'affection débute ordinairement dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, parfois dans les 5 jours, très rarement trois semaines après (1). Elle est souvent bilatérale.

Les symptômes sont les suivants :

1° La *douleur à la pression* est presque constante : parfois elle constitue le seul symptôme. La nature de la maladie, dans ce cas, ne peut être décelée que si on la recherche systématiquement. La douleur provoquée constitue le symptôme le plus précoce ; on la trouve avant que les douleurs spontanées aient éveillé l'attention des malades.

Les points douloureux se localisent de préférence : à l'émergence du fémoro-cutané (entre les deux épines iliaques antérieures) ; à l'émergence du nerf crural, au-dessous de l'arcade inguinale et à la partie externe de l'artère fémorale ; sur le nerf saphène interne, branche du crural, à sa sortie du canal de Hunter et au niveau du condyle fémoral interne ; enfin, sur le nerf obturateur, à son émergence du trou souspubien.

eur peut être particulièrement vive, jusqu'à arracher des cris, même à une pression légère. C'est un symptôme de grande valeur et c'est d'ordinaire le plus persistant.

2° La *parésie*, qui frappe certains muscles : *a*) le psoas iliaque (la malade n'élève qu'avec effort et douleur son membre inférieur en extension au-dessus du plan du lit) ; *b*) le droit antérieur (l'extension de la jambe sur la cuisse devient difficile ou même impossible) ; *c*) les adductions de la cuisse (la mobilité de ces muscles peut être affaiblie au point de ne pouvoir vaincre l'obstacle opposé à l'adduction par la pression d'un doigt). La parésie persiste de deux à neuf jours et disparaît en général sans laisser de traces.

3° Les *douleurs spontanées* sont vives au dé-

(1) BONNAIRE et ROSENZWITT. (*La Presse médicale*, 1909, n° 75).

but ; elles atteignent d'emblée leur acmé et diminuent peu à peu pour disparaître le dixième ou onzième jour. Leur intensité est variable ; elles sont parfois assez violentes pour empêcher tout repos. Elles peuvent être intermittentes et revêtir le caractère de douleurs fulgurantes, lancinantes, térébrantes ou sourdes ; les mouvements les exagèrent.

Elles suivent les trajets des nerfs atteints (différence avec les tranchées utérines à irradiations douloureuses, la contusion pelvi-péritonéale produite par l'accouchement, etc.) ; elles commencent sur les trajets principaux ; elles s'irradient particulièrement à la partie antérieure et latérale interne de la cuisse.

4° L'*hyperesthésie cutanée*, variable comme intensité, siège sur les territoires des mêmes branches nerveuses. Souvent à côté des zones d'hyperesthésie on trouve des plaques d'anesthésie.

Le réflexe patellaire est exagéré ; la réaction électrique n'est pas modifiée. Comme troubles trophiques, on peut observer un léger degré d'œdème et de cyanose du membre inférieur.

***

Cette névrite peut certainement être due au traumatisme obstétrical ; mais quoique l'état fébrile fasse généralement défaut, l'affection présente tous les caractères des névrites toxiques.

Elle affecte de préférence le plexus lombaire ; et le diagnostic de cette lombo-névrite puerpérale transitoire est en général facile, pour peu que l'on songe à rechercher la localisation et la nature de la douleur.

On ne la confondra pas avec les douleurs génitales ou péri-génitales qui suivent l'accouchement, ni avec une névrite des nerfs abdomino-génitaux (ne pas oublier qu'un point douloureux qui ne fait jamais défaut dans la névrite lombaire est celui qui siège sur le nerf fémoro-cutané entre les deux épines iliaques antérieures).

Mais il est plus commun de confondre cette névrite au moment de son apparition avec un début de phlébite puerpérale, surtout s'il existe un léger état fébrile. Naturellement, la confusion ne sera pas possible avec la phlegmatia alba dolens classique s'accompagnant d'un gonflement excessif des téguments (œdème blanc, dur, lardacé), avec surdistension des veines superficielles ; mais elle le sera avec les formes légères de la *phlébite puerpérale*. Ici comme là, même douleur au pli de l'aine et au canal de Hunter, puisque la saphène et le crural ont un trajet commun, même parésie générale douloureuse du membre ; enfin, par troubles trophiques, la névrite peut aussi déterminer un certain degré d'œdème diffus du membre inférieur, mais c'est un œdème flasque et léger.

Cependant dans la névrite, on ne constate jamais l'existence de la douleur dans le domaine du sciatique ; pas de point poplité, pas plus que de sensibilité profonde et douloureuse du mollet. D'autre part, le cordon induré sur le trajet de la veine, l'hydarthrose du genou, ainsi que l'infiltration lardacée font défaut dans la névrite. Enfin l'impotence liée à la phlébite frappe au même titre les divers groupes musculaires, alors que, dans la névrite, *seuls*, le psoas, le droit antérieur et les adducteurs sont frappés de parésie.

Il est donc possible de distinguer la névrite puerpérale lombaire de la phlébite puerpérale dans sa forme fruste ; mais il est important que toujours le clinicien pense à faire ce diagnostic, car :

1° Prendre une phlébite pour une névrite serait grave et ferait instituer, sans la moindre temporisation, la *mobilisation* du membre et le massage ; d'où possibilité de la libération et de l'envoi au cœur d'un caillot fragmenté :

2° Prendre une névrite pour une phlébite, erreur plus commune, conduit à *immobiliser* strictement et pour longtemps le membre malade. Or, l'atrophie musculaire, les troubles trophiques et l'impotence persistante du membre, généralement proportionnée dans sa durée et son degré à la prolongation de l'immobilisation en gouttière, seraient la conséquence de ce traitement intempestif. « L'erreur thérapeutique pourrait ainsi transformer en une infirmité durable une affection qui, traitée correctement dès son apparition, ne devrait guère être considérée que comme un accident insignifiant des suites de couches. » (Bonnaire et Rosenzwitt.)

Dr Fiser.

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

Encore le traitement de la conjonctivite purulente.

Dans le n° 24 du *Concours médical* de 1910, à la suite de longues expériences comparatives (A. Darier : *Les nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire*, un vol. in 8°, Maloine 1907), j'ai cherché à établir bien nettement les mérites respectifs du *nitrate d'argent*, du *protargol*, de l'*argyrol*, etc.

Pour le praticien qui tient à trouver dans le *Concours médical* des indications claires et nettes lui permettant d'appliquer à bon escient des médications à la fois actives et exemptes de dangers, il est incompréhensible qu'on vienne encore lui recommander le nitrate d'argent.

Le *nitrate d'argent*, arme des plus puissantes et des plus précieuses, ne doit plus être appliqué que par l'oculiste lui-même. Le praticien tirera un bien plus grand bénéfice de l'*argyrol*, qui est bien l'agent le plus étonnant que la chimie nous ait fourni dans ces dernières années. Non seulement il est d'une innocuité absolue, même en solutions concentrées, mais son application ne provoque pas la moindre douleur, la moindre cuisson ; souvent même le

client dira de lui-même que l'instillation d'une ou deux gouttes de solution d'argyrol lui procure un soulagement immédiat.

Les effets de l'argyrol se font rapidement sentir : la sécrétion diminue en même temps que les réflexes douloureux (photophobie, cuisson, etc.)

La posologie est des plus simples puisque, même aux doses les plus fortes, l'argyrol n'est pas caustique (tandis que le nitrate d'argent a causé de nombreuses catastrophes, quand la solution prescrite a été trop forte ou que le pharmacien a eu la main trop lourde).

Mais il n'est pas besoin de prescrire de fortes solutions. Il suffit de formuler :

Argyrol...............	0 gr. 50
Eau distillée...........	10 gr.

laisser fondre spontanément et à froid dans un flacon brun.

C'est une solution à 5 % qui donne les meilleurs résultats dans toutes les conjonctivites simples. Or, le praticien et l'accoucheur, pouvant appliquer dès le début ces instillations indolores et sans danger, auront vite fait de juguler une ophtalmie purulente.

Plus la sécrétion est abondante, plus les instillations devront être généreuses et fréquentes ; toutes les heures et même toutes les 1/2 heures quand il s'agit de cas graves. Ces instillations fréquentes, nécessitant une attention constante de l'entourage du malade, sont une garantie de plus, et la couleur brune de la solution salissant le pourtour de l'œil obligera à des lavages fréquents qui contribueront pour une large part à la désinfection et à la guérison.

Quand il s'agit de conjonctivites simples, une guérison est rapidement obtenue par des instillations répétées 3 ou 4 fois par jour seulement.

Et ce dont le praticien doit bien se pénétrer, c'est que si, après avoir traité pendant quelques jours une conjonctivite purulente par l'argyrol, il ne voit pas l'amélioration se produire, il doit appeler à son aide un oculiste qui appliquera alors le protargol ou le nitrate d'argent ; mais cette occasion se présentera très rarement s'il a su dès le début appliquer l'argyrol *larga manu*.

Même opinion sur le même sujet.

14 décembre 1910.

Monsieur et très honoré confrère,

Ah ! il a grandement raison, le Dr Jacqueau, de Lyon, quand il conseille aux praticiens de délaisser le nitrate d'argent au profit du protargol. Il y a bel âge que votre serviteur a abandonné — après de multiples ennuis — les instillations et les badigeonnages de nitrate d'argent, pour se servir exclusivement, dans les ophtalmies purulentes de l'enfance, de cet excellent protargol. Tous mes petits malades, traités par ce dernier sel, ont guéri sans jamais présenter d'accidents du côté de la cornée.

Comme le dit fort bien le Dr Jacqueau, le procédé au protargol a l'avantage très appréciable de pouvoir être appliqué directement par l'entourage, lorsque le médecin — *surtout à la campagne* — éloigné du domicile du patient, *parfois de pas mal de kilomètres*, ne pourra faire des visites fréquentes et régulières.

Je me sers, comme le confrère lyonnais, successivement de solutions à 1/5 et à 1/10.

Mais les instillations sont faites régulièrement toutes les six heures pendant les trois ou quatre premiers jours ; puis toutes les 8 ou 10 heures, au fur et à mesure que les symptômes vont en s'atténuant.

Avant chaque instillation, l'on pratique des lavages tièdes au permanganate à 0 gr. 25 0/00, tout en se livrant à un léger massage — brassage, dit le Dr Jacqueau — des paupières.

Conclusions : Praticiens — de campagne surtout — mes chers confrères, faites comme je fais et vous serez sûrs de n'avoir de mécomptes que rarement, sinon jamais.

Salve.

Dr WEISS.

THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle médication antituberculeuse.

Jusqu'à présent, tout essai de traitement spécifique contre la tuberculose n'a donné que des insuccès et nombreux sont les médecins qui, de guerre lasse, limitent leur médication anti-tuberculeuse à des règles strictes d'hygiène.

Mais est-il logique de n'attendre de bons effets curateurs que d'un traitement spécifique dans une maladie aussi complexe que la tuberculose, où interviennent pour une part si variable les éléments les plus divers — terrain, germe, avec ou sans associations, localisation morbide ?

De l'*expérimentation* et des *observations cliniques*, ont pu être tirées des déductions permettant d'établir une médication curative le plus souvent, toujours utile, mais nuisible en aucun cas.

L'association médicamenteuse appelée AZOTYL, composée de façon rationnelle en vue de lutter étape par étape contre l'envahissement de l'organisme par la tuberculose, répond à ces données expérimentales et cliniques.

Ce produit comprend des lipoïdes spléniques et biliaires, de la cholestérine, du goménol et du camphre.

I. *Lipoïdes spléniques et biliaires. — Cholestérine.* — Les notions bien précises de l'immunité ont permis de démontrer que chaque organe possède dans ses cellules une quantité de lipoïdes d'autant plus grande que ces organes sont plus directement menacés par les infections. Les travaux de Renaut, confirmés par les observations de Pfeiffer, ont montré que la RATE, riche en lipoïdes, oppose une première barrière à l'action des germes microbiens.

Mais la RATE peut être insuffisante ; l'infection suivant alors sa marche ordinaire atteint le FOIE dont l'action anti-infectieuse et antitoxique est due à la *cholestérine* (Phisalix, Gérard et Lemoimoine).

Les LIPOÏDES qui entrent dans la composition de l'AZOTYL doivent jouer le même rôle que les lipoïdes spléniques et biliaires. Il a été en effet prouvé qu'ils en possèdent les propriétés.

Ils sont :

1° ANTITOXIQUES (Phisalix, Vincent, Gérard, Wassermann et Takaki, Kemperer et Schepilewsky) ;

2° BACTÉRIOLYTIQUES (Landsteiner et Ehrlich, Raubitchek et Russ). Dans ce cas, il semble que les lipoïdes interviennent surtout comme agents phagogènes. Cette action dépend de la composition des lipoïdes qui constituent en effet de véritables substances colloïdales dont l'action phagogène est nettement marquée.

Or les travaux récents sur les substances colloïdales ont montré qu'agglutinine, précipitine, antitoxine, bactériolysine, ne sont que des systèmes colloïdaux dont la production sur le sérum sanguin est renforcée par la présence des lipoïdes de l'Azotyl qui forment avec eux des complexes de colloïdes.

3° ANTIHÉMOLYTIQUES. — Les lipoïdes de l'Azotyl interviennent pour empêcher la destruction des globules rouges par les poisons microbiens (Kaussmann, Salkowski, Iscovesco, Pribram, Noguchi, Landsteiner, etc.).

II. *Goménol.* — Le goménol est un bactéricide direct. Fiessinger et Marie ont montré que sous l'influence des injections de goménol, les globules blancs sécrètent des ferments spéciaux qui ont été isolés.

Le FERMENT PROTÉOLYTIQUE agit sur les parois anfractueuses des lésions tuberculeuses et les régularise. Les sécrétions sont modifiées ; elles présentent une fluidité beaucoup plus grande. Quelquefois même il peut y avoir des traces sanguinolentes dues à une congestion locale et passagère qui est d'un indice plutôt favorable.

Le FERMENT LIPOLYTIQUE exerce ensuite son action sur l'enveloppe protectrice du bacille de Koch, substance cireuse qui est solubilisée par le ferment puis digérée, laissant ainsi le bacille plus susceptible aux actions médicamenteuses ou humorales.

III. *Camphre.* — L'action du camphre dans la tuberculose vient d'être à nouveau étudiée par le Dr Hamant, qui a montré son effet favorable sur l'asthénie des tuberculeux, son rôle comme agent anti-spasmodique fluidifiant les sécrétions et comme substance enrayant les associations microbiennes, si fréquentes dans les bacilloses.

En somme, l'*Azotyl* :

1° Exerce une action opothérapique utile, en suppléant à l'hypofonctionnement des organes atteints et en excitant leur action physiologique et plus spécialement l'activité des lipoïdes.

2° Intervient comme agent antihémolytique, antitoxique et bactériolytique.

3° Favorise la diapédèse des leucocytes polynucléaires qui sécrètent d'abord des ferments protéolytiques modificateurs et régularisateurs des parois, puis des ferments lipolytiques qui digèrent l'enveloppe périphérique des bacilles tuberculeux.

4° Stimule l'état général des malades, tonifie le cœur, enraye les associations microbiennes, modifie les sécrétions.

Mode d'emploi — L'AZOTYL s'emploie :

1° *En injections sous-cutanées ou intra-musculaires.* On injecte tous les jours ou tous les deux jours le contenu d'une ampoule. Après vingt injections, on suspend le traitement pendant dix jours pour le continuer aussi longtemps que l'exige la gravité de la maladie ;

2° *En pilules glutinisées,* à la dose de six pilules par jour prises de préférence aux repas.

L'*Azotyl* exerce son action favorable sur les tuberculoses médicales et chirurgicales.

L'*Azotyl* n'est pas toxique. Son emploi s'accompagne rarement de réaction générale ou locale.

Docteur FAURAY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Adopter le libre choix du médecin et le Tarif à la visite, est-ce, pour les Mutualités, le saut dans l'inconnu ?

Non, nous répondent certaines Sociétés de secours mutuels. Nous avons appliqué ce système depuis quelques années. Il nous coûte, à la vérité, plus cher, comme frais médicaux, que le système de l'abonnement ou à forfait. Mais nos dépenses sont surtout diminuées, du fait du moins grand nombre de journées de maladie. Mieux soignés et mieux surveillés par les médecins, nos malades traînent moins et ce que nous perdons en frais de visites médicales, nous le récupérons, et bien au-delà, par la diminution des indemnités journalières.

Et maintenant voici les documents : syndicats médicaux, lisez-les, étudiez-les, envoyez-nous en d'autres et puis, à l'œuvre ! C'est à vous qu'appartient l'exécution.

Dr Paul BOUDIN.

I

Société l'Union des Deux-Charentes, n° 229

A M. le Directeur du *Concours Médical*,

Je vous adresse ce tableau que j'ai fait dresser par le trésorier de notre société. Vous y verrez, au point de vue médical, qu'avec le *libre choix* et le paiement de 3 *fr. la visite* à domicile, 2 fr. *la consultation* au cabinet, notre petite société de 200 membres environ, avec un versement annuel de 24 fr. pour les membres participants, 10 fr. pour les membres honoraires, accordant en outre 2 fr. par jour pendant 30 jours et 1 fr. 50 pendant 60 jours, payant les frais pharmaceutiques intégralement, les frais funéraires jusqu'à 250 fr. et accordant une retraite, après 15 ans de sociétariat, calculée à 2 fr. 50 par année de participation, trouve le moyen d'augmenter tous les ans son capital. Croyez, mon cher confrère, à mes sentiments les meilleurs. Dr GROSSARD,

Président, rue de Monceau, 5.

A M. le Président de l'Union des Deux-Charentes.

Mon cher Président,

Ainsi que vous m'en avez exprimé le désir, je vous envoie sous ce pli un relevé *exact* de la situation financière de la société pendant les six dernières années.

J'ai donné à ce relevé la forme la plus simple de manière qu'il soit facile de saisir d'un coup d'œil l'ensemble et le résultat des opérations.

Il y aura lieu surtout de remarquer qu'en 1908 et en 1909, malgré les charges élevées que la Société a eu à supporter, ses bénéfices annuels n'ont pas été sensiblement modifiés.

Je vous adresse avec mes amitiés une bien cordiale poignée de mains.

GÉRARD,

22, rue du Bac.

Obligations des Sociétaires.

Membres participants, versement annuel... 24 fr.
Membres honoraires, — — ... 10 fr.

Obligations de la Société envers les membres participants.

Paiement des indemnités pour maladies calculées à raison de { 2 fr. par jour pendant 30 jours. / 1 fr. 50 — 60 — }

Paiement des frais médicaux (médecin au choix du sociétaire) { 3 fr. par visite à domicile. / 2 fr. par consultation. }

Paiement des notes de pharmaciens intégralement.

Paiement des frais funéraires jusqu'à 250 fr. (maximum).

Retraite après 15 ans de sociétariat, calculée à 2 fr. 50 par année de participation.

ANNÉES	NOMBRE de membres		RECETTES					DÉPENSES							Excédent des recettes sur les dépenses
	hono-raires	parti-cipants	Cotisations versées par les membres: hono-raires	parti-cipants	d versés	intérêts des fonds déposés	TOTAL des recettes	Honoraires des médecins	Notes des pharmaciens	Frais funé-raires	Indemn. journ. payées aux participants	Frais de gestion	Fête annuelle	Total des dépenses	
La Société possédait le 1er Janvier 1904															23.064.86
1904	93	64	820	1.298	254.35	1.013.78	3.386.13	218	122.15	280	407	303.45	362.90	1.693.50	1.692.53
1905	91	61	660	1.284	353 30	1.096.85	3.399.15	152	170	313.50	403	513.45	190.90	1.742.85	1.656 30
1906	90	72	790	1.312	267.35	1.167.06	3.356.41	192	47.85	272	220	139.25	293	1.074.10	2.462.31
1907	98	74	690	1.446	268	1.275.30	3.679.30	93	65.05	»	342	276.25	360	1.136.30	2.543
1908	93	77	720	1.708	268	1.389.09	4.085.09	535	252.85	»	650	335.45	363.45	2.136.75	1.948 34
1909	96	90	730	1.860	412.50	1.467.81	4.470.31	161	119	370	498	698.80	290 60	2.137.40	2.333.01
			4.410	8.908	1.828.50	7.409.89	22.556.39	1.261	776.90	1.235.50	2.520	2.266.65	1 860.85	9.920.90	35.700.35

Le Trésorier, GÉRARD, 22, rue du Bac.

II

Montaigu, le 23 déc. 1910.

Mon cher confrère,

Je vous adresse la petite note que je vous avais promise sur le tarif que mes confrères de Montaigu et moi, nous avons fait accepter aux Sociétés de secours mutuels de notre clientèle.

Visite..... 2 fr. 50 (double la nuit).
Consultation 2 fr.

Les petites opérations seront tarifées d'après le tarif des accidents du travail.

Comme il existe à 3 kil. de Montaigu des Sociétés de secours mutuels qui réclament nos soins, nous leur avons appliqué le même tarif, mais, comme il y a lieu à un déplacement, nous leur

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

avoir pris connaissance, je demandai des détails, on m'envoya ce dernier avec la lettre, je tiens le premier à votre disposition si vous le voulez. Mais il est peu explicatif.

Quant à la question des services préfectoraux, je sais très bien que le Préfet est omnipotent et que c'est à la faveur que les candidats sont nommés.

Mais, de même que nous avons obtenu le libre choix dans mon département pour l'A. M. G., pourquoi ne demanderions-nous pas que les autres services publics soient attribués pour sa circonscription à chaque médecin qui l'habite ?

Faire disparaître la politique et obtenir l'égalité, la justice pour tous, voilà mon programme, ce doit être, il me semble, celui de tous les médecins de France.

Mais voilà, il y a les situations acquises me direz-vous, il y en avait bien aussi pour l'A. M. G., avant le libre choix.

Allons, si nous voulions ne considérer que l'intérêt général, tout cela serait bien vite réformé, mais il y a la veulerie et le je m'en foutisme de la plupart.

Réponse. — Nous avons transmis au Dr Levassort, directeur de l'Office central de l'exercice illégal, les documents que vous nous avez adressés. Ils nous ont beaucoup intéressé.

Vous avez raison : il faut poursuivre l'égalité entre tous les docteurs en médecine, et c'est pour cela que nous prêchons partout les principes du libre choix du médecin et du tarif à la visite.

Mais, il appartient aux syndicats médicaux de faire triompher cette thèse dans chaque département. Le syndicat médical est autonome, c'est-à-dire qu'il doit compter sur lui seul, pour les voies et moyens pour faire triompher ses revendications. Le syndicat ne doit pas être tenu en tutelle, soit par une Fédération, soit par l'Union. Il doit faire preuve d'énergie et d'activité en agissant lui-même et lui seul. L'Union ou la Fédération ne doivent que lui servir de conseiller et non pas se substituer à lui pour l'action locale.

Aussi, demandez au bureau de votre syndicat de faire mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance le libre choix pour tous les services publics et de faire nommer un rapporteur sur la question. Ce sera le sûr moyen de travailler et d'aboutir.

appliquons le tarif kilométrique des malades non sociétaires, avec toutefois une réduction de 10 %. Bien entendu, cette réduction n'est faite que pour les voyages.

Voilà 2 *ans* que ce tarif est en vigueur, et il est bien accepté. Dr MIGNEN.

III

Comité général des Sociétés de Secours mutuels et de retraite du département du Rhône.

SIÈGE SOCIAL :
16, quai des Brotteaux LYON, *le 3 Janvier* 1911
LYON

Voici, mon cher Boudin, notre traité avec le Syndicat des médecins du Rhône ; jusqu'à ce jour *il a fonctionné sans difficulté sérieuse,* soit de la part des mutualistes, soit pour les médecins. Notre groupement a pensé que le *mutualiste devait avoir le libre choix du médecin* et devait aussi verser *une rémunération convenable* à ce dernier.

Le Président, A. DELORIÈRE.

Comité général des Présidents de Sociétés de Secours Mutuels et de retraite du département du Rhône et Syndicat des Médecins du Rhône.

Service Médical des Sociétés de Secours Mutuels

Entre

Le Syndicat des médecins du Rhône, représenté par son président, M. le docteur FABRE, professeur à la Faculté de médecine.

d'une part ;

Et

Le Comité général des Sociétés de secours mutuels et de retraite du Rhône, représenté par son président, M. DELORIÈRE, receveur des finances honoraire.

d'autre part ;

Il a été, préalablement aux conventions ci-après, rappelé et exposé ce qui suit :

En 1902, un traité a été conclu entre le Syndicat des médecins du Rhône et le Comité général. Ce traité déterminait les conditions dans lesquelles le service médical serait consenti aux membres des Sociétés de secours mutuels affiliées au Comité général ; il était conclu pour une durée de cinq ans qui doit expirer le 31 décembre 1907.

Le Syndicat des médecins du Rhône ayant dénoncé ce traité dans les termes prévus au contrat, le Syndicat des médecins du Rhône et le Comité général, par l'intermédiaire des membres de leurs commissions spéciales, se sont rapprochés et, après discussions et concessions réciproques, ont arrêté ainsi les clauses et conditions auxquelles le service médical serait exclusivement assuré par l'intermédiaire du Syndicat des médecins du Rhône aux Sociétés adhérentes au Comité général ayant accepté le présent contrat. Toutefois, le Comité général pourra utiliser les cartes du Dispensaire général comme il le faisait avant ce traité.

Le Comité général s'interdit d'organiser ou de patronner un service médical quelconque pour les Sociétés n'ayant pas accepté le présent contrat. De son côté, le Syndicat des médecins du Rhône s'interdit directement de traiter pour l'avenir avec les Sociétés affiliées au Comité général.

ARTICLE PREMIER

Le Syndicat des médecins du Rhône s'engage à fournir une liste de ses adhérents qui consentiront à donner leurs soins aux membres des Sociétés de secours mutuels adhérentes au Comité général aux conditions suivantes du tarif ouvrier minimum à la visite :

Visite à domicile	2 50
Consultation au cabinet	2 »
Visite d'admission	2 »
Visite d'admission avec analyse d'urines	5 »

Pour les visites de nuit, ainsi que pour les pansements et petites opérations, les sociétaires devront remettre eux-mêmes au médecin, en plus du ticket de la Société, une somme en espèces de trois francs. Ce supplément est dû également pour l'opération de diagnostic nécessitant une technique et des instruments spéciaux (médecins spécialistes).

Le supplément en espèces n'est pas dû pour les petites interventions suivantes :

1° Petit pansement ;
2° Applications de ventouses sèches ;
3° Injections sous-cutanées d'urgence (morphine, gotine, caféine, éther) ;
4° Anesthésie locale ;
5° Toucher vaginal ;

ART. 2

Si une consultation entre médecins est demandée par le sociétaire, la Société garantit un honoraire de dix francs par médecin, pris dans la liste du Syndicat, après autorisation écrite donnée par le président au médecin traitant. Les médecins dans ce cas n'ont pas droit au ticket.

Le médecin traitant plusieurs malades dans la même famille, aura droit à un ticket à domicile pour une personne et à un ticket au cabinet pour chacun des autres malades qu'il soignera en même temps.

Le médecin devra exiger son ticket à chaque visite. Dans le cas où le sociétaire serait dépourvu de tickets, le médecin ne devra revoir le malade qu'après avoir reçu celui qui lui est dû, sauf les cas d'extrême urgence, et même alors il devra aviser de suite le président de la Société.

ART. 3

Pour les Sociétés de secours mutuels hors de Lyon et de la banlieue lyonnaise, le prix de la visite à domicile reste fixé à 2 fr. 50, outre et non comprise une indemnité de déplacement de 1 fr. au minimum par kilomètre parcouru à l'aller. Les conditions dans lesquelles sera décompté le calcul kilométrique seront réglées directement, d'accord entre les Sociétés, les médecins intéressés et le Syndicat des médecins du Rhône, au moment de l'engagement de chaque Société.

ART. 4.

Les conflits qui pourraient surgir entre médecin et sociétaire, ou entre médecin et Société, seront portés devant une commission mixte, composée en parties égales de présidents de Sociétés de secours mutuels désignés par le Comité général, et de médecins désignés par le Syndicat des médecins du Rhône. Cette commission sera présidée à tour de rôle par un médecin ou un mutualiste.

ART. 5.

La liste des médecins chargés d'assurer le service des Sociétés de secours mutuels sera fournie gratuitement, le 1er janvier de chaque année, par le

Syndicat au Comité général, qui devra la faire parvenir à ses Sociétés adhérentes. Chacune de celles-ci distribuera cette liste à ses membres participants après y avoir apposé le sceau de la Société.

Chaque sociétaire aura la liberté complète d'aller consulter à son cabinet tout médecin porté sur la liste ; pour les visites à domicile, le sociétaire devra s'adresser à un médecin ayant accepté de faire le service de sa section, ou à tout autre médecin, mais après entente avec ce dernier.

Chaque Société s'interdit de s'immiscer par un mode quelconque dans le libre choix du médecin par le sociétaire.

ART. 6.

La durée du présent contrat est fixée à cinq ans, qui commenceront le 1er janvier 1908 pour finir le 31 décembre 1912. Si le 30 juin 1912, le présent traité n'est pas dénoncé, il sera d'office prorogé aux mêmes clauses et conditions pour une nouvelle période de cinq ans, et ainsi de cinq en cinq ans, à moins de préavis six mois avant l'expiration d'une période de cinq ans.

ART. 7.

Le Syndicat des médecins du Rhône s'interdit de consentir à tout autre groupement ou union de Sociétés de Secours mutuels, ainsi qu'à toute Société non affiliée à des groupements ou unions de Sociétés de secours mutuels, des conditions ou tarifs inférieurs à ceux prévus au présent contrat.

ART. 8.

Le Comité général s'engage à remettre au Syndicat un bulletin d'adhésion de chaque Société au fur et à mesure de l'acceptation, par cette dernière, du présent traité.

Fait en double exemplaire, à Lyon, le 4 novembre 1907.

Lu et approuvé : Lu et approuvé :

Pour le Syndicat des médecins du Rhône,

Docteur FABRE.

Pour le Comité général,

A. DELORIÈRE.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Les malades aisés dans les Hôpitaux.

A Monsieur le Directeur du *Concours médical*

Je vous envoie l'exposé, le compte rendu d'un incident banal en soi, mais qui, par la suite donnée volontairement, montrera une fois de plus aux confrères praticiens de Paris, spécialisés ou non, qu'ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes, sur leur entente, sur leur cohésion et leur discipline pour guérir le chancre rongeur de leur clientèle, c'est-à-dire l'abus des consultations et de l'hospitalisation dans les hôpitaux.

A eux et à vous de continuer le bon combat que vous soutenez depuis si longtemps pour enrayer les abus de tout genre, et au premier rang, ceux des hôpitaux.

Veuillez agréer, mon cher directeur et confrère, la nouvelle assurance de mes sentiments dévoués.

Dr DE FORNEL DE BURIGNAC.

Ces jours-ci, j'entre chez un pharmacien, demander un produit pour moi-même, et le trouve aux prises avec une dame très confortablement vêtue, ainsi que son fils, grand garçon d'environ 15 ans. Cette dame voulait absolument savoir quels étaient les jours et heures où elle rencontrerait, aux Enfants-Malades, le professeur H.... Elle voulait avoir son avis pour savoir si elle devait ou non faire opérer son fils de végétations adénoïdes, en tout cas départager les médecins qu'elle avait vus, les uns au Mont-Dore, l'été, les autres à Nice, l'hiver, et recommandant tantôt l'ablation, tantôt le *statu quo*.

Après avoir paru chercher longtemps dans l'annuaire, le pharmacien répondit « ne pouvoir donner que l'adresse de l'appartement du professeur, l'annuaire étant muet sur ses jours de consultations à l'hôpital ; que d'ailleurs pour 20 frs, elle aurait son avis, en allant chez lui ». Mais elle : « Pensez-vous que je vais lui payer cela, lorsqu'à l'hôpital il ne me prendra rien ? Bien plus, s'il y a une opération, cela ne me coûtera rien. Si je voulais payer, je n'aurais qu'à conduire mon fils chez le docteur C..., cela me coûterait cinq francs. Mais je ne veux rien payer » etc., etc. Pendant 20 minutes au moins, cela a duré, le pharmacien se contenant pour ne rien laisser paraître pouvant mécontenter sa cliente, moi-même ne perdant pas un mot, et indigné en dedans. Cette indignation éclata, pour chacun de nous, dès que la dite dame fut sortie. Rentré chez moi, je ne résistai pas à l'impulsion et j'écrivis ce qui précède au docteur H...

Voici sa réponse : « Monsieur et honoré confrère, il n'est pas toujours facile de distinguer le *faux riche* du vrai pauvre. Quand il se présente à ma consultation de l'hôpital une dame empanachée, qui veut escroquer une consultation gratuite, je m'arrange pour lui faire comprendre que l'hôpital est fait pour les pauvres ; si elle fait la sourde oreille, je le lui dis ; mais il est bien certain que parfois, nous sommes trompés. Nous ne pouvons et nous ne devons pas nous ériger en inquisiteurs.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

23 novembre 1910,

(Signé) H....

Voici ma riposte :

Paris, 24 novembre 1910.

Monsieur et honoré confrère,

Je ne suis pas absolument de votre avis sur les difficultés de différencier, de distinguer le faux pauvre du vrai pauvre (car je suppose que c'est faux pauvre que vous avez voulu écrire, et non faux riche, expression sur laquelle je reviendrai plus loin), au moins quand ils se présentent à l'hôpital, pour la consultation.

Il y a, chez le faux pauvre, une allure, une façon de parler, un sans-gêne, alliés parfois à une doucereuse hypocrisie, etc., qui n'existent pas chez le vrai pauvre. Si l'on passe aux détails de

l'habillement, le vrai pauvre, tout en étant souvent plus propre que le faux pauvre, lequel a de la tendance à outrer la note, se reconnaît encore à l'usure plus grande des vêtements, à leur matière première, moins bonne, et aussi, aux réparations, mieux faites.

Quant au *faux riche*, c'est-à-dire à celui qui, dans les autres circonstances de la vie, a la véritable manie de passer pour riche, ce n'est point au moment de venir escroquer une consultation à l'hôpital qu'il s'affublera de son masque de riche. C'est là un degré au-dessus des gens aisés, peut-être, en tout cas, de ceux qui, vivant convenablement de leur travail, ne sont point indigents, il s'en faut, et ont souvent plus d'économies dans leur caisse que leur médecin à qui ils font tort en allant aux hôpitaux.

Donc, cette catégorie est à négliger en ce qui concerne l'abus dans les hôpitaux ; mais, dans tous les cas, il ne peut être mis encore au-dessous des précédents et est,comme eux, suffisamment aisé pour payer son médecin de quartier qui, lui, doit être suffisamment capable pour lui indiquer si son fils a ou non des végétations à enlever. Or, cette capacité, il l'a sûrement, puisque votre élève, car vous êtes un de ses anciens professeurs et vous l'avez nommé docteur.

Je vous prie de bien remarquer que, de par mon âge (puisque, hélas ! votre aîné de pas mal), je parle forcément comme un retraité, et très impartialement, dans l'intérêt général et, surtout, de ceux, légion dans mon voisinage, qui ont été vos élèves et que je regrette n'avoir pas été à ma place pour entendre les prétentions, dénuées de vergogne, de la dame en question, surtout en présence des signes *patents* de sa situation matérielle, même quand on ne l'aurait pas entendue énumérer ses villégiatures au Mont-Dore dans l'été, à Nice dans l'hiver, même quand on n'aurait pas vu, après son départ, éclater l'indignation de son fournisseur, le pharmacien, ni entendu confirmer, par lui,sa situation de fortune.

Dans tous les cas, mettant de côté ces considérations et résumant la question générale soulevée, il reste ou paraît rester bien établi, par votre petit mot :

1° Que, dans le service de consultations des hôpitaux (ne devant, pourtant, être données qu'aux seuls indigents), les chefs de service acceptent n'importe qui, à la condition de n'être pas trop richement vêtu, et, si ce sont des dames, de n'être pas trop empanachées et de n'avoir pas oublié de régents à leurs oreilles ;

2° Qu'il n'est plus question de prouver son indigence par la production d'une carte de l'A. P. ou même d'une quittance de loyer, pourtant si facile à emprunter ;

3° Qu'au train dont marchent tous ces abus,le temps vient, rapidement, où tout le monde sera traité dans les hôpitaux, moins les indigents,pour qui, cependant, ceux-là ont été fondés et aménagés ;

4° Que les médecins de quartiers doivent, plus que jamais,regarder en face le péril que fait courir à leur profession le mode suivi par leurs anciens maîtres, mode essentiellement favorable aux abus, puisque c'est le laisser-faire, l'abstention.

Voilà des conclusions peu faites pour rassurer les praticiens passés (je me mets dans cette catégorie), présents et futurs, sur la valeur de leur profession. Je considère comme un devoir obligatoire pour les médecins de mon âge de détourner de notre profession tous les jeunes gens qui nous demandent conseil, et d'apprendre le plus rapidement possible aux jeunes confrères combien peu leurs intérêts seront sauvegardés par ceux-là mêmes qui ont été leurs maîtres.

Je ne puis laisser passer inaperçu combien est dure votre accusation d'inquisition tombant sur tous vos confrères ne pensant pas comme vous et croyant agir honnêtement dans une foule de circonstances. Désormais, seront inquisiteurs, et dans un sens que vous réprouvez, vos confrères et collègues, même de l'Académie ou des hôpitaux, qui osent (il y en a, paraît-il) ou oseront arrêter l'escroquerie dans leurs services des hôpitaux.

Inquisiteurs, seront les humbles médecins de quartier qui auront l'audace d'interroger leurs clients, et de vous les envoyer quand ils auront ainsi acquis, par leur inquisition, la certitude que ces clients peuvent payer une consultation 20 francs et une opération d'un prix abordable pour eux, au lieu d'aller escroquer tout cela sur le budget des indigents.

Inquisiteurs encore et toujours, ceux qui...... mais il y aurait trop à dire dans une cause que les *prolétaires praticiens* trouvent intéressante parce qu'elle les touche de près, tandis que les princes de la profession la trouvent très négligeable, ne se croyant pas du tout touchés par elle. C'est peut-être un tort que l'avenir leur prouvera.

Veuillez, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, avoir pour agréable l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr DE FORNEL DE BURIGNAC,
241, Faubourg St-Martin.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Confrères,

Faites vous-mêmes les déclarations d'accidents de vos clients si vous voulez que vos certificats vous soient payés.

Nous avons reçu du Dr V. la lettre suivante :

Je vous serais très reconnaissant de me conseiller sur ce point :

J'ai fait un certificat de blessure à un ouvrier ; le patron,au lieu d'envoyer le certificat à la compagnie d'assurance, a envoyé le blessé chez le médecin de l'assurance qui lui a donné un autre certificat, que le patron a envoyé à son assurance.

Aujourd'hui, l'assurance me refuse mes honoraires pour le certificat. (J'ai eu la précaution cependant de prévenir le patron par lettre recommandée que je donnais mes soins à son ouvrier.)

Aujourd'hui, le même fait se reproduit chez le même patron. Et de ceci j'ai la preuve *la plus absolue.*Ne convient-il pas de déposer une plainte contre le patron pour détournement de blessés en vertu de l'article 30 ?

Réponse.

En exécution de l'article 9 du tarif, il n'y a de dû, par le patron, que les certificats employés pour faire la déclaration et les certificats indiquant la fin du traitement.

Or le patron peut fort bien ne pas vouloir user du certificat du médecin du blessé pour faire sa déclaration.

Pour se procurer le certificat qu'il doit fournir le 4e jour, il peut, après envoi d'une lettre recommandée au médecin du blessé et après avoir obtenu l'autorisation du Juge de Paix, envoyer son médecin qui se *renseignera* auprès du blessé. D'après les renseignements recueillis(et non après examen du blessé), le médecin peut dresser un vague certificat qu'il a le droit de remettre au patron. Le patron peut se servir de ce certificat pour appuyer sa déclaration. Il peut donc vous dire: « J'ai fait ma déclaration en me servant d'un certificat qui n'est pas le vôtre et je ne vous dois rien pour votre certificat que je n'ai pas employé pour la déclaration. »

Mais d'autre part, l'article 11 de la loi (et non pas du tarif) dit que le blessé a le droit de faire sa déclaration, mais, comme le patron, il doit à l'appui de cette déclaration produire un certificat.

Or, ce certificat, s'il est employé par le blessé pour la déclaration, est un certificat prescrit par la loi, il fait partie des frais médicaux.

Dans ce cas, le patron doit donc le payer, si le blessé a fait de son côté une deuxième déclaration,bien que le patron en ait fait une par le procédé ci-dessus.

Donc si vous voulez vous faire payer votre certificat, il faut le faire porter à la mairie par le blessé, ou par ses parents ou ses amis, ou le porter vous-même. La personne, qui le portera à la mairie fera la déclaration d'accident au nom de l'ouvrier, même si elle a été déjà faite par le patron. Elle laissera, comme le veut la loi,le certificat produit par le blessé, même si le patron a déjà remis celui de son médecin, car le certificat du médecin du patron peut atténuer le traumatisme : il est donc juste que l'ouvrier puisse de son côté laisser le certificat du médecin choisi par lui-C'est ce qu'a voulu la loi (article 11, alinéa 4).

Dans ce cas, votre certificat devra être payé ; au besoin c'est un procès que le « Sou médical » soutiendrait, sans doute, après examen du cas particulier.

Du reste, en faisant faire la déclaration par le blessé, vous rendrez service à la fois au patron et au blessé, ainsi que le prouve l'extrait du rapport suivant :

Rapport de l'inspecteur divisionnaire du travail de la circonscription de Mantes, au sujet des contraventions pour absence de déclaration. (*Bulletin officiel du Travail,* février 1906, page 143).

« Les contrevenants (industriels) ont été « le plus souvent induits en erreur par des « agents des compagnies d'assurances qui disent « à leurs assurés vouloir se charger de toutes les « formalités, y compris la déclaration à la mai« rie, qu'ils négligent ensuite de faire, lorsqu'ils « croient y avoir intérêt ; ce n'est que dans les cas « graves ou lorsque la victime fait ultérieure« ment une réclamation que le service a connais« sance de ces accidents non déclarés par l'entre« prise ».

Depuis ce temps, qu'a-t-on fait pour réprimer cette escroquerie de certains assureurs ? Rien du tout.

Ainsi le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, qui est le « gendarme » chargé d'assurer l'application de la loi-accidents, permet à des compagnies de ne pas faire les déclarations d'accidents et

1° de tromper les patrons, de les faire condamner à des amendes ;

2° de tromper les blessés en laissant courir les délais de prescription d'un an pour la déclaration d'accidents et de les priver ainsi de leurs rentes ;

3° de toucher des primes d'assurances pour des accidents qu'elles ne déclarent pas.

Dr Divernéresse.

P. S. — Il est impossible de poursuivre pour détournement de clientèle, ni pour infraction à l'article 30, le patron n'ayant fait aucune menace de renvoi ou de refus d'indemnité, ce qui est exigé par le texte jésuitique de la loi. Il faudrait faire insérer dans la loi le texte suivant :

Tout médecin qui visite, pour le compte d'un tiers, un blessé ou un malade, en dehors de la présence du médecin traitant (sauf le cas de refus de celui-ci d'assister à la visite) commet un délit

---

RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le docteur Lafontaine nous envoie la note suivante, remise au Ministre de l'Instruction Publique au nom du Comité de Vigilance, avec prière d'insérer.

Comité de Vigilance du IIIe Congrès des praticiens.

Paris, 30 décembre 1910.

Monsieur le Ministre,

Le Comité de Vigilance, issu du dernier Congrès des Praticiens, représente un courant d'opinion considérable, qui a pris naissance en 1907 parmi les médecins, et, peu à peu,a réuni la presque unanimité des médecins français. Les trois Congrès tenus par ceux-ci : en 1907 à Paris, en 1908 à Lille, et en 1910 à Paris, ont assemblé les Délégués

mandatés de dix mille médecins syndiqués et plus de douze cents adhérents individuels.

Ces congrès qui ont travaillé avec conscience les questions d'enseignement, se sont toujours prononcés pour les mêmes réformes qu'ils ont considérées comme essentielles, et qui toutes avaient pour but d'organiser dans nos Facultés un enseignement technique bien compris de la Médecine.

***

Le Comité de Vigilance réuni à Paris le 21 décembre 1910, a décidé de porter à votre connaissance avant sa publication l'ordre du jour suivant :

« Le Comité de Vigilance estime que la somme de deux millions demandée actuellement aux Chambres ne pourra être employée utilement que lorsque les réformes réclamées par les Congrès de Praticiens, auront été appliquées. Il sollicite des Pouvoirs Publics, *avant l'attribution des crédits demandés*, l'étude et l'application de ces réformes, et prie Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique de nommer la commission réclamée par le Corps Médical, et comprenant par parties égales des Professeurs et des Praticiens, pour réorganiser sérieusement l'enseignement médical. »

***

Cet ordre du jour, Monsieur le Ministre, appelle quelques commentaires que nous allons exposer brièvement.

1° Pour réaliser l'enseignement technique, les médecins estiment que deux conditions sont nécessaires :

L'hôpital doit devenir le centre de l'enseignement, d'une part.

D'autre part, cet enseignement doit, comme le demande la simple logique, être un enseignement actif, l'élève doit être exercé sous la direction des maîtres, sous leur surveillance, aux difficultés de la pratique. Il doit pratiquer lui-même, examiner lui-même, mettre, comme on dit, « la main à la pâte ». Les médecins praticiens estiment que cela est possible et désirable non seulement dans l'intérêt de l'enseignement, mais aussi *dans l'intérêt des malades à l'hôpital*.

L'organisation que préconise nos Congrès peut être caractérisée ainsi :

L'enseignement doit aider l'organisation des soins : là où l'enseignement est bien fait, les malades sont bien soignés ; là où les soins aux malades sont le mieux donnés, l'enseignement est le mieux organisé.

Mais encore, pour que cette organisation existe, il est nécessaire que les élèves soient répartis par petits groupes, de dix au maximum, dans chaque service d'hôpital ou de clinique.

Ainsi, organisation de l'hôpital en centre d'enseignement veut dire pour nous :

Enseignement actif : chaque élève jouant un rôle très utile pour l'organisation des soins ;

Nombreux services ; si possible les services de tous les hôpitaux consacrés à l'enseignement. Nombreux malades, mais peu d'élèves autour des malades. Enseignement mutuel, favorisé par la liberté donnée à l'élève de choisir son maître, comme cela existe aujourd'hui pour les élèves de l'Assistance publique.

***

Or, Monsieur le Ministre, sous notre titre même, *Hôpital centre d'Enseignement*, aujourd'hui une confusion s'est produite, et nous n'avons pas été surpris d'apprendre que le Directeur de l'enseignement supérieur entendait par là :

Quelques services seulement consacrés à l'enseignement, organisation meilleure de ces services. En somme, *peu* de malades pour l'enseignement, et *beaucoup* d'élèves autour de ces malades, c'est-à-dire maintien de l'état actuel et impossibilité absolue de réaliser un enseignement actif et un enseignement mutuel.

L'Administration n'a pas même envisagé cette concordance nécessaire des soins à donner aux malades et de l'enseignement, à laquelle depuis longtemps cependant le Directeur de l'Assistance publique et les Médecins ont apporté leurs efforts.

Ainsi les raisons qui nous ont fait demander en 1909 que le décret nouveau ne soit pas appliqué subsistent entières, masquées seulement par une équivoque que nous tenons à dissiper, et qui nous font vous demander de surseoir à l'application de ce décret.

***

2° Nous sommes de plus un peu inquiets, Monsieur le Ministre ; nous craignons que l'administration reprenne le projet de réformes qu'elle avait conçu avant 1907, et qui consistait à découper en tranches la médecine, comme on découpe la science en Sorbonne.

C'est en exécution de ce plan qu'ont été sans doute créés les certificats de médecine légale, puis d'hygiène à Lyon, puis en 1907, le certificat d'études supérieures, contre lequel ont protesté médecins et praticiens. Pareilles conceptions, Monsieur le Ministre, sont les plus opposées, non seulement au simple bon sens, mais encore aux intérêts du Corps Médical.

La Médecine est, en effet, une science appliquée et qui participe de toutes les sciences. Faire des certificats de médecine comme on fait des certificats de botanique ou de physique pure, serait donc porter une atteinte à la science médicale aussi grave que l'atteinte portée au droit des Médecins praticiens par l'effritement du diplôme qui les protège aujourd'hui.

***

Vous voyez donc, Monsieur le Ministre, qu'il est temps de discuter sur le fond de ces graves questions ; discuter sans parti-pris et au grand jour, pour faire cesser les équivoques et dissiper les malentendus, pour établir enfin une réforme solide dans l'enseignement de la Médecine en France.

C'est pourquoi nous vous prions de nommer la commission que nous vous demandons, composée, par moitié de Praticiens délégués par l'Union des Syndicaux Médicaux de France, et par moitié de Professeurs délégués par les Facultés et par vos Conseils. Vous aurez fait ainsi un acte capital pour l'apaisement dans les Facultés et dans le Corps Médical Français.

Notre ordre du jour ne signifie nullement que nous trouvions mauvais de donner des crédits pour les laboratoires. Nos Congrès se sont attachés au contraire à trouver une organisation favorisant les recherches scientifiques susceptibles de susciter des efforts nouveaux et de faire jaillir de nouvelles énergies. Il exprime seulement cette idée qu'à l'heure actuelle, l'incertitude, le malaise, le désarroi qui règnent dans nos Ecoles, sont tels qu'une bonne utilisation des crédits est chose impossible et que l'heure est venue de changer de méthode.

ASSOCIATION AMICALE

(Maladies-Accidents)

Séance du Conseil d'administration du 29 *décembre* 1910.

Présents : MM. Maurat, Gassot, Mignon et Jeanne.

Le Conseil procède au vote des indemnités suivantes pour le 4e trimestre 1910 :

Indemnités.

5	3 m.	300	»
3	cure thermale	100	»
49	60 j. à 10 fr. et 5 j. chr.	616	65
54	50 j.	500	»
78	3 m.	300	»
80	3 m.	300	»
107	3 m.	300	»
127	18 j.	180	»
137	3 m.	300	»
140	3 m.	150	»
141	3 m. 3	300	»
142	41 j..	410	»
147	3 m.	300	»
154	3 m.	300	»
173	3 m.	300	»
179	3 m.	300	»
182	3 m.	300	»
185	33 j.	330	»
186	3 m.	300	»
201	8 j.	80	»
202	17 j.	170	»
215	3 m.	300	»
219	17 j.	170	»
244	14 j.	140	»
249	8 j.	80	»
263	52 j.	520	»
267	7 j.	70	»
299		500	»
332	3 m.	300	»
341	5 m.	300	»
372	3 m.	300	»
373	3 m.	300	»
398	60 j. à 10 fr. et 1 m. et 1 j. ch.	703	33
412	3 m.	300	»
421	3 m.	300	»
440	10 j.	100	»
456	10 j.	100	»
530	12 j.	120	»
542	15 j. chr.	50	»
549	3 m.	300	»
560	23 j.	250	s
599	33 j.	330	»
625	17 j.	170	»
657	14 j.	140	»
677	60 j. et 30 j. chr.	700	»
711	10 j.	100	»
719	60 j. à 10 fr. et 1 m. et 27 j.	789	90
749	3 m.	300	»
770	4 j. à 10 fr. et 13 j. chr.	83	30
772	1 m. et 15 j. chr.	150	»
783	60 j. à 10 et 14 . chr.	646	62
783	10 j.	100	»
888	33 j.	300	»
904	3 m.	300	»
935	8 j.	80	»
945	24 j.	240	»
999	31 j.	310	»
906	29 j.	290	»
1052	3 m.	300	»
1063	6 j.	60	»
1069	8 j.	60	»
1081	6 j.	60	»
1109	26 j.	260	»
1116	12 j..	120	»
1154	3 m.	300	»
1156	12 j.	120	»
1219	14 j.,	140	»
1275	3 m.	300	»
1290	9 j.	90	»
1308	3 m.	300	»
1329	12 j.	120	»
1345	9 j.	70	»
1369	12 j.	120	»
1383	10 j.	100	»
1455	11 j. à 10 fr. et 3 m. chr.	410	»
1461	20 j.	200	»
1462	20 j.	200	»
1463	9 j.	90	»
1471	43 j.	430	»
1522	11 j.	110	»
1588	20 j.	200	»

Trois demandes sont rejetées pour violation inexcusable de l'article 34, la suspension de travail n'ayant été déclarée que bien après la guérison et le Conseil s'étant trouvé de ce fait dans l'impossibilité d'exercer le droit de contrôle qu'il ne peut jamais abdiquer.

Une autre demande est écartée parce que s'il y a eu incapacité partielle pour certains actes chirurgicaux, le sociétaire n'en a pas moins été à même de faire des visites.

Le Conseil statue ensuite sur l'admission des confrères dont les noms suivent :

ADMISSIONS

Combinaison A.

Bisot, à Forges-les-Bains (Seine-et-Oise).
Arnaud, à Saint-Félicien (Ardèche).
Bermann, au Perreux (Seine).
Masson, à Chambéry (Savoie).
Arbarnon, à Saint-Pierre-Quilbignon (Finistère).
Lassance, à Folembray (Aisne).
Collette, à Ardres (Pas-de-Calais).
Arbez, à Montroud (Loire).
Piot, à Chambéry (Savoie).
Sauvet, à Aspres-sur-Buech (Hautes-Alpes).
Pès-Larrive, à Baziège (Haute-Garonne).
Henriet, à Orchamp-Vermes (Doubs).
Maurin, à Kenchela (Constantine).
Souchon, à Satillieu (Ardèche).

Combinaison A. C.

Plantier, à Annonay (Ardèche).
Gassot, à Chevilly (Loiret).
Huot, à Dijon (Côte-d'Or).
Desanti, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Lesbroussard, à Maignelay (Oise).

Henry, à Monthermé (Ardennes).
Agnely ,à Annot (Basses-Alpes).
Daubret, à Arcueil-Cachan (Seine).

Combinaison C. D.

Moran, à Brest (Finistère).

Combinaison A. D.

Bisot, à Forges-les-Bains (Seine-et-Oise).
Padieu, à Seux (Somme).

La séance est levée à 4 heures.

Le Président :
Dr Jeanne.

Le Président.
Dr Maurat.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Séances des 5 *et* 12 *janvier* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous la réserve ci-après, des nouveaux membres dont les noms suivent, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation.

MM. les Docteurs :

1940 Poirel, à Verdun.
1941 Guinaux, à Loulay (Charente-Inférieure).
1942 Bousrez, à Vireux-Molhain (Ardennes).
1943 Berté, à Raucourt (Ardennes).
1944 Quesnel, à Balleroy (Calvados).
1945 Mottet, à la Bridoire (Savoie).
1946 Houdart fils, à Pontarlier (Jura).
1947 Masure, à Roubaix (Nord).
1948 Gillé, à Briquebec (Manche).
1949 Bertrand, à Ugines (Savoie).
1950 Bertucat, à St-Bonnet-le-Château (Loire).
1951 Le Stunf, à Quimperlé (Finistère).
1952 Murjas, à Poncin (Ain).
1953 Imbert, à Champagne-au-Mont-d'Or (Rhône).
1954 Riche, à Montpellier, 13, rue Baudin.
1955 Coste, à Anneyron (Drôme).
1956 Long, à Courthézon (Aveyron).
1957 Robert, à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or).
1958 Biot, à St-Georges-d'Esperanche (Isère).
1959 Chantier, à Bar-sur-Seine (Aube).
1960 Deslandes, à Rochefort (Charente-Inférieure).
1961 Calmels (Gabriel), à Millau (Aveyron).
1962 Calmels (Pierre), à Millau (Aveyron).
1963 Colleu, à Collinée (Côtes-du-Nord).
1964 Lenoble, à Anet (Eure-et-Loir).
1965 Jossu à St Ambreuil (Saône-et-Loire).
1966 Peyre, à Alais (Gard).
1967 Cayla à Bergerac (Dordogne).
1968 Le Jemtel, à Alençon (Orne).
1969 Cucherousset, à Nouan-le-Fuzelier (Loir-et-Cher).
1970 Seron, à Verberie (Oise).
1971 Poncet, à Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise).
1972 Ducrocq, à Fieffes, par Canaples (Somme).
1973 Beuvignon, à Commercy (Meuse).
1974 Olivier Morange, à Villeneuve-sur-Lot, (Lot-et-Garonne).
1975 Beygasse, à Toulouse.
1976 Deschaseaux, à Luxeuil (Haute-Saône) 15, quai de Richebourg.
1977 Brillouet, à Nantes.
1978 Pradal, à Béziers (Hérault).

Ces admissions, qui auront effet du 1er janvier 1911, deviendront définitives quinze jours après la publication qui en aura été faite dans le *Concours médical*, si elles n'ont été l'objet d'aucune protestation.

— Le Dr H. annonce que le diffamateur contre lequel l'appui pécuniaire du « Sou », lui a été accordé a été condamné à 8 jours de prison avec sursis, 50 fr. d'amende, 300 fr. de dommages-intérêts, et aux dépens.

— Le Dr F., ayant soigné un blessé du travail, auquel il a demandé pour ses visites de nuit un supplément sur le prix alloué par le tarif Dubief, se voit, après la mort du blessé et le paiement intégral de sa note par l'assurance, en butte à un procès en répétition de la somme de 60 francs, que lui réclame, comme ayant été payée indûment, une femme qui vivait avec son client.

L'appui pécuniaire du « Sou » est accordé au Dr F., qui a agi dans la plénitude de son droit, le tarif Dubief n'étant nullement obligatoire pour le médecin dans ses relations avec l'ouvrier qui l'a choisi, ainsi que le constate la circulaire ministérielle du 6 novembre 1905. Le Dr F., n'a d'ailleurs pas de lien de droit avec la personne qui lui présente cette réclamation.

CORRESPONDANCE

Compensations.

A M. le Dr Diverneresse,

Mon bien cher confrère,

In *Bulletin médical* du 7 janvier 1911, je lis pour la seconde fois l'arrêt de la Cour des appels correctionnels de Paris vous condamnant solidairement avec Noir. *Je vous prie d'agréer l'assurance que je vous continue toute ma confiance et toute mon estime* et que je reste encore en admiration devant le travail d'Hercule accompli par vous. La contre-enquête et l'affaire de X (1), n'était qu'un petit épisode, car je sais les luttes homériques passées et celles encore en cours.

Votre bien dévoué confrère.

Dr Dehail.

(1) Je supprime « Professeur » et « Confrère »!

A M. le Rédacteur en chef.

Marseille, le 9 janvier 1911.

Extrait du procès-verbal de l'Assemblée générale du 5 janvier 1911.

Le Syndicat professionnel des médecins de Marseille, réuni en Assemblée générale le 5 janvier 1911, adresse tous ses remerciements au docteur Noir, secrétaire général démissionnaire de l'Union des Syndicats médicaux de France, pour les services qu'il a rendus au corps médical, et l'assure de toute sa sympathie,

Cet ordre du jour a été adopté à l'unanimité.

Le secrétaire général
Dr H. FARNARIER.

Pauvres médecins sanitaires maritimes !

Monsieur le Secrétaire général
du *Concours médical*,

Je lis dans le n° du 25 septembre dernier emporté en voyage, la lettre d'un « abonné fidèle du *Concours médical* » engageant les médecins à entrer dans les compagnies de navigation. Ce médecin n'a sans doute jamais navigué que comme amateur. Je suis, moi aussi, un abonné fidèle du *Concours médical*, depuis de longues années. Je navigue depuis plus de 20 ans et n'ai jamais pu réussir à faire d'autres économies que celles que je verse avec peine, tous les ans, à la Caisse des retraites du corps médical, mais voilà, j'ai eu le désir , que je croyais légitime, de fonder une famille. Comme, d'un côté, nous sommes tenus de rester au port d'attache,pendant le séjour à terre, de faire la visite à bord,tous les matins, et d'aller souvent, l'après-midi, voir en ville, des malades de l'atelier; que d'autre part, mes modestes ressources ne me permettent pas d'habiter la grande ville avec toute ma famille, je vis à peu près séparé d'elle ; j'arriverai à la limite d'âge, sans avoir droit à aucune retraite de l'Etat, à aucune retraite de la compagnie. Ce serait la misère sans la *Caisse des pensions de retraite du Concours* dont je fais partie. Tel est le bilan des médecins sanitaires maritimes et de navigation où votre correspondant voudrait pousser les médecins. Et, malgré la pléthore médicale, j'engage, au contraire, les jeunes médecins à vivre à terre, à la campagne au besoin ; ils gagneront sûrement autant que nous, ils dépenseront peu et ils auront du moins la satisfaction de vivre chez eux, en famille,

Veuillez agréer, Monsieur le secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée.

P. S.— Prière de ne pas publier mon nom ni celui de la compagnie car nous ne sommes point non plus indépendants nous avons deux maîtres: l'Etat et la Compagnie.

VARIÉTÉS

Le bon confrère.

C'est celui qui se plaint des autres et les juge — sans les avoir entendus— et même sans les avoir jamais vus..... Il ne les connaît que par des racontars de clients, cela lui suffit. Du haut de sa superbe, il porte l'arrêt — l'arrêt définitif et sans appel. A quoi bon s'informer, vérifier, contrôler !.....

Le client, qui vient de l'appeler après avoirremercié l'*autre*,n'a pas manqué de dire au bon confrère que l'*autre* avait tenu toutes sortes de mauvais propos sur son compte et débité toutes sortes d'horreur sur sa conduite et sa valeur médicale... N'est-ce pas suffisant ? Si le bon confrère garde le client, c'est la moindre des choses.. ce n'est que justice !..... Pas d'explications !....... Prévenir l'*autre*, chercher à le voir ou à le rencontrer, tirer l'affaire au clair, ce serait bien simple, mais c'est bien inutile... Le client a été tellement affirmatif ; c'est un si brave et honnête garçon (puisqu'il le prend comme médecin) ; sa femme est si charmante, que ce serait lui faire injure que de douter de sa parole.... Classé, étiqueté, l'*autre* ; c'est un mauvais confrère dont on ne dira jamais assez de mal; ne s'est-il pas dernièrement permis de rendre un service signalé à un tel et de trouver étrange qu'il le quitte pour appeler le bon confrère ?

Le bon confrère, en arrivant dans le pays,a bien fait toutes les visites déontologiques professionnelles, mais il a été aussi rendre visite à des notables, à des patrons, à des directeurs de ceci ou de cela, pour leurs annoncer qu'il était là, qu'il prenait tout simplement date et rang, sans demander à supplanter un confrère, bien entendu. Les anciens,après tout, ne sont pas éternels quoiqu'ils gardent tout et ne lâchent rien, en accapareurs. A-t-on idée de confrères pareils ? Ils ne lui prennent aucun client, c'est vrai ; ils se conduisent correctement et déontologiquement envers lui, c'est entendu, mais ils ne lui cèdent rien et sont tout surpris de son mécontentement. Impossible de s'entendre avec eux..... avec eux, il n'y a rien à faire. Non.... voyez-vous,toute réflexion faite, il restera chez lui aujourd'hui et toujours, c'est-à-dire qu'il ne s'occupera plus de ce que font ses confrères ; il les ignorera.... se moquera de la déontologie ; il agira à sa guise.... en toute liberté et en toute indépendance.... C'est encore ce qu'il y a de mieux, car les médecins ne valent pas cher.... Et depuis qu'un confrère,auquel il n'a jamais demandé et ne demandera jamais aucune explication, s'est permis à son endroit des choses que l'on n'oublie jamais et qui séparent pour toujours, c'est décidé..... Dame ! c'est tout simplement odieux... quoique l'on ne sache pas au juste de quoi il retourne. D'ailleurs mettez-vous à la place du bon confrère !

Aussi n'acceptera-il jamais la main de ce mauvais confrère, s'il la lui offre , — mais la lui offrira-t-il ?

On n'a pas idée de confrères aussi détestables et la question est jugée n'est-ce pas ?

Alors c'est fini, bien fini, entre lui, le bon confrère — et le docteur un tel, le mauvais confrère.

. . . .

Nous apprenons à la dernière heure que le bon et le mauvais confrère se sont rencontrés dans une *Amicale* ou un *Syndicat*, — nous ne savons au juste quelle société confraternelle, mais peu importe, — qu'ils ont assisté au banquet annuel, se sont cordialement serré la main, et sont, depuis, les meilleurs amis du monde.

Le procédé pour arriver à s'entendre est des plus agréables et de la plus grande simplicité. *Et nunc.....*

Docteur COURGEY.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DE CANNES (Alpes-Maritimes).

13 octobre 1910.

Accidents du travail. Honoraires médicaux. Choix du médecin par le patron. Application du tarif ouvrier local.

Attendu que par exploit de Me Tixador, huissier à Cannes, en date du six août dernier, enregistré, M. le Dr Oudaille, demeurant au Cannet, a fait citer M. B..., ingénieur, entrepreneur de travaux publics, lui réclamant une somme de 372 fr. 50 pour soins qu'il a donnés à un certain nombre d'ouvriers de l'entreprise B..., victimes d'accidents du travail ;

Attendu que M. B... ne discute pas le nombre des ouvriers de son entreprise qui ont été soignés par M. le Dr Oudaille, mais qu'il discute le montant des honoraires réclamés par ce docteur ; qu'il prétend en l'espèce que c'est le tarif Dubief qui doit être appliqué et que d'après ce tarif il ne serait dû au Dr Oudaille qu'une somme de 226 fr. 70, qu'il offre de payer ;

Attendu qu'il résulte des débats que les ouvriers de l'entreprise B... soignés par le Dr Oudaille ont été adressés à celui-ci par le patron ou son représentant ;

Attendu qu'il est actuellement établi par la jurisprudence que le tarif Dubief fixé par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 n'est applicable en matière d'accidents du travail que lorsque l'ouvrier a lui-même fait choix de son médecin. Que dès lors, dans la cause qui nous occupe, ce tarif n'est point applicable et qu'il reste à vérifier si les sommes réclamées ne sont pas exagérées ;

Attendu que de l'examen auquel nous nous sommes livré en comparant les sommes réclamées avec celles portées dans plusieurs tarifs ouvriers, il résulte que M. le Dr Oudaille a appliqué, pour formuler sa demande, le tarif minimum ; que dans ces conditions la somme réclamée n'est pas exagérée, étant donnés les soins donnés à huit ouvriers, de l'entreprise B..., tous victimes d'accidents du travail ;

Que la demande du Dr Oudaille est ainsi justifiée, qu'il y a donc lieu d'y faire droit ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens.

Par ces motifs :

Condamnons le sieur B... à payer sans délai à M. le Dr Oudaille, la somme de 372 fr. 50, montant d'honoraires dus pour soins donnés à huit ouvriers de l'entreprise B..., victimes d'accidents du travail ;

Disons toutefois que cette somme de 372 fr. 50, comprend celle de 70 fr. 50 que le Dr Oudaille devra verser à son confrère le Dr G... qu'il a appelé en consultation.

Condamnons en outre le sieur B... aux intérêts de droit et aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Protestation des Médecins français en faveur du Dr Kotoku. — Le Dr A. Mignon, de Nice, et le Dr Sicard de Plauzoles, de Paris, ont pris l'initiative d'une protestation collective contre la condamnation à mort, après jugement par un tribunal d'exception, dans un procès à huis clos, d'un de nos confrères japonais, le Dr Denjiro Kotoku. Ce confrère a été accusé d'avoir pris part à un complot contre la famille impériale du Japon. La protestation, rédigée en termes modérés, qui doit être transmise à l'ambassade japonaise, espère que le Japon qui, si rapidement est devenu une puissance moderne, tiendra à conserver sa place au premier rang des puissances civilisées, en respectant les principes fondamentaux de la Justice et du Droit. Les adhésions de la protestation, qui se comptent déjà par centaines, doivent être adressées à M. le Dr A. Mignon, Villa du Bel-Air, avenue des Fleurs à Nice et à M. le Dr Sicard de Plauzoles, 10, rue Viollet-le-Duc à Paris. J. N.

— La **Société médicale des Praticiens**, dans son Assemblée générale de décembre, vient de renouveler son **bureau** pour l'année 1911.

Ont été nommés :

Président : M. le Dr Le Filliâtre.

Vice-présidents : MM. les Drs Georges Rosenthal et Regnault.

Secrétaire général : M. le Dr Paul Barlerin.

Trésorier : M. le Dr Maurice.

Secrétaires des séances : MM. les Drs Risacher et P. Petit.

La Société a entendu ensuite une fort intéressante communication du Dr Beltrami, qui revendique pour les médecins seuls la pratique de l'art dentaire et de la stomatologie.

Enseignement médical libre.— Le docteur Dupuy de Frenelle commencera son cours le mardi 17 janvier 1911, à quatre heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier. Ce cours essentiellement **pratique** aura lieu tous les mardis et jeudis à quatre heures, et aura pour objet : le **Traitement des fractures.**

— MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez reprendront, le jeudi 19 janvier, à 11 heures du matin, leurs leçons de **Clinique psychothérapique** à l'École de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts ; ils les continueront le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Programme.

Psychothérapie. — Hypnotisme thérapeutique. — Dr Bérillon, professeur.

Objet du cours : 1° La peur en neuropathologie : les timides, les phobiques, les scrupuleux, les

obsédés ; 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : Les arriérés, les instables, les aphroniques, les vicieux. Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 12 janvier.

Psychothérapie générale. — Dr Paul Magnin, professeur.

Objet du cours : La prophylaxie des psychonévroses. Les jeudis à cinq heures et demie, à partir du jeudi 12 janvier.

Psychologie pathologique. — Dr Paul Farez, professeur.

Objet du cours : La psychologie-pathologie de la faim. Les samedis à cinq heures, à partir du samedi 14 janvier.

Psychologie musicale. — Dr Demonchy, professeur.

Objet du cours : La mémoire musicale. Les vendredis à cinq heures et demie, à partir du vendredi 13 janvier.

Psychiatrie. — Dr J. Bonnet, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

Objet du cours : Civilisation et folie. Les jeudis à six heures, à partir du jeudi 12 janvier.

Psychologie des animaux. — M. Lépinay, médecin-vétérinaire, professeur.

Objet du cours : Le cheval : instinct et intelligence. Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 10 janvier.

Anatomie et psychologie comparées. — M. Grollet, médecin-vétérinaire, professeur.

Objet du cours : Le cerveau organe de la pensée chez les animaux supérieurs. Les mardis à cinq heures, à partir du mardi 10 janvier.

Psychologie du criminel. — M. Guilhermet, avocat à la cour, professeur.

Objet du cours : Les causes psychologiques de l'erreur judiciaire. — La lutte contre la criminalité. Les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 13 janvier.

Psychologie sociale. — Dr Broda, professeur.

Objet du cours : La synthèse de la religion et de la libre-pensée. Les mercredis à cinq heures et demie, à partir du mercredi 28 janvier.

Psychologie des races. — M. Scié-Ton-Fa, professeur.

Objet du cours : L'éducation laïque et morale en Chine. Les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 11 janvier.

Psychologie et sociologie musulmanes. — M. Ismaël Hamet, professeur.

Objet du cours : l'Islam et la pédagogie musulmane. Les samedis à six heures, à partir du samedi 14 janvier.

Psychologie appliquée. — M. Ch. Julliot, professeur.

Objet du cours : L'éducation de la mémoire à travers les âges, Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 14 janvier.

— **L'œuvre du secours immédiat et de l'assistance par le travail** vient de recevoir un commencement d'organisation à **Rouen** et le premier Comité de Dames patronnesses est ainsi composé :

Mmes Debout, présidente ; Brunon, secrétaire ; Cerné, trésorière ; Cauchois, Douvre, Gargan, Halipré, Houdeville, Lafond, Mlle Marie Roussel, membres.

L'antialcoolisme américain. — Les édiles de Tacoma, Etat de Washington, voulant **l'extermination définitive de l'alcoolisme,** ont décidé de faire dresser contravention aux habitués des bars qui se permettront plus d'une consommation. Tous les policemen seront mobilisés. Il le faut pour faire respecter ce décret dont l'application semble présenter quelques difficultés, ce qui se conçoit du reste.

Nous n'en sommes pas encore là, sous le ciel de notre douce France....

L'insigne de la Croix-Rouge. — Le Dr Perrin, de Nancy, mène une campagne ardente pour que l'**insigne de la Croix-Rouge**, dont se parent avec une magnifique prodigalité tant d'officines, tant de maisons d'infirmiers, tant de fabriques d'objets de pansement, soit **exclusivement réservé** pour désigner le **service de santé** des armées et les **Sociétés auxiliaires** de secours aux blessés.

Nous nous associons très volontiers à ce vœu légitime, et nous espérons que la presse médicale tout entière suivra ses efforts pour que les pouvoirs publics prnenent à ce propos toutes mesures utiles.

Bévue d'un grand écrivain. — Elle est due probablement à un *lapsus calami*, car il décrivait avec une rare perfection, Théophile Gautier, qui a laissé échapper (*Caprices et Zigzags*, 1856, p. 204) ces lignes hérétiques :

« Ses prunelles, d'un azur tendre comme celui de la pervenche sous la neige, se dissimulant à peine *sur la nacre onctueuse du cristallin*, à longs cils, palpitaient comme des ailes de papillon, adoucissant encore son regard mélancolique et velouté. » Cette jeune Anglaise était donc déjà atteinte de cataracte, à moins que Théophile Gautier ait voulu, comme c'est vraisemblable, parler de la *sclérotique* et que sa plume ait involontairement écrit *cristallin*. »

(*Centre médical.*)

La responsabilité professionnelle au Syndicat des médecins de la Seine. — Dans sa séance du 13 janvier 1911, le Conseil d'Administration a voté l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'Administration du *Syndicat des* « *Médecins de la Seine,* représentant 1700 Méde- « cins Syndiqués de Paris et de sa Banlieue, ému « des conséquences graves que pourrait avoir l'éta- « blissement d'une jurisprudence limitant par une « responsabilité civile trop étendue la liberté d'ac- « tion du chirurgien ;

« Considérant que, le plus souvent, le chirurgien, « dans les circonstances les plus critiques, doit « prendre, sans arrière-pensée et sans crainte, des « décisions rapides et parfois audacieuses ;

« Considérant que l'indécision et la timidité du « chirurgien sont toujours funestes aux malades qui « ont recours à ses soins ;

« Attire respectueusement l'attention de la Cour « sur les résultats fâcheux que pourrait avoir l'ex- « tension de la responsabilité en paralysant l'action « médicale et chirurgicale dans le cas où la vie hu- « maine se trouve le plus menacée ;

« Et émet le vœu que cette responsabilité reste « bornée, comme par le passé, à la faute lourde « nettement établie ».

— En Chine, dans la province de Chang-Si, une enfant de huit ans est devenue enceinte d'un amant âgé de neuf ans ; elle aurait mis au monde un enfant du sexe masculin, ayant une longueur de 30 centimètres.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 5 Dimanche 29 JANVIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

AUX MEMBRES DE L'AMICALE-MALADIE

et de la Caisse des Pensions du Corps médical Français.

CONVOCATION EN ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE

Chers confrères,

Après diverses séances d'étude et de travaux préparatoires, vos deux Conseils réunis ont adopté, le 18 janvier, un projet de fusion des deux œuvres : ils ont hâte de le soumettre à une *Assemblée générale extraordinaire* pour laquelle ils vous convoquent le *mercredi 15 février prochain, à deux heures après-midi, au siège social*, 23, *rue de Dunkerque, Paris.*

Le prochain numéro du journal vous portera le texte même des statuts qui doivent vous être proposés et vous aurez une dizaine de jours pour l'étudier.

Nous avons à vous faire connaître aujourd'hui :

1° Les raisons de principe et d'opportunité qui nous ont conduits à cette détermination ; 2° les conséquences heureuses qui résulteront fatalement, pour l'intérêt général des médecins, de l'adoption que nous sollicitons avec instance.

Les diverses œuvres jusqu'ici créées pour la

protection du corps médical, soit dans la voie de la prévoyance, soit dans celle de la défense professionnelle, sont nées d'initiatives diverses, avant que la loi eût bien fixé le régime sous lequel on devait les faire vivre, et à des époques où les besoins du praticien n'étaient pas ce qu'ils sont devenus.

Il a fallu faire des tours de force pour *essayer* d'établir entre elles quelques liens de corrélation et de solidarité, de façon à en tirer une résultante commune, la protection complète du médecin. Mais les bons effets recherchés sont encore à la merci de contrats et conventions fragiles, de tolérances en marge de la loi, si bien qu'aucune d'entre ces œuvres n'échappe, depuis plusieurs années, au sentiment d'une impuissance relative et que toutes sont tourmentées par l'impérieuse nécessité de la transformation. Comme, d'autre part, il n'a pu y avoir que juxtaposition entre tous ces rouages protecteurs, le praticien les voit sous un aspect si complexe qu'il ne sait pas, sans grand effort, comment en user.., ce qui le conduit trop souvent à s'abstenir et à rester compromis dans son isolement.

Un jeune confrère, M. le Dr Bosc, en faisait, l'année dernière, l'éclatante démonstration dans un article de la *Gazette médicale du Centre* : nous avons pu nous en rendre compte nous-mêmes lorsque nous avons eu à rédiger les pages 226 à 284 de l'*Agenda-Memento* du *Concours.*

Nous étions déjà obsédés par cette constatation, quand nous avons été appelés, l'an dernier, à étudier le problème de la *retraite de droit* pour tous les médecins membres de l'Association générale. Or, après des tâtonnements, dont nos lecteurs ont eu l'impression par les articles du Dr Gassot, nous sommes arrivés à reconnaître qu'un projet complet était à mettre debout pour atteindre le but.

Il consistait à créer sous le patronage et avec l'appui de l'A. G., la « *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français* », large cadre unique où rentreraient, sous une seule administration : 1° les caisses déjà existantes (Caisse des pensions, Amicale avec ses diverses branches) ; 2° les œuvres mutuelles pouvant être prévues pour l'avenir. Les tableaux de retraites, dans ce cadre nouveau, seraient établis en prévoyant des parts de 120 fr..., avec ou sans contre-assurances ; chaque adhérent s'assurerait une ou plusieurs de ces parts de retraite à son gré, pour une prime minime variable suivant l'âge d'entrée et suivant l'âge de la retraite (60 ou 65 ans) ; trois parts représenteraient les 360 fr. réclamés par le plus grand nombre des demandeurs.

En donnant, d'autre part, à cette grande Société, des sections départementales qui se placeraient sous le patronage de la Société locale et du Syndicat départemental, on procurerait à celui-ci l'attrait de *faire application sans risque* du droit que lui donne le paragraphe 6 de la loi sur les Syndicats de 1884. Contrôle et propagande, appui moral et parfois pécuniaire, seraient sans doute ainsi mieux assurés dans chaque région. Mais surtout, pour le praticien, les portes d'entrée dans l'ensemble des Œuvres seraient multipliées et placées à côté de lui, de telle façon qu'ayant frappé à l'une quelconque d'entre elles, il trouverait accès à toutes pour se couvrir contre tous les risques professionnels.

Or, qu'est-il arrivé quand nous avons essayé de passer à l'établissement d'un projet d'après ces vues générales ? Simplement ceci, que tous les avantages recherchés s'obtenaient par la fusion en Société unique et libre de nos Caisses existantes, si on ajoutait deux ou trois dispositions dans les nouveaux statuts. Et en outre, se montraient des économies et facilités d'administration non négligeables, l'occasion d'échapper au régime de l'approbation que nos trésoriers maudissaient à cause des revenus trop faibles du portefeuille, et nombre d'avantages de ce genre qui vous seront signalés à l'Assemblée générale du mercredi 15 février, et dans le commentaire qui accompagnera, au numéro prochain, le projet de statuts.

Chers lecteurs, il nous plaît (et vous le comprendrez sans peine) de constater que les premiers membres prévoyants du *Concours Médical* apportent ainsi à la masse de leurs confrères le moyen longtemps cherché de mettre *la retraite de droit* à la portée de toutes les bourses, et à l'Association générale le procédé large et sûr qui lui permettra, sans sortir de son rôle bienfaisant et de son régime légal, de favoriser, *pour chacun de ses membres*, la pratique de la mutualité vraie avec bénéfices pour tous ceux qui les recherchent.

Quand vous aurez adopté, le projet, vous pourrez être fiers, une fois de plus, du nouveau service que vous aurez rendu à l'intérêt général de la profession, préoccupation qui, dans notre maison commune, domine sans cesse toutes les autres, et conduit tôt ou tard à vaincre toutes les difficultés.

Pour les deux Conseils
d'administration,
Dr JEANNE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur DELBET.

Le Cancer du sein.

Je vais vous présenter trois malades qui offrent, à des degrés divers, une même affection : le cancer du sein. Vous pourrez voir chez ces malades trois étapes du cancer de la mamelle.

La première malade est atteinte d'un épithélioma du sein très avancé. Elle ne s'est jamais soignée et son cas n'est pas une exception. Sur 100 femmes atteintes de néoplasmes de ce genre, certainement 25 arrivent à la période où la chirurgie ne peut plus leur rendre grand service. Pourquoi ne se soignent-elles pas ? C'est que ces tumeurs sont indolentes. Si elles étaient douloureuses, nous pourrions enregistrer un nombre notablement plus grand de guérisons. Par malheur, elles ne deviennent douloureuses qu'au moment où le néoplasme s'est étendu, comprime et envahit les nerfs. Je ne me lasse pas de le répéter : quand une femme atteinte de néoplasme du sein dit qu'elle attendra de souffrir de sa tumeur pour se soigner, elle prononce son arrêt de mort. Elle demande alors des soins toujours trop tard.

Les épithéliomas sont des lésions locales, exclusivement locales, au début. Toutes les idées de diathèse cancéreuse sont aujourd'hui périmées. On ne sait pas si la cause est un agent bactérien ou autre chose, mais on sait qu'il s'agit d'une affection locale au début, si locale que certains auteurs ont pensé qu'à la phase tout à fait initiale, une seule cellule était prise. C'est à cette période de début que l'exérèse complète assure la guérison.

Notre première malade est donc atteinte d'un squirrhe atrophique du sein. Le sein a presque disparu. Cette tumeur est particulière et son évolution est lente, assez lente même pour qu'on ait soutenu qu'il valait mieux s'abstenir d'intervention contre elle. On a vu, en effet, des squirrhes rester stationnaires, s'arrêter dans leur marche ; mais c'est là une éventualité exceptionnelle, et, comme on ignore quelle sera l'évolution de la lésion, il est prudent de ne pas escompter son arrêt spontané. Le passé d'une tumeur n'est, d'ailleurs jamais, un gage de son avenir ? Certains néoplasmes, dont l'évolution a été jusque-là torpide, prennent tout à coup une marche rapide, et réciproquement.

Nous allons rechercher deux choses : l'étendue en profondeur et l'étendue en surface de la tumeur. La première phase de l'extension en profondeur d'une tumeur du sein, c'est l'envahissement du grand pectoral. La deuxième phase est l'envahissement de la paroi thoracique elle-même, des muscles intercostaux. Pour apprécier si la paroi thoracique est prise, il suffit de chercher la mobilité de la tumeur sur les plans profonds. Pour juger de l'intégrité ou de l'envahissement du grand pectoral, on demande à la malade, après lui avoir écarté le coude en dehors, de faire un effort pour rapprocher ce coude de la paroi thoracique ; on obtient de cette manière la contraction du grand pectoral. Suivant que vous pouvez ou non alors mobiliser la tumeur, vous en déduisez l'intégrité ou l'envahissement du muscle.

L'extension en surface de la néoplasie est au moins aussi importante à connaître que l'extension en profondeur. Il est des néoplasmes qui s'étendent par la peau. Les néoplasmes qui ont cette marche sont particulièrement graves. Le cheminement des cellules cancéreuses par les lymphatiques superficiels est terrible, car il peut aller très loin. Il est important d'explorer la peau et les tissus sous-cutanés. Il faut pousser loin les recherches, jusque sur l'autre sein, jusque sur l'épaule, dans le dos, etc. Vous pouvez trouver des petits noyaux néoplasiques cutanés à une assez grande distance. Chez notre malade, nous en découvrons un certain nombre disséminés. Eh bien ! quand il y a de ces noyaux nombreux et épars dans les mailles du tissu lymphatique superficiel, aucune intervention ne saurait rendre service. Chez cette femme, dont le sein est entièrement détruit par le squirrhe, qui a une dissémination très étendue de noyaux néoplasiques cutanés, nous assistons à une phase très avancée du cancer.

Notre deuxième malade est moins atteinte. Le sein intéressé n'offre rien d'appréciable à l'œil nu, si ce n'est à la partie inférieure, un léger froncement de la peau qui indique un néoplasme sous-jacent déjà adhérent au revêtement cutané, bien que peu volumineux encore. Jadis, les chirurgiens disaient que quand la peau, dans le cancer du sein, est envahie, les ganglions le sont toujours également. Nous savons aujourd'hui que l'envahissement histologique des ganglions est plus précoce encore. L'envahissement de la peau, indiquant l'envahissement ganglionnaire, assombrit donc le pronostic.

A la palpation, nous sentons dans la mamelle un petit nodule dur, imprécis dans ses limites,

semblant être le centre de ramifications. Nous n'avons aucun doute sur la nature de la lésion. Il s'agit d'un cancer, dont nous allons poursuivre l'étude suivant les règles habituelles.

Explorons le reste du sein. A la partie supérieure, on ne trouve rien. A la partie inférieure, existe une série d'autres nodules de consistance très dure, réunis les uns aux autres. Ce ne sont pas des nodules indépendants comme dans la mammite chronique. Dans cette dernière affection, si l'on palpe transversalement, on sent un nodule induré et on a surtout ainsi l'impression d'une tumeur. Mais, si l'on pratique le palper d'avant en arrière, les nodules se séparent, et on a la sensation d'écraser des petits grains qui fuient. C'est là un signe de mastite chronique (maladie kystique, cirrhose épithéliale de la mamelle).

Ici, nous avons tout autre chose, un néoplasme malin.

Si nous poursuivons l'examen du côté de l'aisselle, nous percevons des tractus résistants, dus à l'extension du néoplasme. Nous avons ensuite à étudier l'extension de ce néoplasme en profondeur, en surface et du côté des ganglions.

Constatons d'abord la mobilité du sein sur les plans profonds. Cette mobilité, toutefois, n'est pas parfaite, et il existe des adhérences à la partie inférieure, au-dessous du pectoral. Il y a là des adhérences qui s'étendent vers l'appendice xiphoïde. Le muscle grand pectoral n'est pas intéressé.

Pour apprécier l'étendue en surface, nous allons palper avec soin toute la région, spécialement à la partie inférieure, puisqu'ici la propagation paraît surtout se produire vers le bas. Nous trouvons en bas et en dedans un petit nodule dur, sous-cutané, que nous devons considérer comme néoplasique.

Explorons l'aisselle. On sent un cordon qui conduit sur des petits ganglions durs, envahis par le processus néoplasique. Quand vous sentez un ganglion, soyez sûrs que ce n'est pas le dernier. Avant d'être perceptibles au toucher, les ganglions sont déjà envahis histologiquement. L'augmentation de volume n'est pas le premier signe de l'envahissement du ganglion.

Chez cette deuxième malade, le diagnostic n'est donc pas douteux. Il s'agit d'un épithélioma du sein.

Notre troisième malade offre une lésion de diagnostic plus embarrassant. Elle présente dans le sein droit un petit nodule très mobile. Ce caractère de la tumeur, la mobilité, est en faveur d'une lésion bénigne, sans cependant avoir une valeur bien caractéristique.

On note un léger écoulement par le mamelon. Dans les mammites chroniques, on observe quelquefois un écoulement par le sein, le plus souvent séreux et clair, sans aucune signification pronostique grave. Parfois, il s'y mêle une certaine quantité de sang et il arrive même que ce soit du sang pur, en assez grande abondance. Cet écoulement offre une réelle signification. Il appartient à une variété particulière de tumeurs qui, abandonnées à elles-mêmes, deviennent toujours des épithéliomas. Lors donc que vous constaterez un écoulement hématique par le mamelon, même si vous ne trouvez rien d'alarmant dans le sein, vous devez toujours opérer. En règle générale, il s'agit d'une lésion appelée à devenir maligne, si elle n'est pas enlevée à temps.

Voyons l'état du reste de la glande. C'est important dans ces cas difficiles. Si l'on constate des petits grains de mammite chronique, on peut penser que la tumeur est un de ces noyaux. La tumeur est ici très dure et si mobile qu'elle est difficile à étudier. Le tout ensemble est cohérent, et si l'on palpe dans le sens antéro-postérieur, on n'arrive pas à dissocier la masse, comme on le fait pour les grains de mammite, qui sont indépendants. Dans la mammite chronique, il est vrai, il y a souvent un paquet de petits kystes très tendus, très durs.

Bien que la tumeur soit très mobile, quand on la palpe avec soin, on n'a pas la sensation d'un néoplasme encapsulé. L'existence de cette capsule (rare, au sein) est un gage de bénignité. En explorant la périphérie de la tumeur, on ne peut pas dire : là elle commence, là elle finit. Entre la partie saine et la partie malade, il y a une zone ni parfaitement saine, ni parfaitement envahie.

La recherche des ganglions, dans ces cas embarrassants, est importante. Il est des mammites qui donnent des ganglions, mais ils n'ont pas l'indolence et la dureté des ganglions néoplasiques. Nous ne constatons pas d'adénopathie chez cette femme.

Je reviens sur l'histoire comparative de nos trois malades. La première est atteinte d'un squirrhe ulcéré, adhérent aux parties profondes, inopérable. Nous ne pouvons rien pour elle.

La deuxième rentre encore dans la catégorie de cas opérables, mais dans cette catégorie, il y a bien des différences de pronostic. Quel est ici le pronostic ? Bien que la tumeur soit petite, le pronostic a une extrême gravité, en raison de la lymphangite cancéreuse coexistante. Les lymphatiques se dirigeant vers l'aisselle sont envahis par les cellules néoplasiques. D'autre part, rappelez-vous que la tumeur, à la partie inférieure du sein, a des connexions profondes. Rappelez-vous le petit nodule sous-cutané situé à la partie inférieure et interne du sein. Il est grave, ce nodule, par le pronostic éloigné. Il indique la possibilité de récidives dans la peau de l'abdomen et sur le péritoine. On revoit parfois ces malades, au bout de quelques mois ou de quel-

ques années, avec une ascite relevant d'une péritonite cancéreuse.

Le diagnostic, chez notre troisième malade, est difficile, incertain, imprécisable cliniquement. On aurait tort d'affirmer la mammite chronique simple. Ma conviction est qu'il s'agit d'un noyau de mammite chronique évoluant vers l'épithélioma. Nous sommes apparemment au début de la transformation. Je dis que c'est ma conviction, ce n'est pas une certitude. Est-il sage d'attendre, de conseiller à cette femme de revenir dans un mois pour examiner l'évolution de la lésion ? Attendre, c'est compromettre l'existence de la malade. L'indication formelle est d'enlever cette tumeur. On ne doit pas faire une grande opération d'emblée mais une simple ablation du mal. Un examen biopsique de la néoplasie fixera le diagnostic. S'il ne s'agit pas d'épithélioma, l'opération première suffira. Si l'examen histologique prouve qu'il s'agit d'une mammite, on s'en tiendra là. Si, au contraire, l'épreuve microscopique (faite soigneusement et complètement sur toutes les parties de la tumeur) démontre qu'il s'agit d'un épithélioma, si petit soit-il, une seconde intervention, complète cette fois, s'imposera.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Anesthésie générale avec circulation réduite.

M. le Dr A. Prince a récemment soutenu, devant la Faculté de Paris, une thèse sur la ouvelle méthode d'anesthésie générale avec circulation réduite inventée par Klapp en 1907 et perfectionnée par Ziegner, Zur Werth et Hermann. Cette méthode, extrêmement intéressante, repose sur la remarque que les sujets exsangues sont bien plus rapidement endormis que les autres.

Klapp avait émis les idées suivantes :

Les vapeurs d'anesthésique inhalées par les voies respiratoires sont absorbées au niveau des alvéoles, à la fois par le sérum et les globules sanguins, et transportées ainsi jusqu'aux centres nerveux sur lesquels elles exercent leur action. Lorsque le sang est surchargé par l'anesthésique, la narcose devient dangereuse.

L'expérience démontre en outre que la quantité d'anesthésique nécessaire est généralement proportionnelle, à la fois à la quantité de sang du sujet et à son poids. Si donc, on pratique une constriction à la racine de chaque membre, à l'aide de bandes élastiques, on exclut de l'individu la masse des membres en même temps que le sang qui s'y trouve, et on reproduit de ce fait le cas d'un malade exsangue, facile à endormir. De plus, si des accidents d'intoxication se manifestent au cours de l'anesthésie, on pourra les faire cesser en mettant en liberté le sang retenu dans les extrémités. Le détitrage chloroformique se fera ainsi par une véritable dilution au moindre signe inquiétant.

Comme presque toujours, la théorie ne suffit pas pour résoudre tous les cas, et les premières applications de la méthode, à côté de surprenants résultats, donnèrent lieu à quelques mécomptes du côté des veines des membres ligaturés. Des perfectionnements ont déjà été apportés et M. Prince expose la technique suivie chez le Dr Delagénière, au Mans : « Il importe de ne pas se servir du premier lien élastique venu, comme une bande de flanelle, ou un tube de caoutchouc plein ou creux. La constriction devant être maintenue pendant toute la durée de l'opération, il pourrait en résulter des lésions des troncs nerveux, ou encore un véritable traumatisme des parois artérielles ou veineuses, susceptible d'amener de graves accidents.

« Les bandes, dont nous nous servons, sont des bandes en caoutchouc souple, presque aussi fortes que la bande d'Esmarch. Pour les cuisses, elles mesurent 6 centimètres de largeur sur 4 mètres de longueur : celles du bras ont 5 centimètres de largeur et 3 mètres de longueur. Elles sont d'un maniement facile, leur élasticité est constante, et elles ont le grand avantage d'être facilement savonnées après chaque séance opératoire. Lorsqu'elles ont été souillées par des liquides septiques, on peut même les faire bouillir quelques minutes suivant la technique employée pour les gants de Chaput.

« On fait l'application à la racine des quatre membres, sauf dans le cas où l'intervention doit porter sur un des membres. »

« L'application de la bande est le point délicat de la méthode, et certaines règles doivent présider à cette opération.

« Avant de commencer la constriction, il est indiqué d'abaisser le membre afin d'y déterminer une accumulation de sang. Puis, on place aussitôt la bande élastique, absolument comme une bande d'Esmarch. De la main gauche, on tient le chef initial pendant que, de l'autre main, on fait un tour, bien perpendiculaire à l'axe du membre ; un deuxième tour recouvre le premier ; on peut dès lors lâcher le bout initial tandis qu'on exerce sur le caoutchouc une traction suffisante pour tendre la bande qui, par son élasticité, exerce la constriction voulue. Plusieurs tours de bande sont ainsi faits avec précaution, et quand la ligature paraît suffisante, on noue le chef terminal avec le chef initial.

« La force de traction à déployer sur la bande varie avec chaque malade, et nécessite une juste mesure qui ne s'acquiert qu'avec l'habitude. Chez un sujet débile, la traction à exercer sera moins forte que chez un sujet bien musclé ; elle le sera beaucoup moins aussi chez la femme et chez l'enfant que chez l'homme.

« Aux cuisses, nous avons toujours fait l'application directement sur la peau : aux bras, nous la faisons la plupart du temps sur la chemise ou la

flanelle que porte la malade, en prenant soin d'y déterminer le moins de plis possible.

« Sitôt les quatre bandes en place, ce qui demande environ deux à trois minutes, l'administration de l'anesthésique est commencée par la méthode ordinaire. Nous avons utilisé l'appareil de Ricard pour le chloroforme et le masque pour l'éther.

« Le malade supporte parfaitement la constriction des bandes pendant ces deux ou trois minutes d'attente, et dès la première inhalation, il ne sent plus la douleur que pourrait occasionner une semblable constriction. »

La durée de l'application est indifférente : elle peut être d'une demi-heure à deux heures. On enlève les bandes doucement et successivement une par une.

Pendant l'anesthésie, à défaut de pouls radial, on contrôle les effets du chloroforme par le mouvement des yeux, qui se rouvrent chaque fois qu'on essaie de les fermer, et par le nombre des inspirations et leur régularité. Avec cette méthode d'anesthésie, les respirations sont de 33 à 40 par minute au lieu de 16.

Les avantages de l'anesthésie avec circulation réduite sont : la rapidité de l'anesthésie, la moindre quantité de chloroforme employée, la facilité pour l'anesthésiste de combattre la syncope respiratoire.

« Il suffit, au moment de l'accident, de lâcher une ou plusieurs bandes ; sitôt remis en circulation le sang exclu qui est au 0 de concentration chloroformique opère une dilution éminemment favorable au détitrage bulbaire : de plus, étant chargé de CO^2, il agra doucement sur le centre respiratoire en l'excitant ;

« Le réveil post-anesthésique s'effectue plus rapidement ;

« Les dégâts post-anesthésiques que subissent la plupart des organes, notamment le foie et les reins, sont moins considérables. C'est là une conséquence directe de la moindre consommation de toxique.

« Comme contre-indications au Klapp, nous signalerons :

1° La grossesse ;

2° Le mauvais état du système vasculaire, ainsi qu'il arrive en cas d'artério-sclérose très prononcée ou de grosses varices. On évitera ainsi la formation possible de phlébites post-opératoires ;

3° Les lésions cardiaques, qu'il s'agisse de dégénérescence du myocarde, ou de lésions valvulaires même compensées. La constriction risquerait, dans ce cas, d'augmenter les lésions cardiaques en fatiguant l'organe ».

Ces restrictions posées, la méthode réalise un incontestable progrès pour l'anesthésie chirurgicale.

La Tuberculine dans la thérapeutique de la Tuberculose

Le Dr Ch. Fallot a exposé dans sa thèse les différents inconvénients et dangers de la tuberculine.

Si avec les doses actuellement employées, la tuberculine n'est plus le poison redoutable de ses débuts thérapeutiques, elle demeure toutefois un produit toxique très difficile à manier et qui, même à doses infinitésimales, peut encore provoquer des accidents relativement graves.

Son emploi doit donc rester, pour le moment tout au moins, réservé à des malades en surveillance constante de la part de médecins très habitués à cette thérapeutique, et si possible hospitalisés ou en cure de sanatorium.

Elle doit être absolument évitée au cours des tuberculoses aiguës et des poussées évolutives, chez les hémoptoïques, les fébricitants, les cavitaires : elle doit être réservée à des tuberculeux convalescents de poussées initiales encore limitées, ou à des formes plus anciennes à peine pyrétiques et sans retentissement sur l'état général. C'est un bon traitement des tuberculoses torpides, des formes traînantes, que ni l'hygiène du sanatorium, ni les procédés habituels de la thérapeutique n'arrivent à modifier.

Il ne faut pas oublier que dans sa période de début tout au moins, la tuberculose est une maladie qui guérit d'elle-même par la simple cure d'hygiène.

La Tuberculine chez les Syphilitiques

Encore une nouvelle cause d'erreur et une nouvelle méthode de diagnostic qu'il faut considérer avec défiance, la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction à la tuberculine pour s'assurer de l'existence de la tuberculose.

Ce sont de ces déceptions que nous préparent les esprits hâtifs toujours prêts à généraliser de petites découvertes de laboratoire. Il y a trois ou quatre ans, la réaction positive de Wassermann devait lancer sans hésitation le praticien sur la trace incontestable de la syphilis, mais depuis, voilà le paludisme chronique et la trypanosomiase qui provoquent la même réaction de Wassermann : évanouie la confiance ! Le scepticisme reprend ses droits.

Maintenant, c'est la réaction à la tuberculine (cuti-réaction et intra-dermo-réaction), qui est reconnue abolument insuffisante pour affirmer la tuberculose. Notre confrère, le Dr André Augagneur, de Lyon, a prouvé dans sa thèse récente que les syphilitiques cliniquement non tuberculeux réagissent en aussi grand nombre que les tuberculeux aux réactions cutanées (cuti et intra-dermo-réactions) à la tuberculine (80 pour 100 des cas). Ils réagissent également (fièvre et symptômes généraux) dans les mêmes proportions à l'injection sous-cutanée de tuberculine. Les réactions sont chez eux au moins aussi intenses que chez les tuberculeux. Ils semblent moins sensibles à l'oculo-réaction (45 pour 100 des cas). La spécificité des réactions cutanées et sous-cutanées à la tuberculine ne peut être admise. Ni l'intra-dermo, ni la cuti, ni la sous-cuti-réaction à la tuberculine ne peuvent servir à distinguer la tuberculose de la syphilis.

Quelle cruelle déception ! Aussi, n'avait-on pas été un peu vite ?

La phobie des Purgations.

Récemment, nous citions l'opinion d'un de nos jeunes maîtres des hôpitaux de Paris, M. le Dr Gallois qui rend les purgations responsables de beaucoup d'appendicites, et qui affirme même qu'autour de lui, il n'y a pas d'appendicites, alors qu'il y en a tant ailleurs, tout simplement parce qu'il ne purge pas.

Encore plus récemment, notre éminent clinicien, le Dr P. Legendre, dans une leçon clinique sur la grippe, à l'hôpital Lariboisière, a recommandé aux praticiens de s'abstenir prudemment, au début de la grippe, des vomitifs et des purgatifs même salins : pas d'ipéca, pas de sulfate de soude ! ! !

Nous avouons sincèrement, par expérience personnelle, que cette prohibition en principe nous semble absolument exagérée et anti-scientifique. Eh quoi ! par simple frayeur d'une fatigue et d'une dépression insignifiante, vous allez vous priver du précieux moyen qui écarte les causes secondes d'intoxication gastro-intestinale et de torpeur nutritive amenée par les déchets digestifs, et qui fait la place nette aux médications tonique et fébrifuge de la grippe ? Mais, pardonnez-nous la comparaison triviale, vous allez semer vos médicaments dans un égout rempli d'immondices, et encombrer l'organisme de poisons pharmaceutiques, alors qu'il est engorgé de poisons de dénutrition.

Ouvrez donc le plus grand possible les soupapes de dépuration, sudation, diurèse et purgation saline, avant de songer même à empêtrer la nature de votre quinine, de vos grogs et de votre strychnine. Une simple purge au début fait baisser la température d'un degré ; n'est-ce pas là une évidente preuve de son utilité ? Le médecin, terrifié souvent par de cruels souvenirs, peut aller trop vite au début, sous prétexte de ne point perdre de temps : c'est une erreur ; la précipitation thérapeutique est parfois plus funeste que la maladie elle-même. Aidons la nature et ne prétendons pas nous substituer à elle pour juguler les maladies. Donc, nous maintenons le principe de la purgation saline au début de la grippe, bien entendu avec quelques restrictions pour les cas franchement adynamiques d'emblée.

P. H.

La nécessité de l'Examen à nu du thorax pour le choix d'une Nourrice.

M. le Dr Variot ayant eu l'occasion de dépister sur une nourrice de belle apparence une roséole syphilitique, grâce à la bonne habitude qu'il a prise de faire toujours dévêtir le thorax des femmes qui se présentent pour être nourrices, insiste avec grande force pour que les praticiens soient absolument circonspects et consciencieux. « Il ne faut pas, dit-il, se borner à un examen superficiel des bouts de seins, et à une pression des ces seins pour en faire sourdre le lait. Il est indispensable de dévêtir le thorax, aussi bien pour apprécier le volume relatif des glandes, que pour s'assurer qu'aucune éruption ou cicatrice suspecte n'existe sur la peau. Cette méthode rigoureuse d'examen a été instituée à l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés, et c'est la seule qui puisse permettre de bien juger de la valeur lactifère d'une nourrice, et d'éviter la contamination des nouveau-nés par la syphilis ou autre maladie contagieuse ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

A propos du 606. — Rythme de l'élimination de l'hectine. — Hépatite syphilitique. — Arséno-résistance des tréponèmes. — Pseudo-tabes par hypertension. — Lactescence du sérum sanguin et du liquide d'ascite.

M. Ehlers (de Copenhague) adresse à l'*Académie de médecine* une note *à propos du 606 d'Erlich-Hata.*

L'auteur a observé un cas de mort par le 606 chez un sujet, paralytique général au début, qui avait reçu une dose de 50 centigr. de médicament. Pour M. Ehlers, malgré la manière de voir optimiste d'Erlich, ce malade a succombé indiscutablement à un empoisonnement arsenical. En outre, chez 7 autres malades traités par le 606, l'amélioration souvent miraculeuse du début ne s'est pas maintenue longtemps et il y a eu, presque toujours, récidive aussi sérieuse qu'avant le traitement.

— MM. Jeanselme, Bongrand et Chevallier communiquent à la *Société médicale des Hôpitaux* un travail sur le *rythme de l'élimination de l'hectine.*

L'élimination de l'arsenic par l'urine, consécutive à l'injection de produits organo-arsenicaux solubles, semble se faire peu de temps après son introduction dans l'organisme. Après injection sous-cutanée de cacodylate de soude, les urines, dès la première émission, contiennent de l'arsenic. L'élimination de la majeure partie du médicament se fait rapidement. Il en est à peu près de même pour l'hectine. Toutefois, chez certains sujets, les quantités d'arsenic éliminées sont très faibles ou nulles. MM. Jeanselme, Bongrand et Chevallier ont remarqué qu'il en était ainsi surtout chez les malades déjà traités, antérieurement, par le mercure, et ils émettent l'hypothèse que le mercure paraît retarder l'élimination de l'arsenic. Une première injection d'hectine semble avoir le même effet. Cliniquement, d'ailleurs, on sait que l'hectine agit mieux quand on l'associe au mercure (Balzer, Gaucher, Hallopeau).

— MM. P. Carnot, Brin et Chabrol ont observé un cas d'*hépatite syphilitique*, qu'ils rapportent à la *Société médicale des hôpitaux.*

Le diagnostic fut établi par l'intensité des phénomènes douloureux, l'irrégularité du foie, la reproduction rapide et considérable de l'ascite après ponction, et par la réaction de Wassermann. Les phénomènes douloureux retenaient



l'attention par leur fixité et leurs paroxysmes. L'augmentation du volume du foie était irrégulière, formant deux bosselures dures et sensibles à la palpation (Lancereaux a insisté sur l'inégalité de volume des lobes hépatiques dans la cirrhose syphilitique). Le liquide de l'ascite se reproduisait si vite qu'une ponction était nécessaire tous les quinze jours. Enfin la réaction de Wassermann était significative. Le diagnostic fut, d'ailleurs, confirmé par l'autopsie.

— M. Milian revient, à la *Société médicale des hôpitaux,* sur la question de l'*arséno-résistance des tréponèmes.*

L'arséno-résistance des tréponèmes est un fait bien connu chez les trypanosomes. M. Milian ne croit pas, cependant, qu'il faille généraliser cette notion, en toutes circonstances, pour l'arséno-benzol. Néanmoins, il y a là une notion à prendre en considération dans la pratique. Ainsi, une malade qui avait été déjà traitée par l'hectine, reçoit une injection de 606 ; le lendemain, apparaît, chez elle, une surdité subite. Pour l'auteur, il ne faut pas faire de traitement à l'arséno-benzol à proximité d'un autre traitement arsenical prolongé. Il convient d'attendre deux ou trois mois, après une cure arsénicale, pour commencer le traitement par le 606.

M. Ravaut croit très important de suivre les conseils d'Erlich, qui préconise une première dose de 0 gr. 50 de « 606 » en injection intra-veineuse, suivie trois ou quatre jours après d'une seconde injection intra-musculaire de 0 gr. 60 et même plus. Si l'on emploie des petites doses d'arséno-benzol, les récidives sont relativement fréquentes ; avec les petites doses répétées, il se produit assez rapidement des phénomènes d'arséno-résistance ou d'accoutumance. Avec les doses croissantes, on peut susciter ces phénomènes d'arséno-résistance et, finalement, le total des quantités injectées se trouve très élevé, ce qui facilite la production des accidents toxiques.

— MM. Esmein et Trémolières rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *pseudo-tabes par hypertension.*

On rencontre quelquefois, au cours des maladies hypertensives, des phénomènes transitoires et indépendants de toute lésion anatomique perceptible à nos méthodes actuelles d'investigation. Les troubles de cet ordre sont peu connus. La variabilité des accidents, leurs brusques alternatives d'amélioration et d'aggravation, leur disparition subite et totale montrent bien qu'il ne s'agit pas de lésion organique.

MM. Esmein et Trémolières ont observé, chez un malade, un syndrome tabétiforme (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes patellaires, démarche ataxique) accompagné de divers accidents nerveux transitoires (céphalée, inégalité pupillaire), qui n'a paru attribuable qu'à l'hypertension vasculaire.

Les manifestations hypertensives simulent parfois de si près les accidents organiques de même localisation, qu'il est impossible de les distinguer par les ressources ordinaires de la clinique. On y parvient par la mesure de la pression artérielle, par l'étude de l'évolution des désordres considérés (les troubles hypertensifs étant essentiellement variables et instables), et, s'il est besoin, par l'épreuve au nitrite d'amyle, qui, en abaissant brusquement la pression artérielle, supprime momentanément les troubles dus à l'hypertension.

— M. A. Javal communique à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de lactescence *du sérum sanguin et du liquide d'ascite dans un cas de néphrite syphilitique.*

Le malade contracte un chancre et, onze mois après, éclate chez lui une néphrite syphilitique. L'albuminurie s'élève d'emblée à 25 à 30 grammes par jour, et elle se maintient fixement à ce taux pendant près d'un an. Des symptômes viscéraux et une ascite récidivante apparaissent. En outre, on constate, au cours d'une saignée, la lactescence du sérum sanguin qui est opalescent, laiteux. On constate, également, au cours de ponctions d'ascites, la même lactescence. La lactescence s'explique par la présence des graisses ou corps adipoïdes dans les humeurs.

La lactescence, l'abondance anormale de graisse dans les liquides de l'organisme, n'implique pas, par elle-même, une aggravation du pronostic de la maladie causale. Un malade de Sion et Lecanu, qui avait 117 grammes de graisse dans son sérum, a parfaitement guéri, et, dans les nombreux cas de néphrite où la lactescence du sérum a été signalée, elle ne paraît pas avoir entraîné une évolution spéciale de la néphrite.

— Le docteur Lanel, directeur du service d'électro-mécanothérapie à l'Etablissement thermal de Châtel-Guyon, a fait à la *Société de Kinésithérapie,* une communication sur « *Un des côtés de la lutte contre les varices* », qui peut intéresser nos lecteurs.

Il rappelle que pendant l'*inspiration,* le diaphragme s'abaisse. Le vide de la poitrine (poumon-plèvre) augmente, la pression intra-cardiaque est diminuée. Il y a une *aspiration thoracique.* En bas, les viscères de l'abdomen sont refoulés, leur sang exprimé. A cette période, c'est surtout le sang veineux des organes digestifs qui monte au cœur.

Pendant l'*expiration,* le diaphragme remonte, il n'y a plus aspiration thoracique, mais *abdominale,* c'est le sang des membres inférieurs qui afflue.

Ces phénomènes ne se produisent plus que mal lorsque la paroi ombilicale et sous-ombilicale est peu résistante. La veine reste soumise à une dilatation persistante ; peu à peu, la tonicité de sa musculature devient insuffisante. *Les troubles de la statique abdominale retentissent sur la circulation des veines du segment inférieur.*

L'auteur remarque ensuite que chez l'homme, à l'encontre de ce qui se passe chez les animaux, la masse intestinale tend à descendre vers le pubis et le bassin. La paroi se fatigue. Or, le rôle de la fatigue est important dans l'étiologie des varices. Les femmes ont trois fois moins de varices que les hommes. Toutes les professions qui

fournissent un gros contingent de variqueux ont cela de commun qu'elles causent une *fatigue générale*; par elle, les contractions musculaires, la tonicité nerveuse générale sont amoindries. Les varices des femmes enceintes se montrent dès le début de la grossesse et seulement en cas de désordres nerveux.

La *fatigue locale* a aussi son mauvais effet ; des deux jambes, c'est celle qui fatigue le plus qui présente le plus de dilatation veineuse, par exemple le membre sain chez un coxalgique.

La *fatigue de la paroi abdominale* entraîne des phénomènes nerveux, abdominaux et généraux, qui retentissent fâcheusement sur la résistance des parois veineuses.

Ptoses, varices, et *neurasthénie* coïncident ainsl souvent. Combien d'insuffisances plus ou moins latentes de la paroi abdominale pourraient être ainsi utilement traitées. C'est ce que l'on observe sans cesse à notre Station.

A Châtel-Guyon, où on emploie couramment le *massage,* la *gymnastique de l'abdomen,* l'on guérit — outre la constipation — les ptoses et les varices, pour ainsi dire sans le rechercher.

A côté de la kinésithérapie, il y a les sangles. Ce que Glénard a fait surtout pour les femmes, le Dr Lanel cherche à l'obtenir pour les hommes avec sa ceinture-jarretelle-suspensoir qui soutient le bas-ventre, fait porter par les reins le poids des viscères, assure une meilleure tension et une meilleure circulation abdominales.

Aux heureux dont le ventre est robuste, le Dr Lanel recommande de ne pas gêner le retour centripète du sang des jambes par la constriction inopportune qu'exercent les jarretelles ordinaires. Il faut les remplacer par une longue bande verticale attachée à des boutons de la ceinture du caleçon. A hauteur du genou une bandelette circulaire très lâche empêche la première de trop flotter.

P. L.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. CHABRUT

Corps étrangers et plaies de la cornée.

Les corps étrangers sont les mêmes que ceux de la conjonctive, mais ils sont en général implantés plus solidement en raison même de la rigidité du tissu cornéen, et il est nécessaire de se servir, pour les enlever, d'instruments qui, comme l'aiguille ou la gouge, opèrent tout autour une solution de continuité dans le tissu. Il faut même, quand le corps étranger est implanté solidement, entamer pour l'extraire une partie de l'épaisseur de la cornée, en se rappelant toutefois que si le tissu cornéen est très résistant à l'incision ou à la piqûre, ce qui doit permettre une certaine vigueur dans l'extraction, il n'a cependant qu'un millimètre d'épaisseur et exige à la fois une main sûre et légère.

Les particules de fer et de charbon sont les plus fréquentes. Autour d'elles, la petite plaie s'entoure très vite d'une auréole d'infiltration jaunâtre qui est une menace d'infection, et souvent aussi, dans le cas de paillettes de fer, d'un anneau d'oxyde brun qu'il faut curetter avec soin, car il constitue un second corps étranger.

Un corps étranger qui a entamé toute l'épaisseur de la cornée et fait saillie dans la chambre antérieure, a souvent atteint l'iris et le cristallin, menaçant l'œil à la fois d'une iridocyclite grave et d'une cataracte traumatique.

En tout cas, son ablation demande de grandes précautions, tant au point de vue des traumatismes iriens et capsulaires qui, s'ils n'existent déjà, peuvent se produire pendant les manœuvres d'extraction, qu'au point de vue de la hernie secondaire de l'iris qui peut résulter de cette extraction même. Dans ces cas-là, il y aura souvent lieu de procéder à une incision cornéenne dans le voisinage du limbe pour l'introduction d'un instrument de secours.

Après extraction du corps étranger, les plaies cornéennes se recouvrent rapidement d'épithélium, et ne laissent d'opacité gênante que s'il y a eu infection secondaire.

Cette infection secondaire est le point noir qui aggrave le pronostic de tous les traumatismes de la cornée, y compris les excoriations les plus insignifiantes en apparence. Nous avons déjà vu que cette infection se produit à la faveur des lésions préexistantes de la conjonctive ou du bord libre des paupières, et surtout des voies lacrymales qui déversent les germes de la suppuration sur la surface simplement dépouillée de son épithélium. Si l'on ajoute à cela l'apport de germes par le corps vulnérant lui-même, on verra qu'une plaie cornéenne, qui ne demande qu'à guérir si elle y est aidée, suppurera à la moindre négligence.

L'ulcère serpigineux n'a pas d'autres causes.

Nous avons vu aussi que la kératite interstitielle, si tenace, peut avoir un traumatisme pour origine. Il est donc prudent en pareil cas, et dans le libellé surtout d'un certificat, de faire toutes les réserves.

Cependant, ces complications sont loin d'être la règle et une *asepsie soignée des membranes externes* les préviendra le plus souvent, aidée de l'occlusion des paupières du côté malade ou même des deux côtés, pour remédier à l'irritation du clignement. L'atropine sera un adjuvant précieux dans les cas à réaction violente, et quand le petit ulcère détergé se vascularisera pour la guérison, la pommade jaune sera encore excellente.

Les érosions récentes, guéries, mais encore recouvertes d'un épithélium délicat, récidivent souvent au moindre traumatisme qui blesse cet épi-

thélium, et comme il suffit d'un trauma quelquefois insignifiant, il passe inaperçu et la récidive semble spontanée. Il convient donc de continuer la protection de la jeune cicatrice pendant quelques jours après sa formation complète, c'est-à-dire après le remplacement de l'infiltration par une surface bien miroitante.

Enfin, il faut savoir qu'un astigmatisme irrégulier, c'est-à-dire une irrégularité dans la courbe de la surface cornéenne, accompagne ordinairement l'ablation d'un corps étranger et peut donner lieu à des troubles de la vue, si la lésion avoisine le centre pupillaire. Autre réserve à faire dans tout certificat.

Quant aux plaies étendues de la cornée, elles atteignent le plus souvent d'autres organes et seront mieux étudiées avec les plaies du globe.

REVUE DE PÉDIATRIE

Le traitement du Diabète sucré chez les enfants.

Chez les nourrissons, le pronostic du diabète sucré est des plus sombres en raison de son évolution rapide et brusque.

Chez les enfants plus âgés, dans les cas légers, la guérison est possible à condition que le régime mixte ne soit pas repris trop vite ; cependant (et c'est ici un point très important sur lequel LAURITZEN appelle toute notre attention), *même plus tard, en l'absence de toute glycosurie, les petits malades doivent être « revus » tous les trois mois* dans une clinique ou dans un hôpital. Cette méthode, seule, permet d'apprécier le pouvoir d'assimilation de l'enfant et de régler quantitativement son régime après avoir étudié soigneusement sa tolérance générale et ses tendances à l'acétonurie.

Dans la glycosurie diabétique *légère*, on prescrit pendant deux semaines au moins un régime exempt d'hydrates de carbone et comprenant une quantité moyenne d'albuminoïdes ; en même temps, on surveille le poids du corps ainsi que l'acétonurie, qui d'ordinaire apparaît rapidement. Ensuite on donne le régime, comportant du pain d'aleurone et de gluten, soit 40 à 50 grammes d'hydrates de carbone au maximum ; si le sucre réapparaît, il faut revenir au régime sévère pour 3 ou 4 semaines ; *si au contraire aucune glycosurie ne se manifeste, il est indiqué de continuer pendant deux années au moins le régime à 40 grammes d'hydro-carbonés*, et ce n'est qu'au bout de ce laps de temps qu'on peut augmenter avec précautions leur quantité. Quoi qu'il en soit, il sera toujours bon de prescrire chaque mois, après un « jour de légumes », quelques jours de régime sévère, non hydrocarboné.

Dans les cas *moyens*, même s'il y a acidose marquée, on emploie jusqu'à disparition de la glycosurie le régime sévère, c'est-à-dire : avec le repos au lit et la réduction méthodique des albuminoïdes et des hydrocarbonés, avec augmentation correspondante de la réaction de graisse. Au moment de chaque réduction nouvelle, on intercale un « jour de légumes », à savoir : 400 à 600 grammes de légumes pauvres en hydrates de carbone, répartis en trois repas, 2 à 4 œufs, 50 à 100 grammes de lard, une portion de soupe grasse avec légumes, du thé, du café sans crème, de l'eau alcaline. Le régime à l'avoine donne également de bons résultats. Cette méthode, recommandée par Lauritzen, permettrait d'augmenter la survie dans les cas moyens.

Les cas *graves* doivent être traités d'après les mêmes principes que les cas moyens : « cependant il faut, dit Lauritzen (*Nordisk. Tidsch. f. Terapie* 1910, n° 6) accorder une importance plus grande à la cure alcaline surtout quand on abandonne le régime sévère. Quand le sucre ne disparaît pas, il est recommandé de prescrire un jour de jeûne ».

Le régime à l'avoine donne également de bons résultats, s'il est précédé et suivi de « jours de légumes ».

Bref, il est très important, dans le diabète infantile avec survie, de ne revenir au régime mixte qu'avec beaucoup de prudence et de précaution. Ce qui est dit pour les cas légers, est plus nécessaire encore pour les cas plus graves ; enfin il ne faut jamais oublier de soumettre *pendant longtemps* les petits malades à une surveillance médicale régulière, même en l'absence de toute glycosurie.

Dr FISER.

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

Quelques inconvénients du Badigeonnage des plaies à la Teinture d'iode

Depuis deux ans, je traite systématiquement les plaies par des badigeonnages de teinture d'iode, après avoir fait, en cas d'accident, les ablations nécessaires aussi larges que possible.

Généralement, les résultats sont excellents : pas de suppuration, réunion *per primam* des surfaces suturées, cicatrisation rapide des surfaces non suturées laissées au bourgeonnement.

Toutefois il est certains accidents que je tiens à signaler. Divers individus sont hypersensibles à la teinture d'iode, et je me souviens d'une personne qui, à la suite d'un badigeonnage du cou, fut atteinte d'érythème étendu avec œdème considérable du cou, de la face et de la partie supérieure du tronc.

Je n'ai pas en vue ces cas particuliers contre lesquels nous ne sommes pas prévenus. Mais il est une autre catégorie d'individus chez lesquels il faut se défier de la teinture d'iode. Il s'agit d'ouvriers *manipulant des produits chimiques*,

et en particulier les solutions d'acide sulfurique et de sulfate de cuivre, les tréfileurs notamment, dont la peau des mains est continuellement irritée.

Ces individus suppurent d'ailleurs facilement. Chez eux le badigeonnage de teinture d'iode est néfaste. Il est presque toujours le point de départ d'une dermite vésiculeuse intense qui amène la chute de la peau sur une grande étendue.

Quant à la plaie elle-même, elle est plutôt favorablement influencée, et sa cicatrisation n'est en rien retardée par cette complication.

J'ajouterai que la teinture d'iode doit être appliquée à sec sur la ligne des sutures ou sur la surface cruentée, qu'il faut se défier des bains préalables, surtout de ceux où l'agent antiseptique est l'eau oxygénée ou le lusoforme (production d'acide iodique).

Je reste toutefois fidèle à ce procédé malgré les quelques mécomptes qu'il m'a donnés.

Dr Beuvignon,
Commercy.

PATHOLOGIE SAISONNIÈRE

La Grippe chez l'enfant.

Si nous parlions un peu de la grippe ?

Aussi bien, ce sujet n'est-il pas hors de propos surtout depuis que le refroidissement soudain de la température, succédant aux longues journées pluvieuses de l'arrière-saison, peuple nos maisons, nos rues, nos carrefours, d'une foule de malheureux qui vont mouchant, toussant, crachant... à nez et à gorge que veux-tu.

Nous sommes loin du temps où Broussais définissait la grippe « une invention des médecins sans clients qui, n'ayant rien à faire, se sont amusés à créer ce farfadet ».

Si le père de la doctrine humorale revenait sur terre, il se rendrait compte aisément que le scepticisme masqué derrière sa boutade trouve un démenti formel dans les multiples manifestations pathologiques d'une affection dont les aspects, si nombreusement divers, permettent de la considérer comme la « maladie-protée » par excellence.

Quelles que soient les espèces microbiennes qui, au point de vue bactériologique, conditionnent la grippe, et encore qu'il règne à ce sujet une remarquable divergence de vues parmi les observateurs prompts à différer d'opinion, selon les résultats de leurs recherches, il reste acquis à cette heure, sur le terrain de la clinique, que, selon le dire de Hutinel et Debarré, cette maladie infectieuse se caractérise principalement « par la précocité et l'intensité de la dépression nerveuse, contrastant avec la bénignité des autres manifestations morbides, et par la longue durée de la convalescence ». Ce sont ces caractéristiques qui doivent s'imposer à l'esprit du thérapeute, désireux de formuler un traitement actif et efficace. Nous reviendrons là-dessus.

Il semble, cette année, si nous en croyons les statistiques, que le génie épidémique affecte une prédilection marquée pour l'enfance, et nous sommes ainsi amenés à examiner les formes que revêt la grippe de l'enfant.

Hutinel en décrit trois principales : la forme respiratoire, la forme gastro-intestinale et la forme nerveuse.

Qu'il s'agisse de nourrissons ou d'enfants plus âgés, la forme gastro-intestinale est la plus fréquente dans les classes moyenne et ouvrière, parce que la maladie frappe la plupart du temps des sujets dont l'hygiène alimentaire est défectueuse, ou qui sont ou ont été atteints d'affections digestives, dyspepsies, entérites, etc., créant là le *locus minoris resistentiæ* tout préparé pour l'invasion d'une infection ultérieure.

Un premier type de grippe gastro-intestinale simule à s'y méprendre la gastro-entérite aiguë, la diarrhée cholériforme, voire le choléra infantile. Invasion brusque, flux diarrhéique profus, lientérique d'abord, puis aqueux et grumeleux, vomissements, ventre météorisé, sensible à la pression, douleurs colliquatives, température élevée (40°), facies altéré, même péritonéal, rien n'y manque.

Un second type rappelle avec une exactitude frappante la fièvre typhoïde, si ce n'est que la langue reste humide et que le séro-diagnostic demeure négatif.

L'évolution de la grippe chez l'enfant est généralement bénigne et aboutit habituellement à la guérison. Mais sa lenteur, et l'éventualité menaçante de complications auxquelles nul organe ne peut se vanter de rester étranger, et qui s'aggravent du fait de l'intervention de germe à virulence exaltée, font un devoir au praticien de ne pas s'endormir sur le coussin douillet des probabilités favorables, et d'instituer dès le début un traitement énergique.

En outre d'une médication symptomatique qui peut trouver matière à se formuler avantageusement, l'indication primordiale de ce traitement dérive de l'action déprimante exercée sur le système nerveux par la toxine grippale. Cette indication est double : d'une part, elle tend à ouvrir largement les émonctoires, afin d'assurer l'élimination des produits microbiens accumulés dans l'organisme à la faveur de l'infection évoluante ; d'autre part, elle agit sur le système nerveux lui-même, pour le stimuler et pour en augmenter la force de résistance.

Sans parler des agents médicamenteux qui répondent à l'un et à l'autre de ces desiderata, la méthode de choix, celle dont nous n'en sommes plus à apprécier l'excellence des effets, est la balnéothérapie.

Balnéothérapie *intus* et *extra*, cela va sans dire, afin d'en augmenter les moyens d'action. Il est en effet de bonne tactique de recourir, toutes les fois que la chose est possible, à la balnéation externe par les bains tièdes ou frais, qui contribuent puissamment à abaisser la température et qui, en même temps, impressionent les terminaisons nerveuses du tégument, emmagasinant

dans les centres nerveux,par l'intermédiaire des nerfs centripètes, une vitalité et une énergie qui leur permettent de se défendre contre l'intoxication.

La balnéothérapie interne est réalisée par la cure de boisson qui, toujours et partout,est de mise, et pour la pratique de laquelle aucune résistance du malade ou de son entourage n'est à craindre.

Ceci posé en thèse générale, la grippe gastro-intestinale de l'enfance est, plus que toute autre, justiciable de la cure de boisson, puisque la méthode universellement admise aujourd'hui pour le traitement des affections digestives aiguës du premier âge, et même au-delà, est la diète hydrique.

Quarante-huit heures de diète hydrique suffisent en général à apaiser le gros orage provoqué par une atteinte de grippe localisée sur l'appareil digestif, et il est remarquable d'observer combien rapidement tout rentre dans l'ordre.

La cure de boisson pratiquée, soit au titre de diète hydrique au point de vue particulier que nous venons d'envisager, soit d'une manière générale, unie ou non à une autre médication, donne le maximum de résultats dans le temps le plus court, quand elle est effectuée au moyen d'une eau minérale alcaline naturelle, telle que la Reine de Vals. Nous ne rappellerons pas ici les détails de son administration aux enfants ; ils ont été précisés à différentes reprises par notre excellent confrère et ami Gassot, dont la compétence en la matière est le fruit d'une longue expérience.

Disons seulement, en terminant, que le malade trouve son compte de toutes les manières à être soumis au régime de la Reine de Vals, dont la teneur en acide carbonique accroît la fraîcheur, toujours goûtée des fébricitants, et les propriétés anti-émétisantes, et qui, par sa minéralisation bicarbonatée sodique, contribue à augmenter la leucocytose, à neutraliser les acides du milieu intestinal, et produit enfin une diurèse abondante, propre à l'élimination ininterrompue des toxines que charrie le sang dans le torrent circulatoire.

D[r] E. D. GASTON.

MÉDECINE MILITAIRE

Sur les Indications générales de la Chirurgie du champ de bataille ;

Par le D[r] FISCHER,
Médecin-major de 2[e] classe.

« A l'époque des batailles à courte distance, des projectiles gros et déformables et des blessures presque fatalement septiques, époque où l'hospitalisation des blessés sur place était souvent impossible et le système d'évacuation, généralement peu confortable — la chirurgie aux armées, dit le médecin-major Toubert, ne pouvait être qu'*interventionniste* par principe ».

Aujourd'hui les conditions de la guerre ont changé.

Les combats s'opèrent à longue distance. Les armements ont été modernisés ; ce sont maintenant des blessures nettes et souvent simples qu'ils produisent par leurs projectiles petits, peu déformables et peu infectants. L'hospitalisation est devenue rapide dans des conditions rendant possibles et même faciles l'asepsie et l'antisepsie ; enfin les évacuations se font rapides et confortables.

Bref, dans ces circonstances favorables que nous offriront les guerres futures, la chirurgie d'armée, contrairement à ce qu'elle était autrefois, sera *conservatrice* par principe, et elle ne deviendra interventionniste que par nécessité. A moins de traumatismes considérables, à moins d'hémorragies, qui forceront toujours la main au chirurgien, il sera ainsi permis de substituer aux opérations de « grande chirurgie » d'autrefois (amputation, laparotomies, etc.), *comme traitement immédiat, et surtout pour les membres,* des opérations de « petite chirurgie » : le pansement et l'immobilisation.

Tel est le résultat de l'expérience des guerres modernes et de l'observation clinique ; *il faut désormais à la fois « conserver et sauver », et n'intervenir que par nécessité.*

Ces faits établis, on doit se demander dans quelles formations sanitaires des armées il sera permis d'intervenir, de pratiquer des opérations de « grande chirurgie », lorsqu'elles seront nécessaires. Exposer les données de ce problème, tel est but principal que nous nous sommes proposé,afin de rappeler ici quelques données utiles aux confrères qui seront un jour appelés à faire de la chirurgie sur le champ de bataille.

***

Parlons tout d'abord du rôle réservé *au service de l'avant, poste de secours, ambulance,* c'est-à-dire *à des formations éminemment instables,* qui devront *surtout* faire de la petite chirurgie, soit appliquer un pansement et immobiliser.

Pour une *blessure des membres,* qu'il y ait ou non une lésion osseuse, ouverte ou fermée, simple ou comminutive,un pansement bien appliqué,sous un appareil d'immobilisation quel qu'il soit, suffit pour laisser sans danger évacuer sur une formation stable.

S'il y a cependant complication d'hémorrhagie, même abondante, une compression, à la racine du membre (garrot, tourniquet, bande de caoutchouc, avec surélévation du segment intéressé) permettra d'assurer une hémostase provisoire satisfaisante jusqu'à l'ambulance, où le chirurgien fera l'hémostase définitive par la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie.

Quant aux opérations,telles que l'ablation d'esquilles,la résection ou l'amputation elles ne seront discutées que bien plus tard.

En présence d'une *blessure du crâne*, deux cas sont à distinguer :

1° *Il n'y a pas de réaction cérébrale* : c'est pour le poste de secours, pour l'ambulance — même doublée de sa section d'hospitalisation, si elle est immobilisée pour peu de temps — l'indication de nettoyer avec soin la région, de raser les cheveux à une certaine distance, de désinfecter minutieusement la plaie par une large application de teinture d'iode, puis de la protéger par un pansement bien appliqué contre les souillures ultérieures.

S'il y a simplement probabilité de fracture, une intervention s'impose, dès que les circonstances le permettent, pour désinfecter le foyer de fracture : on peut à la rigueur, *en formation instable*, inciser largement les téguments en volet, mais en cas de fissure, on s'abstient, une fois la désinfection faite ; il faut en effet, à l'ambulance, se contenter de faire le minimum, laissant au chirurgien de la *formation stable* le soin d'entreprendre la trépanation, qui peut devenir parfois une opération longue et délicate.

On n'oubliera pas que ces blessés sont en principe *intransportables*, c'est-à-dire qu'ils sont transportables à la plus petite distance possible dans les meilleures conditions possibles.

2° *Il y a réaction cérébrale* : on se trouve alors en présence d'un blessé *absolument intransportable* : même désinfection de la plaie superficielle que ci-dessus, et thérapeutique symptomatique du shock. Si celui-ci s'aggrave, il deviendra inutile d'opérer un moribond ; s'il disparaît, on peut essayer un transport *ménagé* pour l'amener dans une formation stable où sera tentée l'aseptisation du foyer de fracture cranien.

Une *lésion du rachis* réclame comme *traitement immédiat*, une immobilisation aussi complète que possible, et un transport aussi ménagé que celui d'une blessure du crâne.

Pour relever le blessé, on doit se servir de la capote ou du manteau « comme d'un hamac », ou encore, inclinant « tout d'une pièce » le blessé sur le côté, coller contre lui le brancard, puis abaisser simultanément brancard et le blessé » (Delorme).

Quand un homme est atteint d'une *plaie de poitrine* que l'on peut supposer *pénétrante*, la première indication est : *primo non nocere*. Pas d'exploration de la plaie, même quand la présence d'un corps étranger intrathoracique est certaine. L'occlusion de la plaie doit être faite par un tamponnement aseptique, qui offre l'avantage d'arrêter une hémorragie externe, de réaliser indirectement l'hémostase pulmonaire, d'éviter l'infection extérieure, enfin de refaire de la plèvre une cavité close pour le meilleur fonctionnement du cœur et du poumon. Des injections sous-cutanées de morphine, d'ergotine ; du sérum salé en transfusion. Enfin, l'immobilisation relative du thorax au moyen d'un pansement en corset légèrement compressif. Ainsi se résume le traitement *immédiat* des blessés du thorax, que l'on doit, blessés intransportables, évacuer avec tous les ménagements possibles. Parfois un hémothorax abondant indique la nécessité d'une position demi-assise pour le blessé.

S'il y a *plaie du cœur*, le plus souvent la mort est rapide ; en cas de survie, le blessé doit être, après injection de morphine et d'éther, transporté avec beaucoup de précautions à l'ambulance. D'après Manteuffel, c'est là qu'il faudrait intervenir pour rechercher et suturer la plaie ; mais la majorité des chirurgiens estiment que, malgré les indications particulièrement pressantes d'intervenir, mieux vaut s'abstenir dans cette formation, étant données les conditions défavorables du milieu. On doit alors se contenter de désinfecter soigneusement la plaie, de l'occlure à la gaze aseptique ; puis immobiliser rigoureusement le blessé d'une part, et son thorax de l'autre, ce dernier aussi complètement que possible. Une vessie de glace, une injection de caféine, une infusion de sérum artificiel (se méfier de la digitale) et enfin, si possible, c'est-à-dire en cas de survie, l'intervention pratiquée dans une *formation sanitaire stable*. (Tout au plus pourrait-on faire à l'ambulance une incision s'il y avait des signes de compression grave du cœur par hémopéricarde).

Sur le champ de bataille, le *blessé de l'abdomen*, avec ou sans lésion intestinale, est relevé avec les plus grandes précautions et son transport, s'il est indispensable, est réduit au strict minimum. Au poste de secours, la plaie une fois protégée contre les souillures du dehors par un pansement aseptique ; si possible, l'abdomen est comprimé avec soin afin d'obtenir l'immobilisation de l'intestin ; l'opium et la morphine concourent au même but. Se rappeler qu'*il faut ici la diète absolue*, principalement pendant les premières heures et l'abstention complète de boissons.

A l'ambulance, même ligne de conduite, à moins que l'issue de viscères, ou qu'une hémorragie interne particulièrement intense ne force le chirurgien à intervenir.

Le traitement ultérieur, laparotomie et exploration complète, opération de Murphy (c'est-à-dire simple drainage sous-ombilical avec position demi-assise), etc., est réservé à la formation stable, où le blessé doit être amené par un transport ménagé.

***

En somme, *en chirurgie de champ de bataille*, ce qui veut dire dans les *formations sanitaires instables* (poste de secours, ambulance même immobilisée pour peu de temps), *quand faut-il intervenir* ?

Pour les blessures des membres : jamais, à moins d'hémorragie grave.

Pour les blessures du crâne : toujours, même s'il y a absence de réaction cérébrale, à condition de se contenter de la désinfection faite, la peau incisée, sans entreprendre la trépanation.

Pour les lésions pulmonaires : jamais.

Pour l'abdomen et le cœur : jamais à moins d'indications spéciales : *a*) hémorragie interne,

issue de viscères ; *b*) hémopéricarde amenant une compression grave.

***

L'intervention de « grande chirurgie », l'intervention vraie d'une « chirurgie conservatrice », *ne peut donc être entreprise que dans les formations stables* (ambulance avec section d'hospitalisation, immobilisée pour un long temps, hôpital de l'arrière, hôpital de l'intérieur). *Elle est alors soumise aux mêmes indications thérapeutiques qu'en chirurgie courante.* Le chirurgien militaire peut, dans ces conditions, traiter, comme il le ferait en chirurgie courante, les plaies par armes à feu et par armes blanches qui ont été produites sur le champ de bataille, et s'il ne lui était pas permis d'agir ainsi, *sitôt son blessé relevé, c'est que les formations sanitaires de l'avant présentent tous les inconvénients de l'instabilité,* inconvénients particulièrement préjudiciables à un traitement chirurgical.

Pour opérer avec toutes les chances de réussite, il faut en effet, un milieu suffisamment aseptique, où, tout au moins, l'on possède à sa disposition de l'eau bouillie,où l'on puisse être assuré de la propreté manuelle rigoureuse des opérateurs ; — une chambre à l'abri du vent et de la poussière,surtout chaude et bien éclairée ; —un matériel aseptique chaud, des instruments propres, des aides idoines.

Or, au poste de secours, il est de toute évidence, malgré quelques avis contraires de date déjà ancienne et surtout de pure théorie, que personnel, matériel, installation, tranquillité, stabilité, font défaut.

Que faut-il penser d'autre part de l'ambulance immobilisée avec sa section d'hospitalisation ? Tout d'as bord, en bien des circonstances, surtout lors desbatailles fournissant de nombreux blessés, cette formation sera soumise aux fluctuations pe la lutte, forcée de se déplacer rapidement. Elle n'aura pas alors d'installation suffisante pour une intervention de « grande chirurgie ». Car l'expérience a montré que les tentes, et surtout celles installées à proximité du champ de bataille ne pouvaient servir à l'exécution bien conduite de semblables opérations ; elles sont mal éclairées point ou mal chauffées, ne mettent pas suffisammet à l'abri du vent, de la poussière, de la pluie. Bref l'ambulance n'aura qu'exceptionnellement à sa disposition la chambre opératoire bien fermée, claire, chaude, propre. Souvent point d'eau, point de feu ; les instruments ne seront pas de propreté certaine ; ni le chirurgien, ni ses aides ne pourront assurer l'asepsie de leurs mains.

Le personnel enfin, débordé par un travail pressant, manquera de temps, de tranquillité, et bientôt des forces nécessaires.

Dès lors, l'opération, même opportune pour le blessé, ne pourrait-elle pas se trouver contre-indiquée par l'intérêt général ? A cause du temps qu'elle demande ou des soins consécutifs qu'elle exige ; à cause de l'extrême fatigue qu'elle risque d'imposer au personnel. Si, pour sauver un seul homme, si pour simplement lui donner quelques chances des plus aléatoires de guérir, l'on en arrive à négliger momentanément nombre d'aures blessés, l'intérêt général ne voudra-t-il pas, *lui aussi*, imposer l'abstention opératoire dans ces formations peu stables, et surchargées de travail, du service de l'avant ? (Ferraton).

Certes, il n'en sera plus de même si à un moment cette même ambulance, dans certaines grandes batailles des guerres modernes où pendant plusieurs jours les armées lutteront sans déplacements notables, vient à s'immobiliser pour un long temps, ou bien si elle passe, « temporairement immobilisée avec sa section d'hospitalisation » dans la zone de l'arrière. Elle deviendra dès lors *une formation stable* au même titre que les autres hôpitaux de l'arrière ; elle sera moins encombrée, elle pourra préparer une chambre d'opération convenable, elle aura la facilité de permettre l'eau bouillie chaude, les instruments et les mains propres, le temps et la tranquillité pour intervenir ; on y pourra pratiquer des opérations dans les mêmes conditions qu'en chirurgie courante.

Enfin, condition non moins essentielle au succès, les opérés pourront être immobilisés pour un temps suffisamment long dans leurs lits sans subir aussitôt de nouvelles manipulations, de nouveaux transports toujours très préjudiciables.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

L'omnipotence et l'inconscience des commissions administratives des hôpitaux

La loi du 7 août 1851, sur les hôpitaux et hospices, et le règlement modèle du 15 décembre 1899 laissent par trop le champ libre aux Commissions administratives des hôpitaux. Celles-ci se savent omnipotentes : elles en profitent et oublient que les établissements hospitaliers ont été faits pour les malades et non pour servir les rancunes personnelles, politiques bien souvent, des tyranneaux de village qui, comme maires, sont de droit présidents de ces commissions.

Nous connaissions déjà le favoritisme éhonté de certaines nominations de médecins ; nous savions que les Commissions peuvent nommer qui bon leur semble, en vertu de l'art. 11 du règlement de 1899 qui, bien timidement, conseille le concours pour la nomination des médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

Quelques confrères nous avaient signalé des abus, auprès desquels le favoritisme reproché au Concours d'agrégation n'est que péché véniel.

Ici, c'est une commission qui déclare qu'elle ne tiendra aucun compte du résultat du concours, passé devant une Faculté de province, et qu'elle se réserve le droit de nommer le second ou le troisième de la liste (et non le premier) si tel est son bon plaisir.

Là, défense est faite à certains médecins très honorables d'une ville de province d'avoir à se faire inscrire parmi les concurrents.

Voilà plus fort et c'est dans l'Yonne que cela se passe. Nous extrayons les faits suivants d'un jugement du Tribunal d'Auxerre (30 nov. 1910):

Depuis le 20 mai 1884, le Dr Ferrand était, avec un de ses confrères, médecin de l'hôpital de Courson, chacun d'eux ayant une indemnité annuelle de cent francs.

La politique s'en mêla : le Dr Ferrand n'était pas du parti du maire.

Aussi, par délibérations du 21 janvier, du 5 mars et du 24 avril 1905, la commission de l'hôpital, dit le jugement, « décida et demanda à « l'autorité préfectorale d'approuver la révoca- « tion pure et simple du Dr Ferrand ; le préfet « ayant refusé d'accéder à cette demande, la « commission prit alors la résolution de réduire « et même de supprimer le traitement du méde- « cin dans le but évident de provoquer sa démis- « sion ».

« Que ce faisant, la commission paraît avoir « obéi à la préoccupation d'écarter de l'hospice « moins un médecin coupable de prétendus « manquements à ses devoirs professionnels « qu'un *adversaire politique* ».

Sur ces entrefaites, un médecin vient s'établir à Courson, attiré par le maire. La Commission en profite pour prendre, le 18 février 1906, une délibération par laquelle les deux médecins de l'hôpital verront chacun leur traitement *annuel* réduit, de 100 frs. à 0.50 cent. ! ! !

Mais ce jeune confrère quitte la localité et est remplacé par un autre.

La commission, le 26 août 1906, ramène à 100 frs le traitement annuel de chacun des deux médecins.

Ce nouveau praticien quitte à son tour la localité et la commission s'empresse, le 15 sept 1907, de ramener à 50 frs le traitement annuel du Dr Ferrand, resté seul médecin de l'hôpital.

Le préfet, justement ému des variations si fréquentes de cette Commission administrative, fit observer que cette dernière délibération n'avait pas reçu son approbation.

Indignation de la commission : elle ne reconnaît pas au préfet le droit de la tenir en tutelle: « Attendu, dit le jugement, qu'à la séance du « 15 août 1908 communication de cet avis fut « donnée à la commission, par son président, qui « exprima la surprise des interventions réitérées « de l'autorité préfectorale dans ce conflit, qu'il « revendiqua, pour la commission administra- « tive, le *droit souverain et sans contrôle de nom- « mer les médecins de l'hospice et, conséquemment « de fixer leur traitement* ; qu'il expliqua enfin « que c'était en raison de ce pouvoir qu'elle « n'avait pas à soumettre sa délibération du 15 « sept. 1907 à l'approbation préfectorale ;

« Que le même président ajouta que, pour « qu'un traitement fût acquis au médecin, *com- « me aux autres gens de service...* »

Et plus loin : « Attendu que la commission « soutient qu'il lui appartient de fixer *souverai- « nement* le traitement de ses *employés* et que, « comme les autres *salariés, les médecins n'ont « qu'à s'incliner* devant les réductions qu'il lui « *plaît* de leur imposer. »

Qu'en dites-vous confrères, médecins et chirurgiens de petits hôpitaux ? Et vous, grands maîtres de nos hôpitaux de Paris, de Lyon ou d'ailleurs ? Aux yeux d'une commission administrative, vous ne devez être que des salariés, des employés, des gens de service ! Et, devant les vexations arbitraires d'une commission, vous n'auriez qu'à vous incliner ! !

Et que diriez-vous du fait suivant, encore tiré du même jugement : « En novembre 1906, le Dr « Ferrand ayant fait entrer à l'hospice, alors « qu'il n'était pas dans son mois de service, une « vieille religieuse, attachée autrefois à cet éta- « blissement et frappée sur la voie publique « d'une attaque de paralysie, le maire adressa « au Dr Ferrand la lettre suivante :

« 15 novembre 1906, M. le Dr Ferrand, à « Courson : J'apprends que vous pénétrez à « l'hospice alors que vous n'êtes pas médecin « de service, pour donner des soins à un mala- « de. *Je vous interdis formellement d'agir ainsi* « et je vous prie de me faire connaître pour quel « motif et dans quelles conditions vous avez cru « devoir, à cette fin, pénétrer dans l'hospice.

« Le maire, président de la commission administrative (signé), Jobier. »

Heureusement que le Tribunal rend hommage au dévouement du Dr Ferrand, qui, dans cette querelle de village, s'est souvenu que l'hôpital était fait pour les malheureux et que ceux-ci ne devaient pas être les victimes des rancunes politiques d'un potentat municipal :

« Mais attendu que le Dr Ferrand était, à ce « moment, l'unique médecin de l'hospice ; que « s'il eût, par esprit de représailles, refusé ses « soins aux malades, il eût manqué non seule- « ment à ses obligations professionnelles, mais « à un devoir de conscience des plus impérieux ; « qu'il n'y a donc rien à retenir de son attitude « en la circonstance, *sinon qu'elle a été toute à son « honneur.* »

Et le tribunal de conclure :

« Déclare nulles, comme insuffisantes, les of- « fres de 133 fr. 50 cent., condamne le prési- « dent de la commission administrative de l'hô-

« pital de Courson à payer au Dr Ferrand, pour « les causes sus-énoncées :

« 1° La somme principale de 800 fr. pour solde « de son traitement de médecin de l'hospice de « cette commune au 1er novembre 1910, avec les « intérêts au taux légal du 12 avril 1910, jour « de la demande ;

« 2° Celle de 150 fr. à titre de dommages-inté- « rêts. »

Ces démêlés des médecins avec les commissions administratives sont fréquents. Nous avons reçu, au Sou médical, maintes lettres de confrères se plaignant d'abus de pouvoir ou de vexations stupides, dont le motif est souvent dans la vengeance et la rancune politiques.

Mais, franchement, les pauvres, les déshérités de la fortune, en un mot ceux qui rentrent à l'hôpital parce qu'ils n'ont pas, chez eux, les moyens nécessaires de se faire soigner, ceux qui n'ayant que leur peau comme capital, ont intérêt à être bien traités et vite rétablis pour pouvoir aller gagner leur vie et celle de leur famille, eh bien ! ces malheureux doivent-ils pâtir des rivalités entre maire et médecin ? N'est-ce pas eux les vraies victimes de ces conflits regrettables ?

Les lois et règlements qui régissent nos hôpitaux auraient besoin d'être révisés dans un sens plus humanitaire et plus social. Est-il besoin d'être maire ou conseiller municipal pour être préposé *d'office* à l'administration d'un hôpital ? Avoir été l'élu du peuple donne-t-il les connaissances suffisantes pour connaître des besoins des malades ?

Nous souhaiterions qu'au Ministère de l'Intérieur nos réclamations soient entendues, et que les médecins soient convoqués pour collaborer à une refonte plus moderne et surtout plus sociale de la loi par trop vieillotte du 7 août 1851, encore en vigueur de nos jours.

Nous le demandons au nom de nos malades indigents, au nom des pauvres.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE SYNDICALE

Coups d'essai, coups de maître : Le nouveau Syndicat médical de la région de Nyons. — En Corse : les gendarmes et leur famille inscrits sur la liste d'assistance. Protestations du Syndicat de Bastia. — A la Fédération du Sud-Ouest : Une année d'efforts fructueux. — La poursuite de l'Exercice illégal au Syndicat des médecins de la Seine. — Le Syndicat des médecins de Toulouse et les Polycliniques ouvrières.

Les médecins de l'arrondissement de Nyons et des cantons circonvoisins se sont constitués en Syndicat, dont le siège social est à Nyons, au domicile du président. Ce Syndicat comprend la Basse-Drôme et une enclave du département du Vaucluse.

A l'heure actuelle il compte 21 membres.

La Chambre syndicale pour l'année 1910-1911 est composée comme suit :

Président : Docteur Long, de Nyons. *Secrétaire* : Docteur Flouret, de Vinsobres. *Trésorier* : Docteur Bernard, de Nyons. *Syndic* : Docteur Rochier, de Nyons.

Le premier acte du groupement a été de relever le taux des honoraires en établissant un tarif minimum applicable dès le premier janvier 1911, — et d'imposer à toutes les Sociétés de secours mutuels de la région le libre choix du médecin et le tarif à la visite.

Ce qui n'est déjà pas mal pour un début.

Afin d'assurer dans une certaine mesure le repos hebdomadaire à chaque médecin, le Syndicat a taxé au double tarif les visites des dimanches et jours fériés, sauf pour les cas d'extrême urgence et les malades en cours de traitement.

Le Syndicat a décidé en outre que chaque médecin enverra ses notes d'honoraires au moins une fois par an, et que les notes datant de plus d'une année seront recouvrées (frais en sus) au domicile du client négligent.

Le public a été informé par la presse locale que le Syndicat se rendait moralement solidaire avec chaque médecin adhérent contre tout client de mauvaise volonté.

La cordiale entente qui a caractérisé les premières réunions permet d'espérer de ce petit syndicat régional d'excellents résultats.

Il a été décidé en principe de le rattacher à la fédération régionale et à l'Union centrale afin de contribuer aux améliorations corporatives que tous les praticiens de France désirent.

Nous applaudissons des deux mains au bon exemple si hardiment et si activement donné.

***

La Corse est le pays des surprises, et nos Confrères insulaires n'ont pas été peu surpris de lire un matin dans les journaux locaux la petite note suivante :

Avis aux Médecins des services d'Assistance et d'Hygiène. — MM. les Docteurs en médecine et Officiers de santé sont invités à faire connaître à la Préfecture (Inspection de l'assistance publique) avant le 10 décembre prochain, les communes où ils désireraient être désignés comme médecins des services d'assistance et d'hygiène à dater du 1er janvier 1911.

Indépendamment des services rémunérés qui sont mentionnés à l'article 2 du règlement départemental qui sera adressé à tout intéressé, *MM. les médecins des services d'assistance et d'hygiène seront tenus de soigner gratuitement les militaires de la gendarmerie et de leurs familles ; les candidats devront consigner un engagement en ce sens en adressant leur demande.*

Il sera statué ensuite sur ces demandes d'une façon définitive par M. le Préfet.

Le Syndicat médical de Bastia a tout aussitôt énergiquement protesté auprès de l'administration préfectorale contre la violation formelle de l'esprit de la loi du 15 juillet 1893 et des termes du règlement délibéré par le Conseil

général de la Corse le 1er octobre 1909. L'art. 7 de ce règlement dit : « *Le médecin doit ses soins UNIQUEMENT aux personnes inscrites NOMINATIVEMENT sur les listes d'assistance ou à celles qui lui remettent un certificat du maire attestant qu'elles ont été l'objet d'une admission d'urgence.* »

Il n'y a pas de raison pour ne pas confier au service de l'Assistance médicale gratuite les cantonniers et leurs familles, les douaniers et autres fonctionnaires dont le traitement annuel est inférieur à 3.000 francs. On pourra dans quelques années y joindre les mutualistes et tous les citoyens astreints de par la loi à se constituer une retraite.

Reste à savoir si M. le Préfet de la Corse en agissant ainsi respecte ou viole la loi ?

***

Ce n'est pas sans raison que, dans la *Fédération médicale* du Sud-Ouest, notre distingué confrère, le Dr V. Parant, secrétaire général, chante victoire dans son rapport annuel. Condamné par le tribunal correctionnel de Toulouse dans un procès qui lui fut intenté, M. V. Parant le fut avec de tels considérants que sa condamnation constitue un véritable triomphe pour la cause syndicale. Nous préférons d'ailleurs citer le rapport lui-même tout en félicitant chaudement son auteur :

L'histoire syndicale de l'année 1909-1910 est dominée par le conflit médico-mutualiste et par le procès Landelle.

Vous me permettrez cependant d'être bref sur ces sujets. Les péripéties vous en sont trop présentes à l'esprit, ainsi que le sens du jugement qui a confirmé les justes griefs du Syndicat. Sans doute, les dernières lignes de ce document n'ont-elles pas été ce que nous eussions désiré, mais quand la jurisprudence vient établir qu'un Syndicat médical a le droit de mettre à l'index un médecin même non syndiqué qui se tient à l'écart ou lutte, sous couleur d'indépendance ou pour tout autre motif, contre des décisions mûrement étudiées et réfléchies, et cela parce qu'il est le gardien des règles professionnelles et le garant de l'entente confraternelle et qu'il doit empêcher les défections de s'établir dans les rangs des médecins, — quand, d'autre part, se mettant en face du cas particulier qui lui est soumis, le tribunal n'hésite pas à accumuler, pour apprécier la mesure prise, les épithètes de licite, utile, nécessaire et légitime, comment lui garderions-nous rancune de la clause terminale qui est tombée sur nous de cent louis de haut ?.. Plaie d'argent n'est pas mortelle, surtout lorsqu'elle a été fermée avec tant de bonne humeur par les confrères syndiqués.

Le jugement du tribunal de Toulouse, qui compte déjà dans la jurisprudence, a fait le tour des revues sociales et des journaux médicaux ; il a même eu les honneurs du la grande presse où, sous la signature d'un membre de l'Académie française (1), le médecin que vous savez est traité comme un simple « renard », cependant que nos juges sont loués de leur décision pour avoir si bien, en ce temps de syndicalisme violent, posé ce problème fondamental de l'action syndicale : « Y a-t-il des intérêts collectifs dont les représentants, gardiens de règles professionnelles, peuvent légitimement exiger le respect ? S'il y en a, ajoute notre auteur, par quels moyens ce respect peut-il être sauvegardé, sans que des individus, s'arrogeant le droit de l'imposer et laissant le « gorille reparaître », s'abandonnent à de lâches et criminelles violences ? Voilà la double question qu'il faudra bien se décider à aborder quand on aura suffisamment maudit la tyrannie syndicale. » Et M. de Mun, confirmant des idées plus d'une fois émises par votre Bureau, déclara que les difficultés et les sanctions seront d'autant moindres que le pouvoir légal du Syndicat sera plus grand. « Le syndicat, dit-il, se jette dans la violence parce qu'il n'a pas d'autorité réelle et universellement acceptée. L'anarchie vient de là. Elle ne cessera que par l'organisation des professions. »

En attendant ce jour fortuné où les conflits intra-professionnels se résoudront par le jugement des intéressés sans contestation de leur part et sans esclandre inutile, le Syndicat se doit à lui-même, et à tous les médecins qui l'ont suivi, de persévérer dans la voie où il est entré. Sans rancune à l'égard de quiconque, il sera heureux de pouvoir lever un jour les mesures d'isolement qu'il s'est vu contraint d'adopter. Mais ce ne pourra être que le jour où MM. Bénazet, Frézières, Landelle et Rey auront réparé le tort porté par eux à leurs confrères et au Syndicat.

Quoi qu'il en doive être un jour de cette réconciliation, l'attitude de notre adversaire judiciaire a rendu un service signalé à la cause syndicale en accentuant l'union du corps médical toulousain et en jetant le désarroi dans les milieux mutualistes.

Nous en avons eu la meilleure preuve quand les promoteurs eux-mêmes de la résistance au Syndicat lui ont indirectement adressé, après le procès, des propositions d'*entente* où *ils faisaient leurs*, deux de nos principales revendications : le libre choix et le système à la visite. Et s'ils ont, à leur tour, échoué au sein de la Fédération, c'est qu'*ils* se sont vu opposer leurs propres arguments de la veille par les troupeaux mutualistes qui ne comprenaient pas un tel changement. Nos idées sont en marche néanmoins, et nous avons maintenant la certitude du succès.

A l'heure actuelle, onze Sociétés ont traité avec le Syndicat, cinq pour le système à la visite, six pour l'abonnement. Des Sociétés qui se sont adressées aux dissidents, deux seulement ont quelque importance. Plusieurs contrats dénoncés dans le cours de cette année ne tombent à expiration que dans quelques semaines, et des pourparlers se poursuivent pour aboutir à la réussite de notre campagne. Le point capital de discussion est toujours la prétention des Sociétés de traiter avec les médecins pris un à un. Mais, outre que cette prétention est absurde quand il s'agit du libre choix, il est trop évident que l'action syndicale peut grouper les forces nécessaires à la victoire pour que nous puissions céder sur ce point. Le Syndicat, par la main de son Président, doit signer pour tous.

C'est également la force collective et la poussée syndicale qui triompheront bientôt de l'esclavage administratif qui pèse sur la profession médicale. Déjà, l'an dernier, à la suite des incidents du Bureau d'hygiène, vous aviez agi selon cette décision que « lorsqu'il s'agit de fonctions publiques, seules doivent influer sur la situation du médecin, sur son gagne-pain, — sa compétence, sa moralité et sa conscience professionnelles ».

Cette année, poursuivant l'œuvre de libération du corps médical, le Syndicat s'est adressé au Pré-

(1) A. de Mun. — 29 septembre 1910.

fet de la Haute-Garonne pour lui exprimer son sentiment au sujet de la situation des médecins assermentés et demander que tout médecin ayant qualité pour exercer à Toulouse et dont l'honorabilité sera incontestable soit admis à se faire assermenter sur sa simple demande.

M. le Préfet, faisant un pas important dans la voie que lui indique le Syndicat, a répondu qu'il examinerait « toujours avec la plus large bienveillance les demandes que voudra bien lui transmettre le Syndicat de Médecins, auquel il sera heureux de donner ainsi satisfaction ».

Pour suivre encore les même voies que l'an dernier, le Syndicat s'est adressé à l'autorité judiciaire en la personne de M. le Procureur de la République. Il a reçu de ce magistrat un accueil certainement plus bienveillant que de coutume. Se montrer énergique et condamné en la chambre du rez-de-chaussée n'est donc pas pour déplaire au parquet du premier étage. Néanmoins, le ministère public n'a pas cru devoir poursuivre tous les fauteurs d'exercice illégal que nous lui avons signalés. Les preuves les plus évidentes au jugement du bon sens ne le sont pas toujours au sens des juges qui réclament une lumière surabondante. Grâce cependant à l'aide confraternelle de l'Association des Médecins de Toulouse, nous avons obtenu la condamnation à des dommages-intérêts d'un rebouteur bien connu dans la ville. A ce nouveau succès, il vous appartient, Messieurs, d'en joindre d'autres en fournissant au Bureau des preuves évidentes qui lui permettront de donner d'utile travail à nos brillants avocats-conseils. Cette année leur a permis de se distinguer et nous devons un témoignage de vraie sympathie à ceux qui ont su prendre notre cause en mains avec un tel talent : Me Frayssinet, que son élévation n'éloigne pas de nous, Me Peyrusse, Me Puntous, notre commun... neveu, et notre avoué, Me Mas.

L'action syndicale n'a pas eu à s'exercer seulement au dehors de la profession. Elle a tenu à se manifester dans l'intimité de nos associations professionnelles. Pour être véridique, j'ai le regret de dire que ce n'a pas été toujours sans de regrettables conséquences. Je tiens à ne pas soulever à nouveau un incident qu'il faut espérer bien terminé. Vous me permettrez simplement, sans rappeler pourquoi le Syndicat a dû se déclarer blessé de procédés auxquels il était peu habitué, de constater que si l'accord entre les Sociétés médicales, cordialement cherché par le Syndicat, n'a pas officiellement abouti, du moins son but principal, la division exacte du travail entre les Sociétés syndicale et mutualiste, semble devoir exister en fait, par la prudente réserve des quelques personnalités qui tendaient à chasser sur nos terrains particuliers.

***

Notre ami le Dr Ch. Levassort qui, au titre de vice-président du Syndicat des médecins de la Seine, joint celui, moins honorifique mais autrement actif, de directeur de l'Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, vient d'obtenir une nouvelle satisfaction. Il a fait réviser un jugement du Tribunal correctionnel qui, prenant sans doute en considération l'âge d'un octogénaire, le zouave Jacob, un incorrigible fervent de l'exercice illégal déjà maintes fois condamné, avait acquitté le prévenu. Le zouave Jacob a bel et bien été de nouveau condamné.

Le réquisitoire du distingué avocat général M. Maxwel, qui prit jadis part au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, indique d'une façon très nette ce qu'est l'exercice de la médecine et fait justice des distinguos des magnétiseurs, somnambules et autres suggestionneurs.

Nous avons déjà félicité le Dr Ch. Levassort de son succès dans l'affaire de l'Institut Mann, nous devons encore le remercier aujourd'hui ; grâce à lui, la répression de l'exercice illégal à Paris par le Syndicat des médecins de la Seine a pris une ampleur jusqu'alors inconnue et petit à petit la mentalité des magistrats, sous les yeux desquels le Dr Levassort multiplie le tableau stupéfiant des escroqueries et de l'exploitation éhontée des misères humaines, s'est singulièrement modifiée.

***

Dans les procès-verbaux du Syndicat des médecins de Toulouse, nous avons relevé une protestation contre le projet de création à la Bourse du travail d'une polyclinique destinée à donner des soins aux ouvriers victimes d'un accident du travail. Le Président du Syndicat « rappelle, lisons-nous, les violentes polémiques qu'a soulevées dans diverses villes de France la création d'organisations semblables *sous le patronage du S. M. S.* et redoute une création semblable ».

Nos confrères de Toulouse ont raison de protester, les cliniques ouvrières relèvent du même esprit que les cliniques des Sociétés d'assurances et je pourrais citer des faits démontrant qu'elles se pourvoient parfois de médecins dans les mêmes milieux. Mais comme ancien président du S. M. S. et membre actuel de son Conseil, je tiens à relever ce qui est indiscutablement une erreur. Jamais le Syndicat des médecins de la Seine (S. M. S.) n'a patronné de clinique de ce genre, toujours il les a condamnées.

Diverneresse, alors qu'il menait au Syndicat de la Seine la campagne contre les assureurs, s'est toujours employé à empêcher ces créations, *qu'il désapprouve* et y a réussi quelquefois en montrant leurs inconvénients dans les milieux ouvriers qu'il est parvenu plus d'une fois à convaincre.

Au Syndicat des médecins de la Seine, nous avons toujours réprouvé la création de ces établissements médicaux patronaux, ouvriers ou d'assurances, où le médecin perd toujours son indépendance et finit trop souvent par devenir le valet des individus ou des collectivités qui l'exploitent.

J. Noir.

SOU MÉDICAL

La réadmission dans le Sou Médical

Monsieur le Secrétaire général
du « Sou médical »,

Mon cher confrère,

C'est après mûre réflexion que j'ai décidé de vous offrir ma démission et je vous réponds pour vous dire que je la maintiens.

Je me hâte d'ajouter que je n'ai rien à reprocher au « Sou » sauf le prix de la cotisation et que je trouve que le but qu'il s'est proposé est tout à fait méritoire. Mais puisqu'il est de mode maintenant de discuter toujours la question pécuniaire, je ne trouve pas que, étant donné ma situation, il puisse me rendre des services proportionnels aux charges qu'il me donne. Justement, à propos des risques professionnels sur lesquels vous insistez, je viens de contracter pour 20 frs. une assurance de 10.000 frs. à une compagnie sérieuse. Pour les questions d'honoraires locales, nous avons ici un syndicat uni, ce qui nous permet de nous défendre ; de sorte que je ne sens pas le besoin d'adhérer au « Sou ». Si plus tard les circonstances changent, si je suis forcé de me conformer aux prescriptions de l'article 9, je verrai ce que j'aurai à faire quoique je trouve *in petto* que vous accueillez fort mal l'enfant prodigue et les brebis repentantes.

Je vous prie, d'agréer mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments et je m'excuse des termes de ma lettre s'ils vous paraissaient trop libres, elle a été écrite au courant de la plume et aurait peut-être besoin d'être revue, mais je tiens à répondre dans le plus bref délai à votre lettre du 31.

Bien confraternellement à vous.

Dr G.

Réponse

Mon cher confrère,

Oui, nous sommes obligés d'accueillir fort mal les enfants prodigues et les brebis repentantes et c'est contre eux que nous avons dû faire voter, par les assemblées générales, l'art. 9 des statuts, qui dit que tout démissionnaire ne pourra être réadmis qu'après paiement des cotisations arriérées. Savez-vous pourquoi cette dureté ?

Parce que certains médecins, trop soucieux de leur seul intérêt personnel, ne donnaient leur adhésion au « Sou » que parce qu'ils avaient une affaire sur les bras. Pour un louis, ils avaient des consultations juridiques d'avocats à la Cour d'appel ou à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat ; ils obtenaient des textes de jugements, de lois, etc. Bref, ils estimaient que l'adhésion au « Sou » était pour eux la manière *la plus économique* d'être conseillés et soutenus dans leur affaire.

Puis, le litige réglé, ils démissionnaient, pour redemander leur adhésion à la nouvelle alerte.

Cette manière de faire, par trop individualiste, n'a pas été du goût des fidèles du « Sou », qui n'ont pas voulu ni entendu payer annuellement leur cotisation, alors que les membres intermittents et temporaires avaient les mêmes droits qu'eux. Ils ont donc décidé que, pour avoir des consultations d'avocats, alors que ces maîtres demanderaient au moins 50 fr. d'honoraires, tout démissionnaire devrait payer ses cotisations arriérées, parce que ceux qui n'ont pas d'affaires sur les bras doivent venir en aide à leurs autres confrères, qui ont des revendications à faire triompher.

Ils ont estimé, à juste titre, qu'il devait y avoir une grande *solidarité* dans ce syndicat de défense professionnelle, qui s'appelle le « Sou médical » et que chacun se devait, au moins par sa cotisation, un appui mutuel.

Quelques-uns sont même allés plus loin et le Dr Faraggi se fit leur porte-parole à la dernière assemblée générale du « Sou ». Notre confrère réclama un droit d'entrée et un stage de six mois ou d'un an, c'est-à-dire que tout nouvel adhérent ne pourrait recevoir de conseils, ni de consultations juridiques pendant les six premiers mois de son adhésion. Le but : c'est d'empêcher les calculs égoïstes.

Nous n'irons pas jusque-là ; mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'il y a beaucoup de vrai dans les plaintes des fidèles adhérents du « Sou », qui ne veulent pas tirer les marrons du feu, c'est-à-dire payer régulièrement leur cotisation pour n'avoir pas plus d'avantages que les roublards qui ne viendraient au « Sou » qu'à l'heure du danger.

Vos raisons ne sont pas excellentes pour légitimer votre départ. Etes-vous bien sûr de la valeur de votre contrat avec l'assurance ? Laissez-nous avoir des doutes à ce sujet. Puis, vous ne serez garanti que contre la seule responsabilité civile. La compagnie n'interviendra que lorsqu'on vous réclamera des dommages-intérêts pour faute lourde. Et c'est tout.

Quant à votre syndicat, il est plein de bonne volonté, c'est entendu. Mais aura-t-il les reins assez solides pour faire les frais d'un procès en première instance, en appel et en cassation ? Tout est là.

Sans argent, il n'y a rien à faire et c'est pour cette raison que beaucoup de syndicats s'affilient au « Sou » : ils sont sûrs d'avoir le nerf de la guerre et de pouvoir défendre leurs adhérents.

Conclusion : revenez sur votre décision ; vous n'aurez pas à vous en repentir.

P. B.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

COUR D'APPEL D'AIX (1re Chambre).

Arrêt du 17 octobre 1910.

Dénigrement d'un médecin par un pharmacien ; condamnation à des dommages-intérêts et à des insertions dans les journaux.

Considérant qu'il suffit, pour que le débat porté devant la Cour reçoive d'elle une saine et exacte appréciation, de préciser les résultats des enquêtes auxquelles il a été procédé en mars 1908 : que ces résultats si déterminants ne peuvent laisser place au moindre doute sur le fondement de l'action du docteur D , appelant du jugement du tribunal civil d'Aix en date du onze janvier 1909 qui l'a débouté de son instance contre le pharmacien G.

Considérant que la dame D. le deuxième des nombreux témoins qui ont été entendus et dont la sincérité est restée à l'abri de toute contestation, a déposé sur le fait suivant : En mil neuf-cent-six, elle avait apporté à G., pharmacien, une ordonnance du docteur D. Elle avait à soigner un bouton et elle eut le soin de faire connaître à G. l'usage auquel le médicament était destiné ; celui-ci lui dit : « Il faut être fou pour ordonner cela. Si le docteur « n'a pas de conscience, moi j'en ai et je n'exécute « pas l'ordonnance. » Le docteur ayant maintenu cette ordonnance, le pharmacien consentit à s'y conformer.

La dame D. troisième témoin, a déposé sur le fait suivant : Le docteur D. avait ordonné de l'eau de Vals pour son enfant. Le pharmacien lui dit que cette eau lui ferait mal . que le médecin qui avait formulé cette prescription était un âne et qu'il fallait lui demander s'il avait fait ses trois ans d'études. Il ajouta : « Pourquoi ne vous adressez-vous pas à M. V... (qui est l'autre médecin de T.).

Le quatrième témoin a déclaré que sa cousine était un jour revenue fort émue de la pharmacie du sieur G. parce que celui-ci lui avait dit : « Si « vous donnez ce remède à votre enfant, elle est « perdue », avait conseillé en même temps d'aller trouver l'autre médecin de la localité.

En mil neuf cent-sept, G. avait dit à l'occasion d'une ordonnance au 6e témoin, qui est receveur « de l'enregistrement à T : « Pourquoi vous adres- « sez-vous à M. D. ? C'est un âne ou un idiot. »

Vers la même époque étant dans sa pharmacie, G. avait affirmé au septième témoin qu'en se refusant à exécuter certaines ordonnances du docteur D., il avait empêché des empoisonnements dans T. ; il avait tenu les mêmes propos devant le huitième témoin.

Considérant que la contre-enquête n'a nullement affaibli la portée de ces déclarations et que d'ailleurs G. n'a pas frappé d'appel incident la décision des premiers juges qui écarte sa demande reconventionnelle de dommages-intérêts. Considérant, cela étant établi en fait, qu'il importe de dégager, comme dominant pareille matière, le principe que si un pharmacien a le devoir de se refuser à exécuter les ordonnances à lui soumises lorsque les remèdes prescrits lui paraissent susceptibles, par leur composition, de provoquer des accidents, il doit s'imposer dans ses actes comme dans son langage la réserve que comporte le désaccord existant entre le médecin et lui ; qu'il est impossible de se départir plus complètement de cette attitude que ne l'a fait à de nombreuses reprises le sieur G., qu'il est essentiel de retenir que ses critiques formulées en termes injurieux devant les clients du docteur D. et dans sa pharmacie même qui est ouverte tout le jour au public, s'accompagnaient du conseil d'aller trouver le confrère de D. ; que le véritable mobile qui a inspiré les diffamations dont celui-ci demande avec pleine raison la réparation à la Justice apparaît ainsi très clairment ; que G. n'a pas agi pour obéir à sa conscience — comme il le prétend et comme s'il s'était tenu strictement sur le terrain professionnel ; que le dénigrement auquel il s'est livré d'une façon persistante et systématique procédait d'une hostilité personnelle que rien ne justifiait et qui, en tout cas, a eu pour le docteur D., établi récemment à T., des conséquences manifestement dommageables ; qu'il échet donc de réformer le jugement entrepris ;

Considérant que dans l'appréciation du préjudice il convient de tenir compte de la satisfaction que le docteur D. reçoit par les termes du présent arrêt et de l'admission de ces conclusions en ce qui touche les deux insertions qu'il demande, qu'il suffira donc, indépendamment, de prononcer contre le sieur G. une condamnation a cinq cents francs de dommages-intérêts en mettant à sa charge tous les frais de l'instance.

Par ces motifs :

La Cour dit qu'il a été mal jugé, bien appelé, et, faisant droit aux fins et moyens du docteur D., condamne le sieur G. à lui payer avec les intérêts de droit la somme de cinq cents francs à titre de dommages-intérêts ; dit en outre que le présent arrêt sera inséré dans deux journaux publiés l'un à Marseille et l'autre à Aix et ce au choix du docteur D. ; limite le total des insertions à trois cents francs ;

Condamne le sieur G. aux entiers dépens de première instance et d'appel.

BIBLIOGRAPHIE

L'opération hors l'hôpital. In-8º, 1911 (A. Maloine, éditeur, Paris), 4 fr.

La Chirurgie doit savoir s'adapter aux différents milieux. Elle ne doit pas être localisée aux belles salles d'opérations qu'on nous construit aujourd'hui ; certes, c'est là qu'elle donne toute sa puissance et nos efforts doivent tendre à y diriger les malades ; mais il est malheureusement des impossibilités qui se rencontrent journellement, qui tiennent à des causes multiples et qui nécessitent une intervention chez l'habitant. A côté du très bien, il doit donc y avoir le mieux possible et c'est ce à quoi arrivera le praticien qui lira ce livre.

A l'heure actuelle, avec de l'eau et du feu, ce qui se trouve partout, on peut réaliser une parfaite asepsie, il suffit d'un peu d'ingéniosité et ce livre indiquera aux chirurgiens comme aux assistants ce qu'ils peuvent et doivent faire.

E. ROCHARD,
Chirurgien des Hôpitaux

Sérothérapie de la Syphilis, par le Dr RÉGNIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef du Laboratoire d'Electrothérapie de la Charité, in-8 1911 (A. Maloine, éditeur, Paris), 2 fr.

Au moment où le traitement abortif de la Syphilis constitue véritablement une actualité médicale, l'ouvrage du Dr Régnier vient à son heure.

Résultat de dix années d'études, il présente un exposé complet de cette question, encore controversée, ainsi qu'une comparaison impartiale des résultats obtenus par les diverses méthodes de traitement, y compris le 606.

Après avoir défini ce qu'il entend par Sérothérapie de la Syphilis, l'auteur a exposé avec tous les développements nécessaires l'historique, la bactériologie, les moyens de diagnostic, enfin sa méthode de sérothérapie avec de nombreuses observations à l'appui. 7 figures complètent et illustrent le texte de cette étude expérimentale et clinique qui intéressera certainement tous ceux qui, à des titres divers, s'occupent de la prophylaxie et du traitement de la syphilis.

Consultations et formulaires de thérapeutiques gynécologiques, par le Dr M. Sénéchal, chirurgien-assistant de la Maison Départementale de la Seine. 1 vol. in-18 de 360 pages, année 1910. Prix : relié, 5 francs, net, 4 fr. 50 ; broché, 4 francs, net, 3 fr. 50 ; franco de port. (Maloine, éditeur).

Les formulaires ont pris, à notre époque, une importance considérable dans la littérature médicale. Bien compris, rédigés avec soin, ils offrent, sous un volume réduit, une foule de renseignements, longs, fastidieux à rechercher, parfois introuvables dans les gros traités.

Parmi ces petits ouvrages sans prétentions didactiques, rares sont les formulaires de thérapeutique gynécologique. Marcel Sénéchal a su, sous un volume réduit, réunir à la fois de nombreuses formules qui rendront de multiples services dans la pratique gynécologique, des renseignements précisant et décrivant les manœuvres de petite chirurgie gynécologique à la portée de tous les praticiens vraiment dignes de ce nom. Il n'a pas négligé non plus de définir les indications d'interventions opératoires plus importantes du ressort du spécialiste.

Divisant son ouvrage en 3 parties, précédées elles mêmes de quelques notions générales, il passe successivement en revue les affections des organes génitaux externes, les organes génitaux internes ; la troisième partie constitue le formulaire.

En publiant ce livre, le docteur Sénéchal a fait œuvre utile.

Il renseigne assez sur le mode habituel d'un examen complet pour éviter toute tendance à le différer.

Il indique brièvement, d'après les symptômes fonctionnels et suivant la région atteinte, les affections auxquelles il faut tout d'abord songer.

La thérapeutique y est représentée sous la même forme pratique : très documentée alors qu'il s'agit d'une lésion dont le médecin traitant peut entreprendre la cure, elle se contente d'indications courtes et précises alors qu'il s'agit d'interventions dont l'exécution reviendra au chirurgien.

Est-ce à dire que celui-ci ne doit retirer aucun bénéfice de l'ouvrage aujourd'hui publié ? Quel est celui d'entre nous, familiarisé avec les grandes interventions, qui ne se soit trouvé parfois à court de formules alors qu'il s'agissait d'un eczéma génital ou de telle autre affection, qui, tout en ne réclamant aucun acte opératoire, n'en relève pas moins de la gynécologie ?

Bien lui en prendra d'avoir sous la main le livre qui paraît aujourd'hui, livre fait d'expérience et de savoir.

Morphinisme et la morphinomanie et les différentes méthodes de sevrage sans souffrance, par le Dr Oscar Jennings, traduit de l'anglais avec une introduction par le Dr Henri Mignon. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, Paris. Un vol. in-8 raisin, 2 fr. 50.

Dans son introduction à ce volume, le traducteur, le Dr Mignon, insiste sur l'importance de la méthode dont le Dr Jennings s'est fait le défenseur, et croit, dit-il, faire œuvre utile en la faisant mieux connaître au public médical français.

Le traitement de Jennings a fait l'objet d'une discussion au mois de janvier dernier à la Société d'Hypnologie et de Psychologie, où plusieurs membres, entre autres les Drs Bérillon et Raffegeau, se sont déclarés partisans convaincus de la méthode, et se sont portés garants des faits de guérisons communiqués à cette occasion. C'est à la suite de cette séance que le Dr Mignon, qui avait collaboré au traitement du cas principal rapporté, s'est décidé à entreprendre cette traduction.

L'auteur démontre que la morphinomanie est beaucoup plus curable qu'on ne le suppose, les malades étant retenus très souvent sous le joug du poison par l'incapacité du médecin de leur venir efficacement en aide. Il condamne d'une façon absolue la séquestration. Il démontre qu'on peut guérir sans souffrance ni contrainte, et quelquefois en moins de temps qu'avec les soi-disant méthodes rapides employées dans les maisons de santé, et qu'aucun malade ne consentirait à subir, s'il savait d'avance à quoi il s'exposait et s'engageait.

Le traitement à suivre est si minutieusement et si clairement décrit que tout médecin ayant à s'occuper d'un morphinomane pourrait, pourvu qu'il possédât la confiance du malade, le guérir en suivant les directions données dans ce volume. Ce sera aussi un guide précieux pour ceux qui, découragés par l'insuccès de tentatives antérieures, ont conservé néanmoins l'espoir de s'affranchir un jour de leur funeste passion.

C'est, en somme, une œuvre toute de conviction, qui rendra le courage et l'espérance aux malades, trop fréquemment abandonnés des médecins, pour lesquels elle a été faite.

Fiches pharmacologiques, par Louis Vidal, éditeur 44, avenue de la République, Paris.

Envoyées gratuitement à tout médecin qui en fait la demande.

L'auteur, réalisant l'idée émise par le Dr Perrin, de Nancy, a réuni 300 fiches relatives aux spécialités pharmaceutiques avec indication de la composition chimique de chaque produit, ses principales propriétés physiologiques et sa posologie.

Ces fiches sont contenues dans une élégante boîte à fiches à gorge avec couvercle et classées nominativement de A à Z. De plus, 100 fiches blanches ont été adjointes pour permettre aux médecins de compléter celles du fichier, et enfin 25 à 30 fiches de couleur forment répertoire, pour faciliter les recherches.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

Au cours du Banquet qui a eu lieu le 10 janvier dernier pour fêter le développement et la prospérité de la **France médico-thermale**, le journal que

dirige si habilement le Dr Cauvy, de Lamalou, celui-ci, en remerciant ses collaborateurs, a insisté fort à propos sur l'importance qu'il y a, tant au point de vue médical qu'au point de vue national, à mettre en relief les ressources thérapeutiques aussi riches que variées de nos stations françaises, trop souvent méconnues et qui pourtant ont dans presque tous les cas une supériorité incontestable sur les stations étrangères.

— **Le XIIe Congrès de médecine** se tiendra à Lyon du 22 au 25 octobre 1911.

Adresser les communications avec les demandes de renseignements à M. Paul Courmont, secrétaire général, 33, rue Sainte-Hélène, Lyon ; les bulletins de souscriptions et mandats à M.A. Rey, imprimeur-éditeur, 4, rue Gentil, Lyon.

— Après plaidoirie de Me Le Barazer, et dans une audience tenue à huis clos, la 8e chambre de la Cour de Paris vient de prononcer la **réhabilitation** de notre confrère le **Dr Boileux,** qui avait été condamné, en 1895, par la Cour d'assises de la Seine, pour avortement, à cinq ans de réclusion.

— Le Dr Marque **réclamait** 17.640 fr. d'honoraires à une cliente qui ne lui en offrait que 3.011.

Chose admirable, *res mirabilis,* le tribunal, faisant état de cet élément, nouveau à Paris pour la fixation des honoraires : la distance entre les domiciles du médecin et du malade, a donné entièrement gain de cause à notre confrère. *Plaudite, cives medici.*

L'Orchestre médical oganise une grande soirée artistique à la salle Gaveau, rue La Boétie, pour le 2 février, au bénéfice de la *Maison du Médecin.*

La *Maison du Médecin,* qui vient d'ouvrir ses portes à *Brezolles,* dans l'Eure-et-Loir, est heureuse du précieux concours que lui apporte l'*Orchestre médical.*

La soirée du 2 février présentera ce caractère unique que le programme sera entièrement exécuté par des médecins, ou des membres de la famille médicale.

L'orchestre comprendra 80 exécutants, tous médecins sous la direction de M. Busser, chef d'orchestre à l'Opéra.

Mlle Daumas, de l'Opéra fille du Dr Daumas; Mme Vaucaire, femme du Dr Vaucaire ; M. le Dr Coville, interpréteront des mélodies de Grieg, Schumann, Franck, etc., des airs d'opéras accompagnés à l'orchestre ou à l'orgue, celui-ci sera tenu par Mme Chéron, femme du Dr Chéron. Une délicieuse harpiste, Mlle Laskine, premier prix du Conservatoire, fille de notre confrère, fera également applaudir son joli talent.

Le Dr Paul Mounet, de la Comédie-Française, dira un à-propos composé spécialement par le Dr Montoya, et celui-ci interprétera une pièce d'ombres dont il est l'auteur.

Enfin un intermède de micro-cinématographie médicale, préparé par les Drs Kolbé et Comandon, fera défiler ses films les plus curieux sur la physiologie et la microbiologie.

Le programme sera illustré par le Dr Collin.

Le prix des billets est de 10 fr. ; 5 fr ; 3 fr. et 1 fr On peut retenir ses places, soit salle Gaveau, soit à la « Maison du Médecin », 32, rue Notre-Dame-des-Victoires.

— La Cour de Paris a tranché de son côté, dans un sens favorable pour le corps médical, le grief d'**exercice illégal** reproché pour la 4e fois au *Zouave Jacob* qu'elle a **condamné** à 100 fr. d'amende et à 200 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile le S. M. S., avec l'intéressant considérant suivant :

« Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait par une personne non munie de diplôme de docteur en médecine de prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies, sauf le cas d'urgence avérée ;

« Que cet article n'exclut de la qualification légale du délit aucun mode de traitement, dès qu'il est habituel ou suivi ;

« Considérant que le sens du mot « traitement » est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie ; qu'ainsi entendu, tout traitement ne suppose pas nécessairement la prescription d'un régime ou d'un remède, qu'il ne suppose pas davantage la connaissance, par le prétendu guérisseur, de le nature de la maladie traitée... »

Fait à peine croyable, l'appel à *minima* avait été porté par le ministère public lui-même.

Faut-il ajouter que certain choniqueur, et non des moindres, s'est empressé de faire de ce jugement le sujet de l'un de ses plus brillants *Caquets d'un Lutécien* pour dauber sur la pauvre gent médicale et sur ses prétentions.

Qu'importe son argumentation de pure fantaisie ! *Vaut-elle* la peine que nous nous y arrêtions ? Poser la question, c'est la résoudre.

La dot chez les femmes de médecins en Allemagne. — En Allemagne, les médecins — Huret nous affirme qu'il s'agit surtout d'Israélites — ne travaillent guère que dans le but d'accroître le chiffre de la dot apportée par leur femme.

Plus ils ont de titres, plus le chiffre de la dot sera élevé.

Un médecin ordinaire peut prétendre à une dot de 50.000 marks (62.500 francs) ; un médecin spécialiste, à une dot de 100.000 marks (125.000 francs) ; un privat-docent, à une dot de 150.000 marks ; un professeur ordinaire, à 200.000 marks.

Tel est le prix courant.

(*La Mère et l'Enfant*).

Distinction honorifique. — M. Famel, le pharmacien spécialiste bien connu, vient de recevoir la croix de la Légion d'honneur.

Le *Concours Médical,* où il ne compte que des amis, lui adresse ses sincères compliments.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Dève, de Bucey-les-Gy (Hte-Saône) ; Menut, de Ginassevois (Var) ; Lemaire, du Tréport (Seine-Inférieure) ; Huette, de Montargis (Loiret) ; Berger d'Aime (Savoie) ; Vial, de Pont-St-Esprit (Gard) ; Houdart fils, de Pontarlier (Doubs) ; Thévenin, de Ceffonds (Hte-Marne) et Bruz, de Conchez-de-Béarn (Basses-Pyrénées), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. — N° 6 — Dimanche 5 FÉVRIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ET

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Les Membres de la Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical Français et les Membres de l'Association Amicale des Médecins Français sont convoqués en Assemblée Générale extraordinaire, dans les bureaux du «Concours Médical», 23, rue de Dunkerque, Paris, le mercredi 15 février 1911, à trois heures de l'après-midi, pour révision des statuts sociaux.

Le Président de la Caisse des pensions de retraite,
LANDE.

Le Président de l'Association amicale.
MAURAT.

LA MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Dans le dernier numéro du *Concours,* le Dr Jeanne, au nom d'une commission composée des deux Conseils de l'Amicale et de la Caisse des Pensions de retraite, exposait rapidement les raisons de principe et d'opportunité qui avaient amené cette commission à proposer la fusion des deux œuvres et leur transformation en une société unique : *la Mutualité familiale du corps médical français,* qui s'adapterait mieux aux besoins actuels et laisserait la porte ouverte à toute création mutuelle ultérieure qui pourrait devenir nécessaire.

Aujourd'hui, toujours au nom de la même commission, nous venons vous expliquer, chers confrères, ce que sera cette transformation et quels avantages elle pourra présenter.

Tout d'abord, et pour répondre par avance à une question qui ne manquerait pas de nous être posée, nous tenons à déclarer que la SITUATION DES SOCIÉTAIRES ACTUELS DE LA CAISSE DES PENSIONS, AUSSI BIEN QUE DE L'AMICALE, RESTE INTACTE ET N'EST EN RIEN MODIFIÉE. Pour eux, il n'y a pas de changements : leurs cotisations et leurs droits restent les mêmes ; seul le titre de leur Société est changé et peut-être aussi la désignation de leur combinaison. Ils n'ont donc en aucune façon à se préoccuper personnellement de la transformation.

Ce que nous leur demandons, c'est de vouloir bien envisager l'avenir, de songer aux besoins des confrères qui pensent à leurs vieux jours et auxquels s'impose de plus en plus la nécessité de la prévoyance ; c'est de se mettre à la portée de toutes les situations, d'assurer à tous le maximum de sécurité et de faciliter la compréhension du mécanisme de l'œuvre que nous leur proposons.

Nous déclarons ensuite que nous tenons à marcher d'accord avec l'Association Générale des Médecins de France, dont le programme comporte la prévoyance aussi bien que la bienfaisance, et à laquelle nous demanderons un concours plus sensible et plus immédiat.

La retraite de droit pour la vieillesse médicale lui a été impérieusement réclamée lors de la dernière Assemblée générale ; nous la réalisons, nous ne doutons donc pas que la prochaine Assemblée générale tienne à nous aider dans cette tâche dont elle-même ne peut se charger directement.

Ces deux points bien précisés, abordons l'organisation de la Société nouvelle.

Elle absorbe l'Amicale indemnité-maladie, la Caisse des Pensions de retraite, les combinaisons C et D de l'Amicale, qui deviennent de simples branches, régies toutes par des statuts généraux et chacune en particulier par des statuts spéciaux.

L'administration devient unique. Plus besoin de s'adresser à des sociétés différentes : le même secrétaire général renseignera sur tous les besoins, répondra à toutes les demandes ; le même trésorier encaissera toutes les cotisations, paiera toutes les indemnités, toutes les pensions ; le même Conseil d'administration prononcera les admissions et règlera les droits de chacun ; la même Assemblée générale se prononcera sur la situation matérielle et morale des diverses combinaisons.

Les mêmes règles présideront aux admissions, aux versements des cotisations, à la gestion de la Société ; les mêmes détermineront l'âge d'entrée, l'entrée en jouissance des avantages assurés par la Société, les sanctions qui forcément doivent frapper les oublis ou les négligences.

Comme innovations, signalons la création de sections locales destinées à intéresser plus directement les sociétaires à la marche de la société ; le Conseil d'arbitrage appelé à solutionner les difficultés qui pourraient s'élever au sujet de l'interprétation des statuts ; et enfin surtout la création d'une caisse spéciale de gestion qui mérite d'arrêter un instant l'attention.

Les cotisations, qui figurent aux barèmes, sont calculées sèches, c'est-à-dire qu'elles ne comportent aucun prélèvement et doivent être versées intégralement au compte de la combinaison dont elles ressortissent.

Mais il existe des frais de gestion : poste, timbres-quittance, trésorerie, matériel, impressions, frais de bureau, etc...

Ces frais seront exclusivement payés par la nouvelle caisse, qui sera alimentée par des recettes spéciales.

D'abord, une somme complémentaire qui s'ajoutera au total des cotisations fixées par les barèmes ; ensuite des droits de recouvrement pour les cotisations encaissées par la poste, comme cela se pratiquait à l'Amicale ; enfin les recettes sans affectation que le Conseil pourra attribuer à la Caisse.

Inutile d'insister sur l'administration générale ni sur l'administration financière, simplifiées autant qu'il a été possible, tout en conservant les garanties indispensables.

Les statuts spéciaux ne sont pas moins simplifiés :

A l'indemnité-maladie ou accident, une seule combinaison, un seul tableau de primes ;

A la section retraites, deux combinaisons, l'une donnant la retraite à 60 ans, l'autre la donnant à 65 ans ;

A la pension aux veuves, une seule combinaison, un seul tableau de primes.

Le sociétaire peut, à sa volonté, s'inscrire à toutes les combinaisons ou bien, au contraire, faire choix de telle ou telle qui lui convient plus

particulièrement. On voit la simplification de la conception nouvelle et les facilités qu'elle donnera pour la propagande.

La première section représente l'Amicale débarrassée de tout ce qui était étranger à l'indemnité-maladie ou accident. Elle ne comporte pas sur l'état antérieur de modifications statutaires appréciables. A peine quelques points sont-ils mieux précisés.

La seconde section comprend et l'ancienne Caisse des pensions et la combinaison C de l'Amicale, qui forment deux combinaisons distinctes donnant respectivement la pension à 60 et 65 ans.

La part de pension, dans l'une comme dans l'autre, a été fixée à 120 francs, le sociétaire souscrivant pour le nombre de parts qui lui convient jusqu'au maximum de 20. Il est à remarquer que trois parts représentent la retraite de 360 fr., cette retraite dont nous avons poursuivi l'étude au cours de l'an dernier et que nous sommes heureux de réaliser, grâce à l'organisation nouvelle.

Donc, possibilité pour le médecin de s'assurer une retraite pour ses vieux jours, quelle que soit sa situation, et cela d'autant plus facilement que nous pouvons compter sur le concours de l'Association générale. Possibilité de s'assurer cette retraite soit à 60 ans, soit à 65 ans, avec primes simples ou primes contre-assurées. Possibilité enfin, pour la femme du médecin, de s'assurer semblable retraite moyennant une cotisation, dont sa longévité plus grande exige une légère surélévation.

Retraite pour le mari, retraite pour la femme, cela fera 720 fr. pour le ménage, et ce, moyennant des sacrifices qui seront réduits à leur strict minimum.

Le Conseil général de l'Association générale a, en effet, décidé de demander aux sociétés locales un supplément de cotisation de 0 fr. 80 par membre (2 francs au lieu de 1 fr. 20), pour constituer un fonds destiné à faciliter la création des retraites de droit pour la vieillesse médicale.

L'uniformisation de la manière de compter l'âge d'entrée a occasionné le changement d'un tableau, mais l'avantage résultant de cette simplification nous a paru compenser et au-delà le mince inconvénient de ce changement.

Faut-il dire qu'il ne sera plus besoin de faire partie de l'indemnité-maladie pour s'inscrire à la Caisse des pensions ? Certes, nous continuerons à préconiser notre ancienne combinaison C, devenue MA et R, qui donne la pension au moment où cesse l'indemnité-maladie, mais, enfin, toute autre conception sera possible, l'adhésion restant libre à toutes les combinaisons.

La troisième section, Caisse des veuves, représente l'ancienne combinaison D de l'Amicale, sans changements autres que la suppression de l'obligation d'être inscrit en même temps à l'indemnité-maladie.

C'est avec confiance que les Conseils des deux sociétés actuelles se présenteront devant les Assemblées extraordinaires du 15 février.

Ils ont conscience que la modification qu'ils proposent sera féconde en conséquences heureuses et estiment qu'en la votant, les membres de l'Amicale et de la Caisse des Pensions auront bien mérité du Corps médical.

Pour la commission,
A. GASSOT.

MUTUALITÉ FAMILIALE
du Corps Médical Français

STATUTS GÉNÉRAUX

I. Société. — Objet. — Siège.

ARTICLE PREMIER.

Une société de secours mutuels professionnelle et familiale, libre et régie par la loi du 1er avril 1898, est établie à Paris, sous le nom de MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Elle est constituée par la fusion des deux sociétés préexistantes : la *Caisse des Pensions de retraite du corps médical français* et l'*Association Amicale des médecins français.*

Elle se recrute parmi les docteurs en médecine et officiers de santé de nationalité française, légalement autorisés à exercer leur profession en France.

Les femmes de médecins peuvent faire partie de la Société dans les conditions prévues par les présents statuts.

ARTICLE 2.

Elle a pour buts :

1° De verser à ses membres participants une indemnité quotidienne pendant la durée de l'incapacité de travail due aux maladies ou aux accidents dont ils peuvent être atteints ;

2° De constituer à ses membres participants des pensions de retraite ;

3° D'assurer aux veuves des participants une pension réversible sur les orphelins mineurs âgés de moins de 18 ans ;

Chacun de ces buts donnant lieu au versement de cotisations spéciales, d'après des barèmes appropriés, et à une comptabilité distincte, les membres participants pourront, à leur choix et dans les conditions statutaires, adhérer soit à toutes les combinaisons offertes, soit à celles qu'ils préféreront.

ARTICLE 3.

La Société s'interdit formellement toute discussion politique ou religieuse ainsi que tous actes étrangers à son objet.

ARTICLE 4.

La Mutualité Familiale du corps médical français se compose :

1° De membres *participants* ayant, tous, droit aux avantages prévus par les statuts sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies ou des risques apportés ;

2° De membres *honoraires* qui paient la cotisation fixée sans prendre part aux bénéfices attribués aux membres participants.

Les personnes, institutions ou associations qui auront fait à la Société des dons manuels, souscriptions ou générosités quelconques seront inscrites avec le ti-

tre de *Bienfaiteurs* sur une liste qui sera publiée chaque année.

II. Admissions. — Démissions. — Radiations.

ARTICLE 5.

Pour être admis comme membre participant, tout candidat doit :

1° Justifier qu'il appartient au corps médical français ;

2° Fournir son bulletin de naissance (1) ;

3° Présenter la ou les feuilles d'adhésion correspondant aux combinaisons choisies et fournir toutes autres pièces exigées par ces combinaisons.

4° En cas de convention avec l'Association Générale des médecins de France, justifier qu'il fait partie d'une des sociétés dont la fédération constitue cette Association.

Le Conseil d'administration statue souverainement sur l'admission des candidats.

ARTICLE 6.

Tout sociétaire est libre de se retirer sur simple déclaration adressée par lettre recommandée au Président du Conseil d'administration.

Tout sociétaire convaincu d'avoir volontairement causé à la société un préjudice grave pourra être exclu par décision du Conseil d'administration, sauf appel devant l'Assemblée générale, qui statuera en dernier ressort.

Les statuts propres à chaque section prévoient les cas dans lesquels les sociétaires peuvent être rayés de la société.

ARTICLE 7.

Les membres démissionnaires, les membres rayés ou exclus des sections qui prévoient ces mesures, n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux.

Ces sommes restent acquises à la Société.

Ils conservent, dans tous les cas, leurs droits à la retraite (section II), s'ils ont versé le nombre de cotisations voulues.

III. Administration Générale.

ARTICLE 8.

La Société est administrée par un Conseil composé de douze membres et comprenant :

Un président ;
Deux vice-présidents ;
Un secrétaire général ;
Un secrétaire général adjoint ;
Un trésorier ;
Un trésorier adjoint ;
Un secrétaire des séances ;
Quatre administrateurs.

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, il pourra être attribué aux secrétaires généraux et trésoriers, une allocation annuelle selon le développement de la Société.

Ces fonctions ne peuvent être confiées qu'à des sociétaires français non déchus de leurs droits civils et civiques.

ARTICLE 9.

Les membres du Conseil sont élus en Assemblée générale des sociétaires, au scrutin secret. Ils sont indéfiniment rééligibles.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin, s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où plusieurs candidats obtiendraient le même nombre de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

ARTICLE 10.

Les membres du Conseil sont élus pour une durée de six années.

Le renouvellement de leur mandat se fait par tiers tous les deux ans.

A cet effet, lors de la première assemblée générale, il sera dressé trois listes :

La première comprenant le Président, le secrétaire des séances et deux administrateurs ;

La seconde comprenant un vice-président, le secrétaire général, le trésorier-adjoint et un administrateur ;

La troisième comprenant le second vice-président, le secrétaire général adjoint, le trésorier et un administrateur.

Le sort désignera celles de ces trois listes qui seront soumises à la réélection après une période de deux années et de quatre années seulement.

ARTICLE 11.

Il est pourvu par le Conseil au remplacement des membres décédés ou démissionnaires. Ses choix sont soumis à la ratification de l'Assemblée générale.

Les administrateurs ainsi nommés ne resteront en fonctions que pendant la durée du mandat qui avait été confié à leurs prédécesseurs.

ARTICLE 12.

Le Conseil d'administration prononce l'admission, la suspension, la radiation et l'exclusion des membres de la Société ;

Il règle les indemnités, retraites et pensions ;

Il gère la caisse des frais de gestion et fixe les indemnités qui peuvent être allouées aux secrétaires généraux et aux trésoriers ;

Il décide des placements de fonds, de la vente des valeurs ou de leur conversion ;

Et, d'une manière générale, il a les pouvoirs les plus étendus pour l'administration de la Société.

ARTICLE 13.

Le Conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le Président et au moins quatre fois par an, à la fin de chaque trimestre.

Il ne peut délibérer valablement que si le tiers au moins des membres qui le composent assistent à la séance.

Dans l'intervalle des réunions, le Bureau, comprenant le Président, le secrétaire général, le trésorier et le secrétaire des séances, est chargé de l'expédition des affaires courantes.

ARTICLE 14.

Le Président assure la régularité du fonctionnement de la société conformément aux statuts.

Il préside les assemblées générales, les réunions du bureau et des commissions, où sa voix est prépondérante au cas de partage.

Il signe tous actes, arrêtés, délibérations ; il représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile, ou peut donner tous pouvoirs de le représenter.

Il adresse, dans les trois premiers mois de l'année, à l'Administration, les statistiques exigées par la loi du 1er avril 1898.

Les vice-présidents secondent le Président dans toutes les fonctions qu'il ne peut exercer lui-même ; ils le remplacent en cas d'empêchement.

(1) Cette pièce destinée à une Société de secours mutuels est délivrée sur papier libre par les mairies.

ARTICLE 15.

Le secrétaire général est chargé de la correspondance, de l'instruction des demandes d'admission, d'indemnité ou de pension, des contrôles nécessaires, en un mot de toutes opérations constituant le fonctionnement administratif de la Société.

Il tient le registre matricule de la Société et conserve les archives.

Il est aidé par le secrétaire général adjoint et, en cas d'empêchement, suppléé par lui.

ARTICLE 16.

Le trésorier effectue les recettes, paiements et dépôts de fonds sous sa responsabilité et sous le contrôle du Conseil d'administration. Il peut effectuer de même le retrait des fonds déposés ainsi que des sommes produites par l'intérêt des valeurs.

Mais le placement des fonds et le retrait des valeurs ou leur vente ne peuvent être effectués par lui que sur décision du Bureau.

Le trésorier tient la comptabilité et dresse les statistiques préparatoires des inventaires.

Il est aidé par le trésorier adjoint et, en cas d'empêchement, suppléé par lui.

ARTICLE 17.

Le secrétaire des séances est chargé des convocations, ainsi que de la rédaction et de la publication des procès-verbaux.

En cas d'empêchement, il est suppléé par un administrateur désigné par le Conseil.

IV. *Assemblées Générales.*

ARTICLE 18.

Les membres de la société sont réunis en Assemblée générale ordinaire une fois chaque année, sur la convocation du Président et à l'époque fixée par le Conseil, pour entendre la lecture des rapports qui lui sont présentés et statuer sur les comptes ainsi que sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil.

Des assemblées générales extraordinaires peuvent être convoquées s'il y a lieu.

La convocation en est obligatoire, si elle est demandée, soit par le quart des membres de la société, soit par la majorité des membres du Conseil.

La convocation est faite par simple avis inséré dans le *Concours médical* qui publie les actes de la Société. Elle fait mention de l'ordre du jour.

ARTICLE 19.

L'Assemblée générale statue souverainement sur toutes les questions. Toutefois serait considérée comme nulle et non avenue toute délibération prise sur une question qui n'aurait pas été soumise au Conseil d'administration deux mois au moins avant la réunion de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale délibère valablement, quel que soit le nombre des membres qui la composent, sauf la restriction visée à l'article 33.

Nul n'a le droit de s'y faire représenter. Le vote par correspondance n'est pas admis.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix.

V. *Conseil d'Arbitrage.*

ARTICLE 20

En cas de contestations entre la Société et ses membres, les parties s'efforceront d'aplanir les difficultés en les soumettant à un conseil d'arbitrage de sept membres composé de la manière suivante :

Le président de la Société ;

Quatre membres désignés, chaque année, par l'Assemblée générale ;

Un membre désigné par le Conseil d'administration ;

Un membre désigné par la partie intéressée ;

Ces deux derniers membres choisis au moment du litige.

Le président de la Société aura la présidence de ce conseil et sa voix sera prépondérante en cas de partage.

VI. *Sections locales.*

ARTICLE 21.

Les membres de la société pourront se réunir, par départements, en sections locales, pour recevoir les communications du Conseil d'administration.

Dans chaque section, un Comité de trois sociétaires représentant :

Le premier, le Conseil d'administration ;

Le second, la Société locale de l'Association générale des médecins de France ;

Le troisième, le Syndicat ou la Fédération départementale ;

Exercera les missions jugées utiles par le Conseil, assurera la propagande et les contrôles nécessaires. Il communiquera directement avec le secrétaire général.

Les membres des Comités seront nommés par le Conseil d'administration pour deux années. Leurs fonctions sont gratuites.

VII. *Administration financière.*

ARTICLE 22.

Les recettes de la société sont :

1° Les cotisations des membres participants et honoraires attribuées aux caisses correspondant aux combinaisons auxquelles elles s'adressent ;

2° Les sommes complémentaires payées par les sociétaires suivant les combinaisons choisies et affectées aux frais de gestion ;

3° Les dons manuels, souscriptions, etc...,des membres bienfaiteurs ou sociétés bienfaitrices, attribués selon la volonté des donateurs, ou en cas d'absence de cette volonté, affectés par le Conseil ;

4° Les dons et legs autorisés par l'Autorité compétente, attribués comme ci-dessus ;

5° Les intérêts ou revenus du capital social affectés à chaque caisse pour la part qui la concerne.

Les dépenses sont :

1° Les indemnités de maladie et d'invalidité ;

2° Les pensions aux sociétaires ;

3° Les pensions aux veuves ;

4° Les frais de gestion.

ARTICLE 23.

L'exercice social commence au 1er janvier pour être clos au 31 décembre de chaque année.

ARTICLE 24.

La Société offrant à ses membres diverses combinaisons, chacune de ces combinaisons aura son compte et ses registres spéciaux.

La caisse de chaque combinaison n'est engagée vis-à-vis des sociétaires qui y participent que jusqu'à concurrence de son avoir.

Les statuts, sous des sections spéciales, déterminent le fonctionnement de ces combinaisons et portent les barèmes des cotisations.

Une caisse particulière est créée pour les comptes [illegible] ge[illegible]on.

Article 25.

Les barèmes des cotisations sont calculés, pour chaque combinaison, nets et exempts de tous frais.

Ils ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée générale ordinaire, à la suite de l'inventaire statutaire, et si cet inventaire en révèle la nécessité.

Les modifications ainsi décidées sont obligatoires, aussi bien pour les sociétaires antérieurement admis que pour les adhérents futurs.

Article 26.

Une somme complémentaire affectée aux frais de gestion s'ajoute aux cotisations fixées par les barèmes ; elle est calculée sur le montant total des cotisations et fixée par l'Assemblée générale ordinaire.

Cette somme complémentaire est actuellement de :

3 francs jusqu'à 60 francs ;
4 francs de 61 à 100 francs ;
5 francs de 101 à 150 francs ;
6 francs de 151 à 200 francs ;
7 francs de 201 à 300 francs ;
8 francs de 301 à 400 francs ;
9 francs de 401 à 500 francs ;
10 francs au-dessus de 500 francs.

Article 27.

Pour toutes les combinaisons, les cotisations annuelles sont dues au 1er janvier.

Elles se paient dans le courant du mois.

Toutefois, les sociétaires qui en feront la demande auront la faculté de se libérer en deux fois, moitié en janvier, moitié en juillet.

Les cotisations doivent parvenir nettes de tous frais au trésorier qui en délivre une quittance extraite d'un livre à souche.

Au 5 février et, s'il y a lieu, au 5 août, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser par la poste les cotisations qui ne lui sont pas parvenues. Dans ce cas, les quittances sont majorées, pour droits de recouvrements, de :

1 franc jusqu'à 20 francs ;
1 fr. 25 de 21 à 50 francs ;
1 fr. 50 de 51 à 100 francs ;
2 fr. de 101 à 300 francs ;
3 fr. au-dessus de 300 francs.

Article 28.

Les fonds de la Société sont déposés dans une ou plusieurs caisses publiques désignées par le Conseil d'administration.

Le trésorier ne devra laisser en compte-courant, libre et sans emploi, que la somme nécessaire aux besoins du service courant.

Les autres sommes devront être immédiatement placées en valeurs françaises ou étrangères, figurant à la cote officielle de la Bourse de Paris et sur une liste dressée par l'Assemblée générale, ou placements en première hypothèque sur immeubles de rapport.

Les valeurs seront déposées dans les caisses publiques désignées par le Conseil. Elles n'en pourront être retirées que dans les conditions déterminées par l'article 16.

La Société se réserve le droit d'user des avantages présentés par la Caisse nationale des retraites.

Article 29.

Tous les cinq ans, il sera dressé un inventaire général par les soins d'un actuaire désigné par le Conseil d'administration.

VIII. *Commissaires aux Comptes.*

Article 30.

Des commissaires aux comptes, à raison de deux pour chaque section, sont nommés par l'Assemblée générale pour prendre connaissance de la comptabilité et des placements, vérifier tous registres, et rendre compte de leur mission à l'Assemblée générale suivante.

Leurs fonctions sont gratuites et durent deux années. Le renouvellement se fait par moitié chaque année, le sort désignant lors de la première Assemblée générale ceux qui sortiront à la fin de la première année.

Les commissaires sortants ne peuvent être réélus qu'après l'intervalle d'une année.

IX. *Caisse auxiliaire.*

Article 31.

Il est créé une caisse dite auxiliaire qui sera alimentée par le produit des amendes, abandons de pensions ou d'indemnité, dons sans affectation spéciale, etc.

Elle sera administrée par le Conseil d'administration.

Les fonds seront réservés à tous emplois utiles à la Société ou à ses adhérents, en dehors des prescriptions statutaires.

X. *Modifications aux Statuts.*

Article 32.

Les propositions de modifications aux statuts ne pourront être présentées à l'Assemblée générale que sur la proposition du Conseil d'administration ou sur une demande signée de trente sociétaires et soumise au Conseil un an à l'avance.

Le projet de modification est publié dans le *Concours médical*, désigné pour les convocations, quinze jours au moins avant l'Assemblée générale extraordinaire à laquelle il est soumis.

Toute modification aux statuts doit être déposée conformément à la loi du 1er avril 1898.

XI. *Dissolution.*

Article 33.

La dissolution de la société ne peut être proposée que par le Conseil d'administration et prononcée que par une Assemblée générale représentant la moitié au moins des membres participants.

Les mandats sont, dans ce cas, rédigés sur papier libre. Ils sont remis au secrétaire des séances la veille au plus tard de l'Assemblée générale.

Dans le cas où l'Assemblée, ne réunissant pas le quorum indiqué, ne pourrait délibérer, une nouvelle Assemblée serait convoquée dans le délai d'un mois et délibérerait valablement quel que soit le nombre des membres présents.

XII. *Liquidation.*

Article 34.

La liquidation s'opérera de la façon suivante :

Une fois les dettes envers les tiers acquittées, l'actif social de chaque combinaison sera réparti entre les sociétaires jusqu'à concurrence des sommes par eux versées avec intérêts à 3 %.

Le surplus, s'il en existe, sera attribué conformément aux décisions de l'Assemblée générale qui aura prononcé la dissolution.

Cette liquidation sera poursuivie par deux ou trois liquidateurs nommés par l'Assemblée générale et pris parmi les sociétaires.

Tous les documents et registres intéressant la société seront remis aux liquidateurs et les sociétaires auront le droit d'en prendre connaissance.

Les pouvoirs les plus étendus sont confiés aux liquidateurs pour retirer les fonds, vendre les titres, opérer tous transferts, donner toutes quittances, poursuivre tous recouvrements, régler tous différents et faire, en un mot, tous actes que leur mission comporte.

SECTION I.

Indemnité maladie-accidents

Ancienne Association Amicale.

Combinaison MA.

ARTICLE 35.

La branche MA sert à ses adhérents une indemnité journalière lorsqu'ils sont placés, soit par maladie, soit par accident, dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une manière permanente.

Elle est ouverte à tous les médecins français ou naturalisés français, diplômés dans une faculté française.

Elle n'admet les femmes que si elles sont pourvues du diplôme de docteur en médecine.

La limite d'âge pour l'entrée est fixée à 64 ans.

ARTICLE 36.

Tout candidat, pour être admis, doit :

1° Répondre à un questionnaire sur son état de santé et sur ses antécédents ;

2° Subir un examen médical devant un confrère que lui aura désigné le Conseil d'administration et qui enverra, directement au secrétaire général, le certificat qu'il aura délivré à la suite de cet examen.

ARTICLE 37.

L'admission part du 1er janvier, du 1er avril, du 1er juillet ou du 1er octobre de chaque année.

Mais le droit à l'indemnité ne commence que six mois après l'admission et après le paiement complet de la cotisation annuelle.

Il cesse le 1er janvier qui suit l'année où le sociétaire atteint 65 ans (1).

ARTICLE 38.

Tout sociétaire tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires renonce au droit à l'indemnité.

Renoncent pareillement à ce droit à l'indemnité les femmes sociétaires pour l'incapacité de travail résultant de l'accouchement.

ARTICLE 39.

Tout membre admis à la Combinaison MA paie une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée (voir le tableau annexé).

(1) Dans le cas où le sociétaire, ayant atteint 65 ans au cours de l'année, voudrait jouir de ce bénéfice, il devra acquitter la cotisation de l'année entière. Il versera donc la cotisation du 2e semestre (1er juillet), même si, à cette époque, il a déjà 65 ans passés.

Tableau des cotisations.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable annuellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable annuellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	51	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

L'âge d'entrée est celui que le sociétaire atteint dans l'année de son admission.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Toute cotisation versée demeure la propriété de la Société et ne peut faire l'objet d'une répétition quelconque, sauf la réserve formulée à l'article 51.

Il est loisible aux sociétaires de souscrire seulement une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité

ARTICLE 40.

Les membres admis au 1er avril versent les trois quarts de la cotisation annuelle au moment de leur admission.

Ceux qui sont admis au 1er octobre en versent seulement le quart.

ARTICLE 41.

Tout sociétaire qui n'a pas versé sa cotisation le 31 janvier et, s'il y a lieu, le 31 juillet, est suspendu de son droit à l'indemnité.

Il ne recouvrera ce droit qu'un mois après le jour où il se sera libéré.

Toutefois, ne seront pas suspendus les membres qui s'acquitteront lors de la présentation de la quittance par la poste en exécution de l'article 27.

ARTICLE 42.

Tout sociétaire en retard d'une année pour le paiement d'une cotisation cesse de droit de faire partie de la Société.

Il sera, au moins quinze jours à l'avance, mis en demeure par une lettre recommandée.

S'il se libère avant la fin de l'année, il devra, outre la cotisation arriérée, en payer les intérêts calculés à raison de 5 %, plus les frais de correspondance, recouvrement et rappel.

S'il ne se libère pas, il est rayé de la Société et n'y peut rentrer qu'aux conditions d'une admission nouvelle.

ARTICLE 43.

Les sociétaires sont tenus d'informer le secrétaire général de tout changement de résidence.



Tout sociétaire qui quitte la France (1) perd ses droits à l'indemnité et cesse de payer sa cotisation annuelle. A son retour, il subit un nouvel examen médical, et, s'il est réadmis, il versera, non pas la totalité des primes impayées pendant son absence, mais seulement la réserve mathématique qu'il aurait accumulée pendant ce temps s'il avait payé ses primes (2).

Sa cotisation restera celle qu'il payait avant de quitter la France.

Il reste bien entendu que le Conseil d'Administration conserve le droit de refuser la nouvelle admission si le sociétaire revient avec des tares morbides acquises pendant son séjour à l'étranger.

ARTICLE 44.

En cas d'incapacité de travail dûment constatée, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 francs pendant 60 jours à partir du 5e jour de la maladie. Le 5e jour est payé, mais il n'y a pas de rappel des quatre premiers jours.

Au-delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit une indemnité de cent francs par mois (3 fr. 33 par jour).

En cas de rechute d'une même maladie dans le délai d'une année après la reprise du travail, il ne sera alloué au sociétaire que l'indemnité mensuelle de cent francs, s'il a déjà antérieurement reçu l'indemnité de 10 fr. pendant soixante jours.

ARTICLE 45.

L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers, il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

Pour le médecin qui n'exerce plus la médecine, l'incapacité de travail s'entend de l'obligation de garder la chambre ou le lit, à moins de circonstances exceptionnelles appréciées par le Conseil d'administration.

ARTICLE 46.

Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité pour séjour aux eaux, à la campagne, aux stations balnéaires ou hivernales, même utile au traitement, que sur décision spéciale du Conseil d'administration, et sous les conditions expresses :

1° Qu'il ait déjà été arrêté par la maladie ;

2° Qu'il ne donnera pas de consultations pendant ce séjour.

L'indemnité accordée, dans ce cas, est de cent francs pour la saison.

ARTICLE 47.

Une déclaration, accompagnée d'un certificat du médecin traitant, doit être adressée au secrétaire général dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être exercé en temps opportun.

Cette déclaration devra être faite dans un délai maximum de dix jours ; au-delà de ce délai le début de la maladie sera considéré comme partant du jour de la déclaration, à moins de raisons majeures qu'appréciera le Conseil d'administration.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de trois jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail.

Le sociétaire malade devra, en outre, faire parvenir, tous les 15 jours, au Secrétaire général, un compte rendu de son état, avec indication de la date probable de la guérison et visa du médecin traitant.

Dans chacun de ces cas, une amende de 2 fr. sera infligée par jour de retard.

Ces amendes sont versées à la Caisse auxiliaire.

ARTICLE 48.

Le Conseil d'administration de la Société a toujours le droit de déléguer un médecin particulier pour procéder aux constatations qu'il jugera nécessaires.

Une indemnité pourra être accordée au médecin ainsi délégué.

ARTICLE 49.

Tout sociétaire qui, par de fausses déclarations ou par sa résistance aux conseils des contrôleurs, abuserait ou tenterait d'abuser des avantages sociaux, pourra être privé par le Conseil de l'indemnité statutaire sauf appel devant l'Assemblée générale.

ARTICLE 50.

Le montant des indemnités est fixé par le Conseil d'administration dans chacune de ses réunions trimestrielles (fin mars, fin juin, fin septembre, fin décembre).

Ces indemnités sont immédiatement envoyées par le trésorier.

Elles parviennent aux intéressés exemptes de tous frais.

Les sociétaires doivent en accuser réception.

ARTICLE 51.

Il existait antérieurement une combinaison B assurant la participation pendant la vie entière des sociétaires.

Cette combinaison a été fermée le 17 avril 1904 : elle ne subsiste que pour les anciens sociétaires dont la situation n'est pas changée.

Il est permis aux adhérents inscrits à la combinaison B, âgés de moins de 50 ans, d'entrer à la combinaison R de la Caisse des Pensions. La différence des primes entre la combinaison B et la combinaison A qui reste seule en vigueur, leur est alors remboursée à titre de ristourne et en déduction sur la première cotisation de la combinaison R.

SECTION II.

Caisse des Pensions de Retraites

(*Combinaisons P et R*)

ARTICLE 52.

La Caisse des pensions de retraite sert à ses adhérents une pension annuelle et viagère.

Elle est ouverte à tous les médecins français, ou naturalisés français, diplômés d'une faculté française.

Elle admet les femmes des membres qui font eux-mêmes partie de la Société.

ARTICLE 53.

Tout candidat, pour être admis, doit :

1° Présenter son bulletin de naissance ;

2° Adresser au Conseil d'administration une demande spécifiant la combinaison choisie ;

3° Si c'est une femme, présenter en outre son bulletin de mariage (1).

L'admission part uniformément du 1er janvier de l'année en cours.

ARTICLE 54.

La Caisse offre à ses adhérents deux combinaisons :

La Combinaison P qui sert la pension à 60 ans d'âge. La limite d'entrée est alors 45 ans.

La combinaison R qui sert la pension à 65 ans. La limite d'entrée est de 50 ans.

(1) Le séjour en Algérie et en Tunisie est considéré comme séjour en France.

(2) Cette réserve sera calculée pour chaque cas particulier.

(1) Cette pièce, destinée à une Société de secours mutuels, est délivrée sur papier libre par les mairies.

Dans l'un comme dans l'autre cas, une participation effective de quinze années est indispensable à l'obtention de la pension.

ARTICLE 55.

Dans l'une comme dans l'autre de ces combinaisons, la part de pension est de cent vingt francs.

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser vingt (soit 2.400 fr. de pension).

ARTICLE 56.

Tout membre admis à la caisse paie une cotisation annuelle calculée d'après la combinaison choisie et l'âge d'entrée (Voir tableaux annexés).

Tableaux des cotisations.

1°. *Combinaison P. — Retraite à 60 ans.*

Prime annuelle à verser pour jouir d'une retraite de cent vingt francs.

AGE d'entrée	Nombre de primes à verser	PRIMES simples	PRIMES contre-assurées	AGE d'entrée	Nombre de primes à verser	PRIMES simples	PRIMES contre-assurées
25 ans	35	14 90	18 60	36 ans	24	28 10	34 60
26 —	34	15 70	19 60	37 —	23	30 »	36 80
27 —	33	16 50	20 60	38 —	22	32 10	39 30
28 —	32	17 40	21 80	39 —	21	36 50	42 10
29 —	31	18 40	23 »	40 —	20	37 10	45 10
30 —	30	19 50	24 30	41 —	19	40 »	48 50
31 —	29	20 60	25 70	42 —	18	43 30	52 20
32 —	28	21 90	27 20	43 —	17	47 »	56 40
33 —	27	23 20	28 80	44 —	16	51 20	61 10
34 —	26	24 70	30 60	45 —	15	55 90	66 50
35 —	25	26 30	32 50				

En raison de la longévité plus grande, la cotisation est majorée de 5 % pour les sociétaires femmes.

2°. *Combinaison R. — Retraite à 65 ans.*

Prime annuelle à verser pour jouir d'une retraite de cent vingt francs.

AGE d'entrée	Nombre de primes à verser	PRIMES simples	PRIMES contre-assurées	AGE d'entrée	Nombre de primes à verser	PRIMES simples	PRIMES contre-assurées
25 ans	40	8 40	11 40	38 ans	27	17 10	23 10
26 —	39	8 80	12 »	39 —	26	18 20	24 60
27 —	38	9 20	12 60	40 —	25	19 50	26 30
28 —	37	9 70	13 20	41 —	24	20 80	28 »
29 —	36	10 20	13 90	42 —	23	22 30	29 90
30 —	35	10 80	14 70	43 —	22	23 90	31 90
31 —	34	11 40	15 60	44 —	21	25 70	34 20
32 —	33	12 »	16 40	45 —	20	27 80	36 80
33 —	32	12 70	17 30	46 —	19	30 »	39 60
34 —	31	13 50	18 40	47 —	18	32 60	42 80
35 —	30	14 30	19 40	48 —	17	34 60	46 30
36 —	29	15 10	20 50	49 —	16	38 80	50 30
37 —	28	16 10	21 80	50 —	15	42 60	54 80

Pour les sociétaires femmes, majoration de 5 % de même qu'au tableau précédent.

L'âge d'entrée est celui qu'atteint le sociétaire dans l'année de son admission.

La participation partant du 1er janvier, le sociétaire admis au cours de l'année doit verser la prime entière correspondant à cette année.

ARTICLE 57.

Les sociétaires ont la faculté de contre-assurer leurs primes dans le but d'assurer à leurs ayants droit le remboursement de leurs versements y compris les primes de contre-assurance, au cas où ils viendraient à mourir avant la date où la retraite leur est acquise ou leur serait acquise s'ils avaient continué régulièrement leurs versements. En cas de décès du sociétaire après cette date, les héritiers n'ont aucun droit à un remboursement quelconque.

La contre-assurance ne peut s'appliquer qu'aux primes restant à verser au moment où le participant demande à profiter de la contre-assurance ; *en aucun cas, elle ne peut porter sur des primes déjà versées.*

ARTICLE 58.

En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant, Toutefois, sa pension ne pourra, dans aucun cas, être liquidée, s'il n'a pas versé au moins 15 cotisations annuelles.

Si le participant a versé au moins 15 cotisations annuelles au moment où il atteint l'âge fixé pour la retraite par la combinaison à laquelle il est inscrit, il lui sera servi une retraite calculée selon ses versements et suivant les bases qui ont servi à l'établissement des tarifs.

Il pourra être, après interruption des versements, autorisé à verser soit un arrérage, soit une annuité nouvelle qu'il aura à payer jusqu'à un âge déterminé pour récupérer la retraite totale. Mais l'arrérage ni l'annuité nouvelle ne pourront en aucun cas être versés pendant les quatre dernières années précédant l'âge de la retraite.

Sera considéré comme interruption le non-paiement d'une annuité.

Tout retard de plus d'un mois dans le paiement de la cotisation, entraîne pour le retardataire le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0 f. 50 % de la cotisation par mois représentant les intérêts viagers et les frais de correspondance et de rappel.

ARTICLE 59.

Les femmes des adhérents, faisant partie elles-mêmes de la Caisse, pourront, à la mort de leur mari ou en cas de divorce, choisir entre les alternatives suivantes :

1° Continuer le versement de leurs primes dans les conditions ordinaires pour toucher leur retraite à partir de 60 ans.

2° Si elles ont déjà versé leurs cotisations pendant quinze ans au moins, cesser le versement de ces cotisations pour jouir à soixante ans d'une retraite réduite en proportion du capital constitué par leurs versements.

3° Si elles n'ont pas encore versé leurs cotisations pendant quinze ans, continuer à verser leurs primes jusqu'à concurrence de la quinzième, pour rentrer dans la catégorie précédente et s'assurer une retraite proportionnelle.

ARTICLE 60.

Le droit à la retraite, s'ouvre, pour chaque adhérent, au 1er janvier qui suit l'année où il aura atteint l'âge fixé par la combinaison choisie et après quinze années de participation pendant lesquelles il aura versé ses cotisations.

Toute augmentation du nombre des parts donne lieu pour la retraite correspondant à ces nouvelles parts, aux obligations indiquées ci-dessus.

ARTICLE 61.

La pension de retraite est payée sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier de l'année courante. Ce certificat devra être renouvelé et adressé chaque année au secrétaire général ; il sera établi sur papier libre et signé par le maire de la commune où le pensionné aura sa résidence.

La pension sera payée dans le délai d'un mois et parviendra aux intéressés exempte de tous droits.

ARTICLE 62.

Le remboursement des cotisations contre-assurées est fait aux ayants droit sur la production des pièces justifiant leur qualité d'héritiers.

Ce remboursement comprend la totalité des primes versées pour la retraite et la contre-assurance, à l'exclusion des sommes prélevées pour frais de gestion.

ARTICLE 63.

Les anciens tableaux de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français sont fermés à partir du 1er avril 1911. Ils n'existent plus que pour les anciens adhérents dont la situation n'est pas changée.

Un compte spécial sera maintenu pour ces tableaux, qui formeront ainsi une combinaison à part.

SECTION III.

Caisse des Veuves et des Orphelins.

(*Combinaison V*)

ARTICLE 64.

La Caisse des veuves et des orphelins assure aux veuves de ses adhérents une pension annuelle et viagère, réversible dans les conditions fixées à l'article 73 en cas de décès ou de divorce (1) de la mère, sur les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

La limite d'âge pour l'entrée dans cette caisse est fixée à 50 ans.

ARTICLE 65.

Tout candidat pour être admis doit :

1° Subir un double examen médical devant les confrères que lui aura désignés le Conseil d'administration et qui enverront directement au secrétaire général les certificats qu'ils auront délivrés à la suite de leur examen.

2° Présenter un bulletin de mariage ainsi que le bulletin de naissance de sa femme, bénéficiaire éventuelle (2) ;

3° Justifier que sa femme est affiliée à l'une des sociétés locales agrégées à l'Association Générale des médecins de France.

ARTICLE 66.

Tout membre admis à la caisse paie une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée (voir le tableau annexé).

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

(1) Il est entendu que la pension n'est réversible que sur les enfants nés de cette union et non sur ceux qui pourraient naître d'un mariage ultérieur.

(2) Ces pièces, *destinées à une société de secours muels,* sont délivrées sur papier libre par les mairies.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique au moment de l'entrée (1).

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

ARTICLE 67.

L'admission part uniformément du 1er janvier de l'année en cours.

Mais le bénéfice des avantages concédés par la Caisse ne commence que six mois après que l'admission a été prononcée par le Conseil (2) et après paiement complet de la prime annuelle.

ARTICLE 68.

La participation remontant uniformément au 1er janvier, le sociétaire admis dans le courant de l'année doit verser la prime entière correspondant à cette année.

ARTICLE 69.

La cotisation annuelle cesse d'être exigible :

1° Si le sociétaire vient à décéder ;

2° Si le sociétaire atteint 65 ans (3) ;

3° Si la femme du sociétaire vient à mourir sans enfants ;

4° Si la femme du sociétaire étant morte, il ne reste plus d'enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

ARTICLE 70.

Tout retard de plus d'un mois dans le versement de la cotisation entraîne pour le retardataire le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0,50 % de la cotisation par mois, représentant les intérêts et les frais de correspondance et de rappel.

La cessation du paiement de la cotisation pendant une année entraîne la radiation du sociétaire et la perte des droits conférés par la participation.

ARTICLE 71.

Toutefois si le sociétaire compte quinze années de participation avec paiement annuel régulier de la cotisation, une pension réduite sera attribuée à sa veuve.

Cette pension réduite sera égale à la différence entre la pension normale et la pension que la cotisation annuelle laissée en souffrance, assurerait à un adhérent entrant à l'âge où est arrivé le sociétaire au moment où il a cessé de payer cette cotisation (4).

(1) Dans ce cas, si le sociétaire vient à mourir avant d'être en possession de ses droits, c'est-à-dire dans le délai de six mois, la somme par lui versée est restituée à ses héritiers sous déduction de la somme qu'il aurait versée comme prime annuelle.

(2) Pour le membre entré au 1er janvier, il commence le 1er juillet suivant ;

Pour le membre entré au 1er avril, le 1er octobre suivant ;

Pour le membre entré le 1er juillet, le 1er janvier de l'année suivante ;

Pour le membre entré le 1er octobre, le 1er avril de l'année suivante.

(3) L'âge d'entrée étant uniformément, pour tous les sociétaires, ramené au 1er janvier, l'âge de 65 ans se trouve par cela même ramené au 1er janvier ; il en résulte que le sociétaire n'a pas à payer des cotisations pour l'année dans laquelle il atteint 65 ans.

(4) Soit a la cotisation au moment de l'admission et b la cotisation à l'âge où les versements cessent : la pension sera réduite de 600 fr. $\times \frac{a}{b}$.

Par exemple, si l'âge d'entrée est 30 ans pour le mari et 25 ans pour la femme, la cotisation est de 176 fr. Si la cotisation cesse d'être versée au moment où le mari a 47 ans et la femme 42, elle est à cet âge de 302 fr. La pension sera réduite de :

$$600 \text{ fr.} \times \frac{176}{302} = 349 \text{ fr. } 65$$

elle sera donc de 600 fr. — 349 fr. 65 = 250 fr. 35.

Article 72.

Sous les conditions de l'article précédent, le droit à la pension s'ouvre le lendemain du décès du sociétaire. Il cesse :

Pour la veuve, le jour de son décès ;

Pour les enfants mineurs, le jour où ils atteignent 18 ans ou le jour de leur décès.

Les bulletins de décès doivent être produits dans tous les cas et, en cas de décès de la mère, les bulletins de naissance des enfants (1).

Article 73.

Dans le cas de décès de la mère, la pension attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins ;
200 fr. pour trois orphelins ;
150 fr. pour quatre orphelins ;
120 fr. pour cinq orphelins.

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse en aucun cas, dépasser six cents francs par famille, ni trois cents francs par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas réversible sur ses frères et sœurs.

Article 74.

La pension se paie par quarts, à termes échus, à la fin de chaque trimestre (31 mars, 30 juin, 30 septembre, et 31 décembre), sur la production d'un certificat de vie pour les bénéficiaires.

Le premier arrérage ne comprend que le prorata couru depuis le jour du décès jusqu'à la date du paiement.

De même, le dernier arrérage, en cas de cessation du droit à la pension, ne comprend que le prorata couru jusqu'au jour de la cessation. En cas de décès, il est versé aux ayants droit, sur la production d'un bulletin de décès, aux dates fixées ci-dessus.

La pension parviendra aux intéressés exempte de de tous droits.

Tableau des cotisations.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
25	30	2.073	120
—	29	2.144	123
—	28	2.216	126
—	27	2.288	130
—	26	2.360	134
—	25	2.432	138
—	24	2.504	142
—	23	2.576	146
—	22	2.647	150
—	21	2.718	153
—	20	2.789	156
26	31	2.075	122
—	30	2.148	125
—	29	2.222	128
—	28	2.296	132
—	27	2.370	136
—	26	2.444	140
—	25	2.519	144
—	24	2.594	148
26	23	2.668	152
—	22	2.742	156
—	21	2.814	160
—	20	2.885	164
27	32	2.076	123
—	31	2.152	127
—	30	2.228	131
—	29	2.304	135
—	28	2.380	139
—	27	2.456	143
—	26	2.534	147
—	25	2.610	151
—	24	2.687	155
—	23	2.764	159
—	22	2.839	163
—	21	2.913	167
—	20	2.986	171
28	33	2.078	125
28	32	2.156	129
—	31	2.234	133
—	30	2.312	137
—	29	2.390	141
—	28	2.468	146
—	27	2.548	151
—	26	2.628	155
—	25	2.708	159
—	24	2.788	163
—	23	2.865	168
—	22	2.942	172
—	21	3.018	176
—	20	3.091	180
29	34	2.079	128
—	33	2.159	132
—	32	2.239	136
—	31	2.319	140
—	30	2.399	144
—	29	2.480	149
—	28	2.564	154
—	27	2.646	159
—	26	2.728	163
—	25	2.809	167
—	24	2.889	172
—	23	2.968	176
—	22	3.046	180
—	21	3.125	184
—	20	3.203	188
30	35	2.081	130
—	34	2.163	134
—	33	2.245	138
—	32	2.327	142
—	31	2.409	147
—	30	2.492	152
—	29	2.578	157
—	28	2.664	162
—	27	2.748	167
—	26	2.831	171
—	25	2.914	176
—	24	2.996	181
—	23	3.078	185
—	22	3.159	189
—	21	3.240	193
—	20	3.320	197
31	36	2.082	132
—	35	2.166	136
—	34	2.250	140
—	33	2.334	145
—	32	2.418	150
—	31	2.503	155
—	30	2.591	160
—	29	2.679	165
—	28	2.766	170
—	27	2.853	175
—	26	2.938	180
—	25	3.024	185
—	24	3.110	190
—	23	3.194	194
—	22	3.277	199
—	21	3.358	204
—	20	3.437	209
32	37	2.083	135
—	36	2.169	139
—	35	2.255	144
32	34	2.341	149
—	33	2.428	154
—	32	2.515	159
—	31	2.606	164
—	30	2.696	169
—	29	2.786	174
—	28	2.875	179
—	27	2.964	184
—	26	3.052	189
—	25	3.140	194
—	24	3.227	199
—	23	3.312	204
—	22	3.396	209
—	21	3.478	214
—	20	3.560	219
33	38	2.083	138
—	37	2.172	143
—	36	2.261	148
—	35	2.350	153
—	34	2.439	158
—	33	2.528	163
—	32	2.621	169
—	31	2.714	174
—	30	2.805	179
—	29	2.897	184
—	28	2.988	190
—	27	3.079	195
—	26	3.170	200
—	25	3.260	205
—	24	3.349	210
—	23	3.436	215
—	22	3.521	220
—	21	3.607	226
—	20	3.691	231
34	39	2.083	140
—	38	2.174	145
—	37	2.265	150
—	36	2.356	155
—	35	2.447	161
—	34	2.538	167
—	33	2.635	173
—	32	2.730	179
—	31	2.825	184
—	30	2.918	189
—	29	3.012	195
—	28	3.107	201
—	27	3.200	206
—	26	3.294	211
—	25	3.386	217
—	24	3.476	223
—	23	3.565	228
—	22	3.654	233
—	21	3.741	238
—	20	3.828	243
35	40	2.083	143
—	39	2.176	148
—	38	2.269	153
—	37	2.362	159
—	36	2.456	165
—	35	2.550	171
—	34	2.647	177
—	33	2.745	183
—	32	2.842	189
—	31	2.939	194
—	30	3.037	200

(1) Ces pièces destinées à une Société de secours mutuels sont délivrés sur papier libre par les mairies.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
35	29	3.134	206
—	28	3.230	212
—	27	3.327	217
—	26	3.421	223
—	25	3.514	229
—	24	3.607	235
—	23	3.699	240
—	22	3.791	245
—	21	3.881	250
—	20	3.971	255
36	41	2.081	146
—	40	2.176	151
—	39	2.272	157
—	38	2.368	168
—	37	2.464	169
—	36	2.560	175
—	35	2.660	181
—	34	2.760	187
—	33	2.861	193
—	32	2.961	199
—	31	3.061	206
—	30	3.160	212
—	29	3.259	218
—	28	3.359	224
—	27	3.456	230
—	26	3.553	236
—	25	3.650	242
—	24	3.746	248
—	23	3.842	254
—	22	3.938	260
—	21	4.032	266
37	42	2.083	150
—	41	2.180	156
—	40	2.277	162
—	39	2.374	168
—	38	2.472	174
—	37	2.570	180
—	36	2.673	186
—	35	2.776	192
—	34	2.879	198
—	33	2.982	205
—	32	3.085	212
—	31	3.187	219
—	30	3.290	225
—	29	3.392	231
—	28	3.493	238
—	27	3.593	244
—	26	3.692	250
—	25	3.792	256
—	24	3.890	262
—	23	3.987	268
—	22	4.084	274
38	43	2.077	153
—	42	2.177	159
—	41	2.277	165
—	40	2.377	171
—	39	2.478	178
—	38	2.579	185
—	37	2.686	191
—	36	2.792	198
—	35	2.898	205
—	34	3.003	212
—	33	3.109	219
—	32	3.214	226
—	31	3.319	233

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr	COTISATION annuelle Fr.
38	30	3.424	239
—	29	3.528	246
—	28	3.631	253
—	27	3.733	259
—	26	3.835	265
—	25	3.937	271
—	24	4.037	277
—	23	4.136	283
39	44	2.073	157
—	43	2.176	163
—	42	2.279	169
—	41	2.382	176
—	40	2.485	183
—	39	2.588	190
—	38	2.698	197
—	37	2.807	204
—	36	2.915	211
—	35	3.023	218
—	34	3.131	225
—	33	3.239	232
—	32	3.347	239
—	31	3.455	246
—	30	3.562	253
—	29	3.668	260
—	28	3.774	267
—	27	3.879	275
—	26	3.983	282
—	25	4.086	289
—	24	4.189	306
40	45	2.070	161
—	44	2.175	167
—	43	2.280	174
—	42	2.385	181
—	41	2.490	188
—	40	2.596	195
—	39	2.708	202
—	38	2.820	209
—	37	2.931	217
—	36	3.042	225
—	35	3.153	233
—	34	3.265	241
—	33	3.376	248
—	32	3.487	255
—	31	3.597	263
—	30	3.706	271
—	29	3.815	278
—	28	3.924	285
—	27	4.032	292
—	26	4.139	299
—	25	4.244	306
41	46	2.065	165
—	45	2.172	172
—	44	2.279	179
—	43	2.386	186
—	42	2.494	193
—	41	2.602	201
—	40	2.717	209
—	39	2.831	217
—	38	2.946	225
—	37	3.060	233
—	36	3.175	241
—	35	3.290	249
—	34	3.403	257
—	33	3.517	264
—	32	3.630	272

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
41	31	3.743	280
—	30	3.855	288
—	29	3.967	295
—	28	4.078	302
—	27	4.188	309
—	26	4.296	316
42	47	2.059	170
—	46	2.168	177
—	45	2.278	184
—	44	2.388	192
—	43	2.498	200
—	42	2.608	208
—	41	2.725	216
—	40	2.843	224
—	39	2.961	232
—	38	3.078	241
—	37	3.195	249
—	36	3.313	257
—	35	3.431	265
—	34	3.547	274
—	33	3.664	282
—	32	3.780	290
—	31	3.896	298
—	30	4.011	307
—	29	4.124	315
—	28	4.237	323
—	27	4.349	331
43	48	2.052	174
—	47	2.164	182
—	46	2.276	190
—	45	2.388	198
—	44	2.500	206
—	43	2.612	214
—	42	2.733	222
—	41	2.854	231
—	40	2.974	240
—	39	3.094	249
—	38	3.215	258
—	37	3.335	267
—	36	3.456	276
—	35	3.577	285
—	34	3.696	294
—	33	3.815	303
—	32	3.934	312
—	31	4.052	320
—	30	4.170	328
—	29	4.287	336
—	28	4.403	344
44	49	2.042	179
—	48	2.156	187
—	47	2.270	195
—	46	2.385	204
—	45	2.500	213
—	44	2.615	222
—	43	2.738	231
—	42	2.862	240
—	41	2.985	249
—	40	3.110	258
—	39	3.234	267
—	38	3.359	277
—	37	3.482	287
—	36	3.605	296
—	35	3.727	306
—	34	3.850	315
—	33	3.973	324

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
44	32	4.094	333
—	31	4.215	342
—	30	4.335	351
—	29	4.453	360
45	50	2.033	185
—	49	2.149	193
—	48	2.266	202
—	47	2.383	211
—	46	2.500	220
—	45	2.617	229
—	44	2.744	238
—	43	2.870	248
—	42	2.997	258
—	41	3.122	268
—	40	3.250	278
—	39	3.377	288
—	38	3.505	298
—	37	3.631	308
—	36	3.758	318
—	35	3.883	328
—	34	4.009	338
—	33	4.134	348
—	32	4.259	358
—	31	4.382	368
—	30	4.505	378
46	51	2.022	190
—	50	2.141	199
—	49	2.260	208
—	48	2.379	218
—	47	2.498	228
—	46	2.617	238
—	45	2.747	248
—	44	2.876	258
—	43	3.006	268
—	42	3.134	279
—	41	3.264	289
—	40	3.395	299
—	39	3.525	310
—	38	3.655	321
—	37	3.785	332
—	36	3.914	343
—	35	4.044	353
—	34	4.173	363
—	33	4.302	373
—	32	4.429	383
—	31	4.555	393
47	52	2.009	197
—	51	2.130	207
—	50	2.251	217
—	49	2.372	227
—	48	2.494	237
—	47	2.616	247
—	46	2.748	258
—	45	2.879	269
—	44	3.012	280
—	43	3.145	291
—	42	3.278	302
—	41	3.412	313
—	40	3.546	324
—	39	3.680	336
—	38	3.813	348
—	37	3.946	359
—	36	4.080	370
—	35	4.212	381
—	34	4.343	392

SOU MEDICAL

Pour renseignements, envois de pièces, etc., adresser la correspondance, 23, rue de Dunkerque à Paris.

Pour les adhésions et le paiement des cotisations, au Dr GASSOT, *trésorier*, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE

HEBDOMADAIRE

Dr M. à C. à *Concours*. — Je serais heureux d'avoir le renseignement suivant.

Un étranglement herniaire survenant au cours du travail chez un ouvrier atteint déjà de hernie et portant un bandage, est-il un accident du travail ?

Une compagnie à laquelle l'entreprise où travaillait cet ouvrier est assurée peut-elle s'en désintéresser ?

Je serais heureux d'avoir ce renseignement, car appelé dernièrement par un patron (qui a, je dois le dire, fait toutes réserves au sujet de la façon dont la compagnie prendrait la chose), pour donner mes soins à un ouvrier atteint de hernie étranglée survenue au cours de son travail, j'ai dû faire venir en hâte un chirurgien qui a fait l'opération.

A présent, la compagnie refuse de prendre à sa charge l'accident, prétendant que du moment que le blessé avait déjà une hernie elle ne doit rien. Et nous sommes, le chirurgien et moi, en passe de ne toucher aucun honoraire. Que dois-je faire ? Le blessé a-t-il chance de gagner en intentant un procès à la compagnie. Puis-je poursuivre le patron qui, vu les réserves qu'il a faites, sera aussi récalcitrant que la compagnie.

Réponse. — Si l'étranglement de la hernie a été occasionné par un accident survenu à l'ouvrier pendant ou à l'occasion de son travail, le patron est responsable, en vertu de la jurisprudence admise par la Cour de Cassation, qui refuse de tenir compte de l'état antérieur du blessé.

C'est là une question de fait, et la preuve doit en être administrée par l'ouvrier. En ce qui vous concerne, vous et votre confrère, nous vous conseillons, puisque la responsabilité du patron est contestée, de poursuivre

Suite page XII.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
47	33	4.474	403	48	39	3.838	363	49	45	3.159	317	50	51	2.472	267
—	32	4.603	414	—	38	3.975	375	—	44	3.300	330	—	50	2.600	279
				—	37	4.111	387	—	43	3.441	343	—	49	2.739	292
48	53	1.996	203	—	36	4.247	399	—	42	3.582	356	—	48	2.879	305
—	52	2.119	213	—	35	4.382	411	—	41	3.722	369	—	47	3.021	318
—	51	2.242	223	—	34	4.517	423	—	40	3.862	382	—	46	3.163	332
—	50	2.365	234	—	33	4.650	435	—	39	4.002	395	—	45	3.306	346
—	49	2.488	245					—	38	4.142	408	—	44	3.450	360
—	48	2.612	256	49	54	1.980	211	—	37	4.281	420	—	43	3.594	374
—	47	2.747	267	—	53	2.105	224	—	36	4.419	432	—	42	3.738	388
—	46	2.882	279	—	52	2.230	233	—	35	4.556	444	—	41	3.882	402
—	45	3.017	291	—	51	2.355	244	—	34	4.693	456	—	40	4.026	416
—	44	3.153	303	—	50	2.481	255					—	39	4.170	430
—	43	3.291	315	—	49	2.607	267	50	55	1.962	219	—	38	4.313	443
—	42	3.428	327	—	48	2.743	279	—	54	2.089	231	—	37	4.456	456
—	41	3.565	339	—	47	2.880	291	—	53	2.216	243	—	36	4.599	469
—	40	3.702	351	—	46	3.019	304	—	52	2.344	255	—	35	4.742	482

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur Hayem.

Les aliments dans le régime des dyspeptiques.

Je vais poursuivre aujourd'hui l'étude des aliments envisagés au point de vue des régimes anti-dyspeptiques. Je vous parlerai, dans cette leçon, de certaines viandes fumées, des abats (cœur, rognons, foie, cervelle, etc.), des poissons et d'autres substances alimentaires animales de moindre importance, grenouilles, huîtres, crustacés, escargots, etc.

Les jambons fumés conservent leurs matières albuminoïdes, tout en étant rendus imputrescibles par l'action des corps antiseptiques (créosote, essences diverses), de la fumée. Ils ont les qualités des viandes fraîches et peuvent se conserver. La viande ainsi traitée ne perd pas sa couleur. Elle prend une saveur de fumée qui n'est pas désagréable. Comme elle a subi une sorte de dessiccation, il en résulte qu'elle contient plus de matières albuminoïdes — 6 % environ — que les viandes fraîches. Choisie dans ses parties maigres, elle peut entrer dans les régimes des dyspepsies.

Les abats fournissent des viandes dont la digestibilité et la valeur nutritive sont variables. Le cœur est fibreux, coriace. Il n'est guère utilisé dans les régimes qui nous intéressent. Il peut, cependant, fournir du bon bouillon et constitue une ressource pour le pauvre. On fait de l'excellent bouillon avec le cœur de bœuf.

Les rognons, surtout prélevés sur des animaux jeunes, sont une viande tendre, nutritive, de digestion facile.

Le foie offre une valeur irrégulière. Il convient de n'utiliser, chez les dyspeptiques, que du foie d'animaux jeunes, du foie de veau. Le foie demande une cuisson suffisante. Il renferme, à côté des albuminoïdes, des graisses, de la lécithine, du glycogène en proportion variable — tantôt 1 %, tantôt jusqu'à 16 % —, des matières minérales et un pigment ferrugineux, du fer sous forme assimilable. C'est un aliment ferrugineux.

Certains animaux qui sont engraissés, ont un foie gras très apprécié par les gourmets. Les dyspeptiques vous demanderont s'ils peuvent manger des foies gras de volaille. Les foies d'oies engraissées par le gavage offrent de l'hypertrophie avec engraissement. Ces foies gras constituent un mets des plus savoureux auquel un grand nombre de gens tiennent. Ils sont très nourrissants. On y a trouvé jusqu'à 30 % de graisse, d'une graisse savoureuse, phosphorée. Il est difficile de dire si c'est un aliment indigeste ou non ; le plus souvent, en effet, il est mis sur les tables déjà modifié, truffé, farci. Je crois que le foie gras simple, pris en quantité modérée, n'est pas à rejeter du régime des dyspeptiques.

La cervelle a une bonne réputation. Au point de vue chimique, la cervelle, le foie gras et le jaune d'œuf se ressemblent beaucoup. De même, au point de vue digestibilité. La cervelle renferme, à côté des substances albuminoïdes, des graisses,

du phosphore, des lécithines. Elle est très nutritive. La moelle épinière s'en rapproche, mais elle est un peu plus dure, plus riche en tissu conjonctif.

Je rangerai parmi les abats la moelle osseuse. On y rattache des propriétés opothérapiques qui ne me semblent pas démontrées. Quoi qu'il en soit, c'est un aliment graisseux, constitué d'une graisse facile à assimiler. Elle renferme 97 % de matières grasses, accompagnées de lécithines, de phosphore. C'est un aliment-médicament à placer à côté de la cervelle et du jaune d'œuf.

Le riz de veau est également un aliment recherché des gourmets. C'est du thymus de veau. Il est riche en albuminoïdes, en graisses phosphorées. Il passe pour être très digestif. Il l'est certainement à condition d'être très cuit. Il demande à être très cuit, comme tous les aliments dont je viens de parler.

D'autres abats ont moins d'intérêt. Le lard est de la graisse sous-cutanée du porc. On l'utilisera seulement pour les assaisonnements et les fritures. Le sang, dont on a voulu faire également un médicament opothérapique, est un aliment lourd. On ne doit guère l'employer que pour des produits de charcuterie. Il est toujours indigeste, sans compter qu'il est de conservation difficile ; il sort, la plupart du temps, des abattoirs, déjà en voie de putréfaction. Le boudin, les cervelas, doivent disparaître des régimes dyspeptiques.

J'arrive aux poissons. C'est une ressource alimentaire considérable pour nos pays et bien plus importante encore pour certaines contrées. Il est des peuples icthyophages, qui se nourrissent principalement de poissons : les habitants du Groenland et de l'Islande par exemple.

Les poissons sont nombreux et d'espèces diverses. Je retiendrai seulement ceux qui servent à l'alimentation. Il y a, entre eux, des différences de composition assez grandes. D'une manière générale, les déchets sont, pour les poissons, assez sensibles ; aussi, ne fournissent-ils qu'une moyenne de 12 à 14 % de matières assimilables albuminoïdes et une proportion variable de graisse. Les uns ont à peine 1 p. % de graisse, alors que d'autres en ont jusqu'à 30 %. C'est une graisse particulièrement liquide, renfermant jusqu'à 50 % d'oléine. Vous savez qu'avec certains poissons, on fait de l'huile. Enfin, dans la chair de poisson, et c'est là une de ses caractéristiques, les matières extractives sont peu abondantes.

Quelques espèces de poissons sont vénéneuses ou le deviennent à des moments déterminés ou lorsqu'ils sont pêchés sur des points donnés. D'une manière générale, d'ailleurs, tous les poissons semblent contenir des principes vénéneux pour l'homme. Pour ce motif, ils ne conviennent pas aux herpétiques, aux eczémateux.

Pratiquement, on divise les poissons en poissons à chair maigre et poissons à chair grasse. On les distingue aussi en poissons d'eau de mer et poissons d'eau douce. Les poissnso à chair maigre ont moins de 2 % de graisse. Ce sont la sole, la limande, la truite, le brochet, la carpe, le barbot, la morue. Les poissons à chair grasse ont de 8 à 9 % et plus de graisse. Leur digestion est plus laborieuse. Ce sont le maquereau, l'anguille de mer, le saumon, le hareng frais.

Une des difficultés de l'emploi du poisson, est la facilité avec laquelle il se putréfie et les dangers qu'offre l'usage de la chair de poisson putréfiée. Rien n'est plus difficile que d'avoir du poisson frais. Par les temps chauds et orageux, quelques heures suffisent pour altérer le poisson. Ce que l'on appelle poisson frais à Paris est généralement du poisson conservé dans la glace et pêché quelquefois un mois ou deux auparavant. Or, ce que je vous ai dit de la viande de boucherie conservée dans la glace est applicable *a fortiori* au poisson. La chair dégelée de celui-ci entre très rapidement en putréfaction, plus vite encore que ne le fait la viande de boucherie dégelée. La fraîcheur est donc encore un gros aléa en matière d'alimentation par le poisson. Même au bord de la mer, on n'a pas la plupart du temps du poisson récemment pêché, les pêcheurs arrivant souvent avec ce qu'ils ont pris quelques jours auparavant. Tout cela vous fait comprendre pourquoi la viande de poisson peut déterminer des accidents.

On fait, avec le poisson, des conserves. On le sale, comme la viande de boucherie, et c'est là une ressource pour la classe pauvre. On utilise ordinairement des produits de bonne qualité. Ainsi, à une période particulière de l'année, on voit le saumon se précipiter aux embouchures des rivières. Il est alors pêché, salé sur place, dans d'excellentes conditions. De même, la morue est salée au moment de la pêche. Il faut avoir la précaution, avant de les consommer, de les faire dessaler pendant 24 heures.

Les conserves de sardines, faites à l'huile, sont nutritives et représentent un agent de suralimentation qui remplit l'office de l'huile de foie de morue, dont il n'a pas la saveur désagréable.

Je passe à d'autres espèces animales. La tortue n'est pas très importante au point de vue alimentaire. Sa chair, cependant, peut donner un bon bouillon, léger, et peut servir de cette manière à varier la cuisine. Les cuisses de grenouilles sont légères. Elles ressemblent comme composition à la sole et comme apparence à la chair de poulet.

Les huîtres sont plus intéressantes. C'est un aliment très apprécié et de digestion facile. Il a le défaut d'être coûteux. Elles renferment des matières albuminoïdes, très assimilables, des matières grasses, phosphorées, du glycogène. L'animal est mangé entier et il représente un aliment

complet, ne laissant pas beaucoup de déchet. Il importe de le consommer seulement pendant certains mois, de septembre à avril, en dehors de la période de frai.

Les huîtres sont pêchées en mer et mises dans des parcs. Ces parcs sont quelquefois aux embouchures de rivières ou d'égouts venant des villes, et souillés. Dans quelques circonstances, les huîtres ont pu déterminer la fièvre typhoïde. Il faut, par conséquent, faire un choix judicieux de ces parcs, loin des villes. Nous avons, aujourd'hui, des inspecteurs d'hygiène, et on ne laisse plus consommer les huîtres qui pourraient être contaminées.

Une douzaine d'huîtres moyennes renferment 20 à 21 grammes de matières nutritives sèches. C'est déjà très nourrissant. Ce qui en rend la digestion plus laborieuse, c'est l'eau de mer qui est avalée en même temps et les condiments qu'on y ajoute. Mangée à sec, l'huître est de digestion facile.

Je ne dirai rien des moules, difficiles à digérer et susceptibles de provoquer des accidents. L'écrevisse, la crevette, la langouste, le homard, sont des aliments sapides, à chair serrée, coriace, se digérant lentement et demandant un travail sérieux à l'estomac. Vous verrez, il est vrai, des gastropathes digérer des aliments indigestes. Aussi ne rejetez pas, de prime abord, aucun aliment même de réputation indigeste. La chair de ces crustacés est nourrissante. Pour ma part, je l'introduis volontiers dans les régimes, sauf quand les dyspeptiques sont herpétiques. Il faut rejeter les sauces lourdes, homard à l'américaine, mayonnaise, etc.

L'escargot n'est pas un aliment très importan t ni facile à digérer. On le prend avec du beurre, de l'ail, de la chapelure, condiments lourds. On peut, plus avantageusement pour l'estoma:, le manger tel.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'air chaud comme traitement de la Gangrène.

D'après M. le Dr P. Sigwalt, de Clamart, qui a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la gangrène par l'air chaud, la douche d'air surchauffé (50°-80°) stérilise les tissus gangrenés plus rapidement que tout autre procédé, et détermine en peu de jours, parfois même en une seule séance, la dessiccation des tissus mortifiés, leur momification, qui exige, par les autres traitements, des semaines et même des mois.

La stérilisation obtenue, la gangrène ne peut plus évoluer que par oblitération vasculaire aseptique. Cette oblitération vasculaire est elle-même combattue par les applications d'air tiède.

Les parties mortifiées sont rapidement séparées du vif, grâce à la formation du sillon d'élimination, quand il s'agit d'un membre peu volumineux (doigt, orteil, etc.), et l'amputation précoce est rendue possible par la stérilisation de la partie malade s'il s'agit d'un membre volumineux (bras, cuisse, etc.). Enfin la momification permet d'attendre le moment favorable pour une opération reconnue nécessaire.

Les douches d'air à 50°, en produisant une forte vaso-dilatation, favorisent à la fois la nutrition des tissus menacés, le bourgeonnement de la plaie et sa cicatrisation. La cicatrice elle-même est très souple et son aspect rappelle complètement celui des tissus sains.

Enfin, et ce n'est peut-être pas le moindre mérite du traitement, l'air chaud atteint son but sans causer de souffrances au malade ; il apaise même ordinairement celles qui accompagnent la maladie.

L'époque précise de la terminaison de la Coqueluche.

MM. le Dr A. Lesage et Collin, interne de l'hôpital Hérold à Paris, viennent, à propos d'un cas caractéristique, d'étudier de près les véritables symptômes sur lesquels doit s'appuyer le diagnostic de coqueluche en évolution, et ce qui permet d'affirmer que la coqueluche est terminée, surtout en tant que maladie contagieuse.

« Toute coqueluche, disent les auteurs dans un article de la *Gaz. des Hôp.*, s'accompagne d'élévation de la densité urinaire et de la teneur en acide urique (Blumenthal, Hippius, Filatow), de l'augmentation du nombre des lymphocytes dans le sang, de la présence de crachats spéciaux.

La fin de la maladie infectieuse s'accompagne cliniquement de la cessation de l'expectoration, de la diminution très marquée des quintes nocturnes, et du retour à la normale des courbes d'urine et de sang.

Il s'ensuit que la recherche de ces différents faits permet de délimiter la période de la contagion et tranche la question de la durée de l'isolement.

On n'est donc pas en droit de prendre pour une coqueluche prolongée un état morbide caractérisé uniquement par des quintes de toux.

En conséquence, si la toux quinteuse de la coqueluche continue en dehors de toute rechute dûment contrôlée et de toute complication de l'arbre respiratoire, capable de justifier la présence d'une toux quelconque, il s'agit de la coqueluche névrose, qui n'est plus infectieuse ni contagieuse.

C'est le « tic coqueluchoïde ».

Ces notions présentent un réel intérêt pour les praticiens chargés de l'inspection médicale des écoles et ayant à se prononcer sur la réintégration des enfants éloignés des classes comme contagieux.

Traitement des crampes professionnelles par le massage et la rééducation.

M. le Dr Kouindjy vient de donner dans la *Revue des agents physiques* une description détaillée du traitement kinésithérapique des crampes professionnelles :

Il existe trois formes de crampes professionnelles bien étudiées : la forme spasmodique, paralytique et trémulante. Toutes ces formes se rencontrent surtout dans la crampe des écrivains, la plus répandue et la mieux étudiée des crampes professionnelles. Duchenne de Boulogne a établi l'origine centrale des crampes, alors que V. Poor a surtout accusé l'origine périphérique. L'auteur partage l'avis de Poor, mais assimile la crampe professionnelle à l'ataxie, d'où il conclut que, pour mieux agir contre ce trouble moteur il faut avoir recours à une rééducation de l'écriture. Comme la cause périphérique affaiblit les organes qui entrent en grande partie en action pendant qu'on écrit, il faut aller les soigner directement. De ces organes, il faut surtout s'occuper des muscles. Deux groupes musculaires contribuent à former l'écriture : les extenseurs et les fléchisseurs. Dans la crampe professionnelle, les fléchisseurs sont en état de contracture, et les extenseurs, comme groupe musculaire plus faible, en hypotonie. Il faut, par conséquent, masser les extenseurs et laisser tranquilles, les fléchisseurs. En partant du même principe, l'on fait apprendre à ces malades l'écriture avec la main renversée. Pour ce faire, on fait placer la main du malade sur la face dorsale, le porte-plume se trouve entre la face palmaire du pouce et celle des autres doigts. Le malade commence par s'habituer à faire des bâtons, des ronds, des lettres, et, enfin, des mots. Il réapprend l'écriture comme pendant l'enfance il apprenait à écrire. Mais, dans cette façon d'écrire, une condition est absolument indispensable le malade doit avoir recours à l'encre dans des intervalles très fréquents. Ces intervalles qui servent à ce que le patient trempe sa plume dans l'encre servent en même temps à laisser reposer les muscles extenseurs. C'est ainsi, qu'au début du traitement, le malade fait un *a* par exemple, en deux fois : d'abord le rond et, ensuite le bâton. Entre ces deux signes, il cherche de l'encre. La lettre se fait en trois temps avec deux prises d'encre. Lorsque le malade sait déjà bien écrire, il commence par éloigner les prises d'encre et ne trempe sa plume qu'après un mot, deux mots, etc.

Les exercices de l'écriture ne se font qu'une fois par jour, et dans une période de temps qui ne doit pas dépasser un quart d'heure, vingt minutes. Quand le malade arrive déjà à pouvoir facilement écrire, l'auteur lui permet de reprendre l'écriture ordinaire et d'alterner avec celle de la main renversée. De cette façon, quand le malade ressent le spasme venir pendant l'écriture ordinaire, il n'a qu'à renverser la main et écrire avec la main renversée ; l'écriture avec des fléchisseurs *se transforme en écriture avec des extenseurs*, ce qui permet au spasme de disparaître.

Outre l'écriture, on apprend à ces malades à exécuter les différents signes, comme le 8 prolongé, les lignes verticales diagonales, transversales, etc ; des exercices avec des prismes triangulaires, le casier, le jeu de la planchette ; etc. Ces exercices sont encore accompagnés par des exercices au moyen d'une canne, d'une rondelle, des différents poids, de la balle, etc. Tous ces derniers exercices ont pour but d'activer la tonicité musculaire des extenseurs et de mettre leur force à peu près au même niveau que la force musculaire des fléchisseurs.

Règle générale, le malade doit abandonner son travail au moins pour trois mois. Chez un malade aisé, c'est chose facile à obtenir. Mais chez un employé comptable, caissier, etc., le repos prolongé est difficile à avoir et le résultat s'obtient également avec beaucoup d'incertitude.

Dans le traitement des crampes professionnelles, on a à compter avec l'état psychique du malade. Dans ce cas la rééducation doit tenir la place prépondérante, la massothérapie vient après ; à côté de la massothérapie, il faut faire aussi de la pschycothérapie. Il faut encourager le malade et le traiter avec ménagements ; il ne faut pas se figurer qu'on peut le suggestionner. Il faut lui montrer par la marche progressive de l'amélioration de son écriture qu'il est encore capable de reprendre l'écriture et, par conséquent, pourra continuer sa profession et gagner sa vie. La rééducation de l'écriture et le massage méthodique sont les deux agents principaux qui sont en mesure d'influencer favorablement l'état psychique de ces malades.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Accidents éloignés des traumatismes craniens. — Hémorragies des conjonctives d'origine syphilitique. — Traitement des rétrodéviations de l'utérus. — Cancer inopérable de la gorge traité par les applications de radium. — La gynécologie à Madagascar.

M. Lucien Picqué présente à la *Société de Chirurgie* un rapport sur un travail de M. Baudet concernant un malade atteint d'une double fracture horizontale de la voûte cranienne avec épanchement sous-dure-mérien, double hémiplégie et crises épileptiformes. Une craniectomie amena la guérison. Ce cas appelle à nouveau l'attention sur la question des *accidents éloignés des traumatismes craniens.* Il montre l'utilité de l'intervention chirurgicale précoce, qui a l'avantage de combattre les accidents du début et de prévenir les troubles consécutifs possibles.

Les accidents éloignés des traumatismes du crâne (crises épileptiformes, syndrome de paralysie générale, démence), sont loin d'être rares. Leur connaissance intéresse non seulement le

médecin et le chirurgien, mais aussi l'expert appelé à se prononcer dans les expertises pour accidents du travail.

M. PIERRE DELBET a été frappé de la proportion des syphilitiques parmi les sujets qui offrent des accidents éloignés des traumatismes craniens. Quand on cherche, chez ces malades, la réaction de Wassermann, on la trouve fréquemment positive. La syphilis semble jouer un rôle important en pareille circonstance. Mais cela ne veut pas dire le moins du monde que l'effet du traumastisme soit nul. Le traumatisme, pour M. Pierre Delbet, a une action sur la syphilis, sur sa localisation, sur son évolution. L'accidenté du travail, dans ces conditions, a droit à une indemnité.

M. DEMOULIN partage cet avis. Pour lui, l'accident, le traumatisme cranien doit être considéré, malgré la syphilis du patient, comme responsable, au moins dans une certaine mesure, de l'apparition du syndrome de paralysie générale, surtout quand il est bien démontré que le blessé travaillait régulièrement et sans commettre de faute dans ses occupations, avant le traumatisme. Comme M. Delbet, comme le professeur Joffroy, M. Demoulin croit que l'influence des traumatismes craniens graves sur l'apparition de la paralysie générale est indéniable.

— M. BROCHIN rapporte, à la *Société des chirugiens de Paris*, un cas d'*hémorragies des conjonctives d'origine syphilitique*. Il concerne un homme de 30 ans, qui eut, à plusieurs reprises, dans le cours d'une même année, des hémorragies conjonctivales assez abondantes. Plusieurs médications restèrent insuffisantes pour prévenir le retour de ces accidents, qui cessèrent à la suite d'un traitement spécifique, le malade ayant accusé des antécédents syphilitiques.

M. BAUDOUIN remarque que l'on a, assez souvent, particulièrement chez les hystériques, signalé des hémorragies dont l'origine restait inconnue. Peut-être certaines d'entres elles étaient-elles imputables à la syphilis.

— M. CAZIN étudie, à la *Société des chirurgiens de Paris*, le *traitement des rétrodéviations de l'utérus*. Il estime que l'on doit traiter toute rétrodéviation utérine chaque fois qu'il s'agit d'une femme adulte encore éloignée de la ménopause. Il a employé successivement l'opération d'Alexander, l'hystéropexie et la fixation intrapariétale des ligaments de Doléris. C'est cette dernière qui lui paraît être l'intervention de choix, car elle réalise à la fois les avantages de l'hystéropexie et ceux de l'opération d'Alexander, sans offrir les inconvénients de l'une et de l'autre.

— M. GUISEZ présente à la *Société de laryngologie de Paris* un malade atteint de *cancer inopérable de la bouche et de l'amygdale traité par les applications de radium*.

Le néoplasme, parti du pilier droit de l'amygdale, avait envahi la joue et la commissure labiale. Deux chirurgiens, successivement consultés, le jugèrent inopérable. On fit une série d'applications de bromure de radium dont les dernières remontent à environ deux mois. A part un peu de radiodermite de la peau, assez longue à se cicatriser, ces applications ont été tout à fait indolores.

L'amélioration est des plus nettes ; tous les signes extérieurs (adénopathie, œdème, tuméfaction de la peau) ont disparu. Les deux tiers antérieurs de la plaie buccale sont cicatrisés et il ne reste plus qu'une petite ulcération à la partie toute postérieure. Les douleurs ont complètement cessé et l'alimentation, impossible auparavant, est redevenue normale.

Le cas est trop récent pour qu'on puisse parler de guérison ; mais, étant données la gravité du néoplasme et son inopérabilité, cette amélioration était intéressante à enregistrer.

— M. FONTOYNONT communique à la *Société de l'Internat* une étude sur la *gynécologie à Madagascar*.

La femme malgache est très prolifique, ce qui tient aux mœurs du pays. Le Malgache a une conception de la moralité et de la famille tout à fait particulière. Pour lui, la raison d'être d'une femme, c'est la maternité. Tout converge vers ce but. C'est pour cela qu'un homme ne répugnera aucunement à épouser une femme ayant auparavant cohabité avec un ou plusieurs hommes successivement, qu'un père et une mère laisseront à leur fille la plus grande liberté de mœurs et d'allures.

La femme mariée en état de grossesse cesse, dans les derniers mois de sa gestation, toute cohabitation avec son mari. Au terme qu'elle a choisi, elle se refuse, non sans avoir préalablement cherché elle-même une femme qui la remplacera momentanément comme épouse. D'ailleurs, jamais un enfant n'est abandonné. Il y a plutôt dispute pour le prendre. Quand il y a plusieurs compétiteurs pour le recueillir, ou quand le divorce est prononcé entre les parents, les enfants choisissent librement celui ou celle qu'ils préfèrent suivre.

Ces considérations d'ordre social permettent de comprendre la rareté, à Madagascar, des avortements et des affections qui en sont les suites. Toutefois, l'invasion du paludisme a fait augmenter dans de grandes proportions les accouchements avant terme et les avortements. L'auteur conseille, en pareil cas, l'emploi de la quinine et il proteste à ce propos contre l'opinion de ceux qui voient dans la quinine un agent abortif, contre-indiqué pendant la grossesse. Les femmes enceintes palustres doivent être traitées par la quinine. P. L.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. CHABRUT

Kératite interstitielle.

Elle se présente sous les aspects les plus variables, suivant son âge et les nombreuses variétés. Mais son siège profond et l'intégrité de

l'épithélium laisse toujours à la cornée une surface régulièrement courbe et des reflets normaux. Il n'y a jamais ulcération. Elle débute ordinairement par une opacité diffuse avec des foyers plus ou moins étendus qui donnent l'impression d'une surface cornéenne saupoudrée de verre pilé, ou bien la cornée prend un aspect de porcelaine. Cette opacité a une étendue et un siège variables, elle peut être annulaire, triangulaire ou généralisée et persister dans cet état pendant des semaines ou des mois (*Fig.* 1). Bientôt la lésion prend un aspect nouveau (2e période) caractérisé par une vascularisation profonde qui relie le limbe à la lésion et s'avance avec elle vers le centre de la cornée.

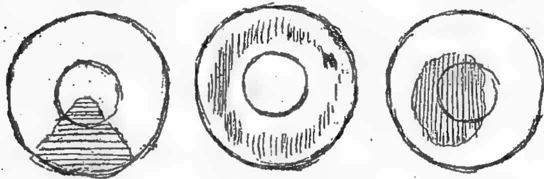


Fig. 1.

Ces vaisseaux ont les mêmes caractères que ceux de l'injection ciliaire. Ils sont profonds, intrascléreux, fins, ramifiés en balai, diffus, d'un rouge violacé, assez troubles.

C'est un véritable pannus profond qui n'entame pas la surface, mais produit souvent au niveau du limbe, surtout vers la partie supérieure, une véritable suffusion sanguine profonde, sous forme d'une tache rouge. C'est à ce moment que la kératite interstitielle est à l'apogée de son évolution. Ensuite elle décroît, le pannus disparaît parallèlement au trouble cornéen, comme il est venu. Ce trouble même s'éclaircit de plus en plus en commençant par la périphérie et le malade, après avoir eu dans bien des cas une cornée opaque et toute rouge et une vision presque nulle, re-

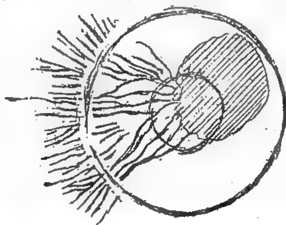


Fig. 2.

trouve à la fois une assez bonne vue et une cornée à peu près saine avec seulement un léger trouble au centre. Le pronostic, assez bénin en somme, quant à la terminaison, est au contraire assez réservé en ce qui concerne la longueur de l'affection, qui dure le plus souvent des mois et récidive habituellement ; ce pronostic est encore assombri par les complications qui se produisent du côté de l'iris et du corps ciliaire, dont l'inflammation intense masque souvent et peut d'ailleurs précéder la kératite. La confusion est alors d'autant plus facile que la syphilis héréditaire tardive, cause fréquente de cette kératite, atteint ordinairement les membranes du segment antérieur de l'œil et peut débuter indifféremment par l'une d'elles. Mais, en présence d'une kératite interstitielle, la violence de la réaction inflammatoire est un signe certain de la participation de l'iris et du corps ciliaire à l'infection. Le glaucome peut en résulter et l'œil peut être perdu.

Un malade, qui vient de subir une atteinte de kératite interstitielle, se présente avec une cornée plus ou moins trouble vers le centre, ou encore vers sa partie inférieure (opacité triangulaire), à surface saine, mais dans laquelle le plus souvent la loupe découvre profondément de petits vaisseaux très fins à direction radiée qui sont la signature même de l'affection. Ils aident encore à la résorption de l'exsudat comme les vaisseaux superficiels nets et flexueux aident à la réparation d'un ulcère.

La kératite interstielle est une affection de l'enfance, dont la récidive est la règle jusqu'à 20 ans. Elle peut être provoquée par un traumatisme ou par une kérato-conjonctivite eczémateuse. Mais sa cause première est à la fois *tuberculeuse* et *syphilitique*, conception à laquelle on est revenu aujourd'hui après avoir cru successivement et exclusivement à une origine scrofuleuse avec Magendie, puis syphilitique, avec Hutchinson. C'est maintenant l'opinion mixte de Panas qui prévaut. Néanmoins, et s'il ne faut plus s'ingénier à trouver coûte que coûte la vérole chez les parents, et si bien souvent même, il ne faut pas espérer grand bénéfice du traitement spécifique, il faut rechercher chez l'enfant ou le jeune homme atteint tous les signes classiques de la syphilis héréditaire, dont la « triade » ne représente plus qu'une partie. Les malformations dentaires faciles à voir et assez caractéristiques seront toujours recherchées d'abord.

Le traitement spécifique, mercure et iode, sera employé sous toutes ses formes suivant les cas et l'urgence (irido-cyclite) en injection ou en frictions.

En dehors précisément de ces cas urgents et même dans ces cas-là souvent, les frictions mercurielles bien faites, avec les soins de propreté indispensables, seront longtemps tolérées et rendront de grands services.

Il est peut-être bon aussi de rappeler que l'huile de foie de morue, moins démodée cependant que les vieilles frictions, reste le mode de traitement général spécifique d'une affection qui est au moins aussi souvent tuberculeuse que syphilitique.

Quant aux moyens locaux, ils consisteront dans la période du début (réaction inflammatoire vive);

en bains locaux chauds avec gâteaux d'ouate souvent renouvelés, atropine de 1 à 3 fois par jour, dionine (collyre au 1/50, plusieurs gouttes par jour en plusieurs fois).

En cas d'irido-cyclite établie ou menaçante, éviter l'atropine qui augmente la tension oculaire.

Quand la résorption est commencée, le massage léger à la pommade iodoformée ou mieux à l'oxyde jaune sera indiqué. Eviter la pommade jaune en même temps que le traitement mercuriel, et le calomel en même temps que l'iodure.

Il peut exister, à côté de la kératite interstitielle, qu'on pourrait appeler spécifique, d'autres opacités profondes, sans ulcères, dues à des causes diverses, ordinairement limitées, sans grandes réactions inflammatoires et n'amenant le plus souvent qu'un trouble assez limité de la vue. Ainsi la sclérite peut amener dans son voisinage des points de sclérose de la cornée. De même et surtout, l'iritis et l'irido-cyclite, retentissent sur la face profonde de la cornée où se dépose un exsudat punctiforme qui envahit surtout la partie inférieure sous forme triangulaire, et que l'éclairage oblique localise très bien à la surface endothéliale, on dirait un dépôt de sable fin. Il s'agit là soit d'un dépôt direct d'exsudats venus de l'iris ou des procès ciliaires, soit de la participation directe à l'inflammation de la face profonde de la cornée, dont l'endothélium, détruit par place, permet une imbibition du tissu propre par l'humeur aqueuse (*kératite ponctuée profonde*).

La cornée peut aussi être le siège d'exsudats profonds, limités dont l'arthritisme ou la tuberculose seraient la cause. Pour ce dernier cas, il s'agit simplement d'une variété bénigne de kératite interstitielle type.



Fig. 3.

En résumé, et si l'on excepte les troubles généraux de la cornée dus à une affection profonde de l'œil, et dont le glaucome offre un exemple classique, *un exsudat sans ulcère contemporain ou antérieur, est de nature le plus souvent tuberculeuse ou syphilitique.*

Dr F. Chabrut.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

II. Produits à prélever. Technique du prélèvement.

Le praticien peut avoir à prélever des produits pathologiques, au cours des principales maladies que nous avons énumérées dans le précédent article, chez l'homme et quelquefois chez les animaux. Le prélèvement chez l'animal peut devenir nécessaire lorsqu'on se trouve en présence de la fièvre charbonneuse ou charbon, et de la rage.

Charbon. Prélèvements chez les animaux. — Si le cadavre est frais, l'autopsie montre des lésions si caractéristiques qu'il est inutile de poursuivre ; mais si le cadavre est déjà altéré, il faudra préparer deux ou trois lames de sang et mieux encore, deux ou trois frottis de pulpe de rate de l'animal. Le cadavre étant ouvert, les instruments demeurant sur la table d'autopsie, préparer deux ou trois lames de verre, que l'on placera à sa portée après les avoir nettoyées avec quelques gouttes d'alcool rectifié. Prélever à la pince et aux ciseaux un tout petit fragment de rate et le frotter légèrement sur la partie médiane de chaque lame de manière à n'y apercevoir qu'une couche très mince. Rejeter le fragment dans l'intérieur du cadavre. Laisser sécher les lames, puis les fixer en les passant, plutôt lentement, 3 ou 4 fois dans la flamme de la lampe à alcool ou à l'alcool flambant. Laisser refroidir ; apposer à l'une des extrémités de la lame, en ayant soin de ne pas la lécher avec la langue ni de ne pas l'humidifier avec le doigt, une petite étiquette sur laquelle on aura écrit au préalable le mot : « charbon », la date et la nature du prélèvement.

Figure 1.

Pipette stérilisée fermée à son extrémité effilée et portant son tampon de coton à l'autre extrémité.

Pour prélever du sang, ouvrir le péricarde, saisir avec une pince la pointe du ventricule gauche, brûler la face antérieure du ventricule *droit* avec une tige de fer quelconque portée au rouge. Passer au travers de cette brûlure pour introduire la pipette qui sert à aspirer le sang. Deux éventualités : ou on veut envoyer le sang tel qu'il est venu dans la pipette, ou on veut envoyer seulement des lames.

Dans le premier cas, il faut avoir une flamme assez chaude à sa portée pour fermer convenablement chacune des extrémités de la pipette, en vue de la transformer en ampoule, et c'est

l'éventualité la plus rare : fermer d'abord l'effilure qui a pénétré dans le cœur. Pour cela, introduire doucement l'extrémité effilée dans la flamme, en tenant la pointe dirigée légèrement vers en haut, pas trop pour que le liquide n'ait pas tendance à s'écouler vers l'extrémité inférieure de la pipette. Puis, effiler l'autre extrémité et la fermer de même. On a ainsi constitué une ampoule fermée contenant le sang charbonneux et sur laquelle on met une étiquette.

Dans le second cas — le plus habituel — faire une lame de sang. Avec la pipette déposer sur le tiers antérieur de la lame une goutte de sang aussi minime que possible. L'étaler en procédant

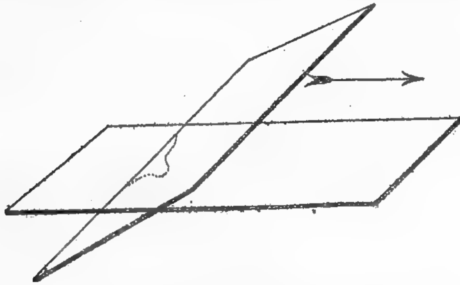


FIGURE 2.
Pour étaler la goutelette de sang figurée en pointillé, faire marcher la lame oblique dans le sens de la flèche.

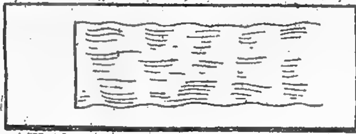


FIGURE 3.
Lame de sang correctement préparée.

ainsi : avec une autre lame tenue de champ et inclinée, faire d'abord étendre le sang de la goutte le long du bord de cette lame, en l'inclinant sur le bord de la goutte, tangentiellement, jusqu'à ce que cette extension se produise, puis faire marcher la lame inclinée en gardant avec soin le contact avec la première, jusqu'à l'autre extrémité de celle-ci. La goutte de sang est étalée. Fixer à l'alcool absolu.

Poser dans un endroit propre la lame préparée ; celle qui a servi à l'étalement est plongée dans l'eau bouillante ; la pipette, non transformée en ampoule, n'aura pas été déposée n'importe où, mais aussitôt qu'elle aura eu servi, la plonger aussi dans l'eau bouillante. Dans cette manipulation de matière infectée et infectante, il faut absolument avoir à sa portée une casserole assez grande d'eau toujours bouillante. Cette condition est réalisable à peu près dans tous les milieux et dans toutes les localités.

Afin de ne pas trop morceler ces indications, nous allons donner immédiatement la technique du prélèvement chez l'*homme* atteint de *pustule maligne*. — Le prélèvement sera d'autant plus aisé et le diagnostic bactériologique d'autant plus rapide et sûr que la pustule n'aura pas été touchée ni traitée.

Aseptiser la région qui environne la pustule ; effectuer quelques scarifications avec un couteau de Græfe, ou un petit bistouri, ou un scarificateur unilame, préalablement stérilisé par immersion dans l'eau bouillante (afin d'endommager le moins possible le tranchant). Recueillir directement une gouttelette du sang qui sourd, en appliquant à peine au sommet de la goutte la face d'une lame préalablement nettoyée, retourner la lame et étaler comme ci-dessus. Fixer les lames de sang en faisant tomber dessus 8 à 10 gouttes d'alcool absolu, laisser sécher par évaporation spontanée.

Rage. — Diagnostic chez l'animal mordeur : ne pas tuer l'animal, l'observer en le maintenant à l'attache, d'une manière sérieuse ; si, au bout de 7 à 8 jours, il ne présente aucun symptôme, on peut le mettre en liberté et rassurer la victime. Mais, comme la salive du chien est déjà virulente pendant la période d'invasion de la maladie (Roux et Nocard), il faut lui conseiller de suivre le traitement antirabique jusqu'à nouvelle indication.

Quand l'animal donne des signes de la rage ou suspects de la rage, on le tue et on fait l'autopsie d'une manière aseptique ; on enlève moelle et encéphale, on peut se contenter du prélèvement du bulbe. On place le fragment dans un flacon contenant de la glycérine neutre à 30° Baumé et stérilisée.

Ce qui vient d'être lu ici au point de vue technique devant se répéter pour un grand nombre de prélèvements, ne sera plus rappelé que par un ou quelques mots.

Le matériel comporte cette fois des instruments d'autopsie que l'on fera bouillir avant et après l'opération. Mais il comporte surtout : une casserole d'eau bouillante, un petit flacon compte-gouttes ou ordinaire d'alcool absolu, des lames de verre, deux ou trois pipettes stériles, une lampe à alcool. Ces instruments ou liquides représentent la moitié des objets nécessaires aux prélèvements, il en sera parlé constamment. C'est dire, du même coup, que l'instrumentation n'est pas compliquée.

L'expédition des matériaux prélevés sera décrite dans un autre article de la série, nous y donnerons aussi des indications suffisantes pour que le praticien puisse se procurer la verrerie toute préparée.

Dr René MARTIAL.

PARTIE PROFESSIONNELLE

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 19 *et* 26 *janvier* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous la réserve ci-après, des nouveaux membres dont les noms suivent, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1936 Giorgi, à Bastia (Corse).
1937 Jacobson, à Cléry (Loiret).
1979 Dalard, à St-Bauzille-en-Putois (Hérault).
1980 Laborderie, à Sarlat (Dordogne).
1981 Franc, à Sarlat (Dordogne).
1982 Deguiral, à Sarlat (Dordogne).
1983 Larger, à Dôle (Jura).
1984 Beylot, à Guîtres (Gironde).
1985 Fischer, à Rougemont-le-Château (Belfort).
1986 Ferry, à Mezeriat (Ain).
1987 Decherf, à Tourcoing (Nord).
1988 Margoulis, à Aubigné (Sarthe).
1989 Emerit, à St-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure).
1990 Chopard, à Pontarlier (Doubs).
1991 Prost, à Paris, 119 bould. Malesherbes.
1992 Farret, à Paris, 31, rue Demours.
1993 Mlle Hamilton, à Bordeaux, hôpital Protestant.
1994 de Fleuriau, à Soubise (Charente-Inférieure).
1995 Ferrand, à St-Agnan (Charente-Inférieure).
1996 Bertrand, à Muron (Charente-Inférieure).
1997 Thèze, à Rochefort (Charente-Inférieure).
1998 Flament, à Rochefort (Charente-Inférieure).
1999 Médini, à Fouras (Charente-Inférieure).
2000 Frouin, à Aigrefeuille (Charente-Inférieure).
2001 Chrétien, à Ciré-d'Aunis (Charente-Inférieure).
2002 Julien-Laferrière), à Rochefort (Charente-Inférieure).
2003 Libouroux, à Rochefort (Charente-Inférieure).
2004 Lamarche, à St-Marcellin (Isère).
2005 Faure, à Lyon, 87, cours Henri-IV.
2006 Martin, à Angers,26, rue des Lices.
2007 Michel, à Vendres (Hérault).
2008 Laurent, à St-Laurent-d'Aygouze (Gard).
2009 Chassy, à Arles (Bouches-du-Rhône).
2010 Chomet, à Treignat (Allier).
2011 Chopard, à Marseille, traverse de Gironne.
2012 Tréhet, à St-Sauveur-le-Vicomte (Manche).
2013 Laudy, à Laurière (H.-V.).
2014 Alvernhe, à Broquiès (Aveyron).
2015 Bertrand, à Châteaurenard (Loiret).
2016 Daubigny, à Molinges (Jura).
2017 Danjou, à Igé (Saône-et-Loire).
2018 Puitg, à Baixas (Pyrénées-Orientales).
2019 Chaplain, à Deville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).
2020 Lalaguë, à Villeneuve-de-Marsan (Landes).
2021 Destouesse, à St-Laurent-Médoc (Gironde).
2022 Gaston, à Lyon, 7, rue de la Charité.

Ces admissions deviendront définitives quinze jours après la publication qui en aura été faite dans le *Concours médical*, si elles n'ont été l'objet d'aucune protestation.

— Les médecins de X. ont perdu devant la Cour le procès en diffamation contre un maire pour lequel le « Sou » avait accordé son appui devant le tribunal correctionnel et dont Me Gatineau avait déconseillé l'appel.

Les frais et les honoraires d'avocat devant les deux juridictions se sont élevés à 452.68.

Le Conseil, bien qu'il n'ait accordé l'appui pécuniaire qu'en première instance, décide de rembourser les deux cinquièmes de la totalité des frais, soit 181 fr. 10, représentant la part à la charge des deux médecins qui étaient membres du « Sou », antérieurement au début de l'affaire, les trois autres n'ayant adhéré qu'à son occasion.

— Le Dr G. se trouve menacé d'une poursuite en dommages-intérêts pour responsabilité civile, par suite d'une demande en paiement de massages qu'il a prescrits, demande formée par le masseur.

Il est entendu que si cette éventualité se produit, le Dr G. aura droit à l'appui pécuniaire du « Sou ».

— Le Dr V., est appelé en garantie par un patron auquel un blessé du travail réclame le paiement d'une note de médicaments qu'il a prescrits. Le patron prétend qu'il y a abus de prescription et que le médecin en est responsable.

Comme il s'agit de responsabilité médicale, l'appui pécuniaire de la « Caisse de garantie » est de droit.

— Le fisc réclame au Dr D. une amende parce que, en qualité de médecin d'hôpital, il a délivré sur papier libre une note de service pour permettre à un hospitalisé d'aller se présenter comme témoin devant le tribunal.

Le Conseil estime que cette note ne constitue pas un certificat soumis à l'obligation du timbre ; il conseille au Dr D. de résister, s'engageant à le soutenir moralement et pécuniairement en cas de poursuites.

— Le Conseil ordonnance le remboursement :

1° Au Dr G., d'une somme de 50 fr. avancée à titre de provision à son avocat dans l'affaire d'honoraires d'Assistance médicale gratuite introduite devant le Conseil de Préfecture ;

2° Au Syndicat du Puy, adhérent en totalité au « Sou médical », de la somme de 103,88, montant des honoraires d'avocat et des frais faits en

correctionnelle contre un illégal qui a été condamné, mais qui est insolvable ;

3° Au Dr M., d'une somme de 65,33, montant des frais de son procès en diffamation contre un maire, et de 50 fr., somme à laquelle le « Sou médical » avait fixé l'allocation pour les honoraires de l'avocat dans cette affaire.

— Le recours formé devant le Conseil d'Etat contre l'arrêté de révocation du Dr X. comme médecin de l'hôpital, a été déclaré recevable ; mais le Conseil d'Etat ne s'est pas reconnu le droit d'apprécier les motifs sur lesquels repose la révocation et a repoussé le recours. C'est un triomphe de plus pour l'arbitraire administratif.

CORRESPONDANCE

A propos du Dispensaire de Compiègne.

Nous avons reçu du Dr Nepveu, oto-rhino-laryngologiste à Paris, la lettre suivante :

Au rédacteur en chef du Concours Médical,

Mon cher Confrère,

Permettez-moi, comme abonné du *Concours Médical*, de vous prier d'insérer une rectification au sujet d'un récent article paru dans vos colonnes sur le Dispensaire de Compiègne.

Il est erroné que le Dispensaire m'ait fait venir à Compiègne : c'est moi qui, de façon *absolument spontanée*, lui ai demandé de m'accueillir au moment même où il se fondait.

Autre point : il est vrai que je demande actuellement une attestation d'indigence du médecin traitant pour opérer gratuitement. Cela m'arrive d'autant plus que de très nombreux confrères m'adressent spontanément leurs malades indigents au Dispensaire. Mais permettez-moi de voir surtout dans cette précaution un acte de bonne déontologie vis-à-vis du médecin traitant avec lequel j'estime que le spécialiste doit, surtout au point de vue opératoire, rester en collaboration constante.

Croyez à mes confraternels sentiments,

Dr Nepveu,
de Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

— Encore les médecins fonctionnaires. — Le Dr P..., médecin de la maison centrale de Nîmes, révoqué par un arrêté ministériel, en appelait au Conseil d'Etat de la régularité de la mesure.

La Haute Assemblée a prononcé l'annulation de l'arrêté de révocation, conformément aux conclusions du commissaire du Gouvernement, qui a fait observer que le Dr P... avait été nommé par un arrêté ministériel et que le fait que l'indemnité qu'il touchait n'était pas sujette à retenue *ne pouvait lui enlever la qualité de fonctionnaire que cette nomination lui avait conférée.*

— Les tribunaux de Bordeaux viennent d'avoir à connaître d'une espèce peu banale. Jugez-en plutôt: Certain cryptorchide se lamentait de la vacuité de son scrotum. Son indigence n'était pourtant que relative, car il n'en demeurait pas moins apte à remplir convenablement ses devoirs, *tous* ses devoirs. Mais cela ne lui suffisait pas. Il possédait bien en effet la puissance génératrice des suprêmes voluptés, mais la fécondation procréatrice lui faisait défaut, et il s'humiliait de ne pouvoir, quand il s'embarquait pour Cythère, mettre **toutes voiles dehors**. Il voulait que la ridigité et la fermeté de ses principes s'appuyassent sur des témoins tangibles et palpables.

Il alla donc prier un chirurgien de fouiller d'une main experte les arcanes de ses canaux inguinaux et d'en déloger les testicules trop haut perchés.

L'opérateur en fut pour ses frais : si haut qu'il explorât, il ne trouva rien, rien, rien. Ne voulant pas en avoir le démenti, et sachant que c'est l'illusion qui fait le bonheur, il profita de la narcose de son client pour inclure dans le scrotum d'icelui deux organes postiches.

A son réveil, le client se montra tout heureux du résultat. Jamais il n'avait eu la bourse si bien garnie ! Riche désormais d'un appareil génital complet, il pourrait tout comme un autre, faire des largesses opportunes et ériger sa virilité triomphante sur un piedestal géminé confortablement établi.

Hélas ! son bonheur fut de courte durée. Une indiscrétion l'ayant mis au courant de la fraude commise à son insu, il se refusa à jouer plus longtemps le rôle de geai paré des plumes du paon, et il exigea que son chirurgien remit toutes... choses, en état en même temps qu'il lui intentait une action en dommages-intérêts. Deux juridictions successives lui ont donné tort. Et ce fut justice. De quoi se plaignait-il en effet ? Sa bourse était sans doute pleine de fausse monnaie, mais ne lui restait-il pas..... la vie ! ! !

— Les bébés alcooliques ! — Bien qu'en Angleterre l'alcoolisme soit en décroissement notable, il y a encore bien des progrès à réaliser dans la classe pauvre et ignorante. Le chef de la police de Birmingham vient, en effet, de constater, que dès dix heures du matin, de nombreuses femmes sont attablées et elles donnent à boire à leurs bébés dans leurs verres pour les calmer et les faire dormir. Ce chef de la police a, en outre, établi que, dans dix tavernes observées pendant deux semaines, il est entré 2.950 bébés, dont beaucoup dans les bras de leurs mères.

(*Jour. des Instit.*)

NÉCROLOGIE

ERRATUM. — Par suite d'une information erronée qui nous a été transmise par l'Administration des Postes, nous avons annoncé dans notre dernier numéro le décès de M. le Docteur Dève, de Bucey-les-Gy (Haute-Saône), qui est heureusement encore bien vivant. Nous avons plaisir à rassurer aujourd'hui ses amis, que cette fausse nouvelle avait légitimement émus.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. Dimanche 12 FÉVRIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Assemblée extraordinaire de l'Amicale-maladie et de la Caisse des pensions

du mercredi 15 février 1911.

Nous rappelons que cette assemblée aura lieu au Concours Médical, 23, *rue de Dunkerque,* **à deux heures précises,** *et non à trois heures, comme on l'a imprimé par erreur au numéro* 6 *du journal après avoir dit* 2 *heures au numéro* 5.

PROPOS DU JOUR

A propos de la réforme du stage hospitalier. L'Internat obligatoire

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, dans son nouvel organe : *Les Annales de la Jeunesse médicale,* fait remarquer, à l'encontre de l'opinion de M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur (1), que la question primordiale dans la réforme de l'enseignement médical est celle du stage hospitalier. Elle donne l'avis de MM. les Drs Variot et P. Le Gendre.

Nous ne discuterons pas les vues de ces deux maîtres distingués ; mais nous profiterons de l'actualité donnée ainsi à la question du stage pour développer un projet peu coûteux, facilement réalisable et que nous avons signalé il y a quelques mois (1) : nous voulons parler de l'*Internat obligatoire*.

Cette idée d'obliger chaque étudiant, avant de passer sa thèse, à un stage d'au moins un an comme interne dans un hôpital de quelque importance, a été considérée par M. le Pr Grasset (2) comme une manifestation de *phobie de l'inégalité* et une *attaque contre l'Internat.* Le très distingué professeur de la Faculté de médecine de Montpellier s'est absolument mépris sur le sens que nous désirions donner à ce projet de réforme du stage.

Dans son ardeur à défendre les institutions établies, ne craint-il pas lui-même d'avoir été

(1) Le *Temps*, 22 décembre 1910.

(1) Après d'autres praticiens dont nous avons peut-être, par réminiscence, mais inconsciemment, adopté les vues, tels que M. le Dr Coutand, de Saumur. D'ailleurs, il n'y a rien d'extraordinaire que des praticiens pourvus de la même mentalité, réfléchissant sur le même sujet, arrivent au même résultat. J. N.

(2) GRASSET. — Le milieu médical et la question médico-sociale.

parfois injuste ou mal compris ? Ne pourrait-on pas lui prêter aussi à lui les paroles que Tacite a mises dans la bouche du sénateur Cassius ? Ce jurisconsulte demandait l'application d'une loi tombée en désuétude et universellement reconnue inique (1), et donnait comme seul argument : « En toute chose, les anciens ont été mieux inspirés que nous et toutes les fois qu'on change, c'est pour faire plus mal. »

D'ailleurs, en développant l'idée de l'Internat obligatoire, nous montrerons qu'il ne peut en rien diminuer la valeur actuelle des Internats d'hôpitaux qui sont justement réputés.

***

Le stage, dont a besoin le jeune médecin avant de s'établir, est celui qui se rapproche le plus de l'exercice normal de la médecine. D'ailleurs, nous voyons un certain nombre de jeunes praticiens, soucieux à juste titre d'éviter de montrer à leur propre clientèle les hésitations et les tâtonnements des débuts, s'efforcer de faire des remplacements avant de s'installer.

En quelque sorte, ils font leur apprentissage dans la clientèle des confrères qu'ils suppléent.

Nous ne saurions leur en faire un crime, puisque c'est là souvent pour eux le seul moyen de débuter sans trop compromettre leur avenir ; mais ne serait-il pas plus prudent et plus sage de leur faire faire cet apprentissage, sous la direction de confrères plus expérimentés, comme Internes dans un hôpital ?

Nous allons tâcher de démontrer que les jeunes médecins, les médecins et chirurgiens d'hôpitaux, le corps médical entier et les malades, en somme tout le monde, gagneraient à la réalisation de ce projet qui, sans grever lourdement aucun budget, ne nuirait à personne.

Tout étudiant, sa scolarité entièrement terminée, devrait faire, disons-nous, un stage d'un an au moins dans un hôpital de quelque importance. Tout le monde évidemment ne pourrait être Interne des hôpitaux de Paris, de Lyon, de Lille, de Marseille, de Bordeaux, etc., et rien ne s'opposerait au maintien d'un concours pour les hôpitaux de ces grandes villes, concours qui laisserait sans doute à leur Internat un véritable prestige. Cela n'empêcherait, comme nous l'avons déjà fait remarquer, qu'un jeune praticien, travailleur, intelligent et habile, pourrait tout aussi bien devenir un bon chirurgien à Reims, à Chartres, à Amiens et à Bourges, qu'à Lyon ou qu'à Paris.

Durant cet Internat, le jeune médecin se trouverait en contact avec des praticiens déjà éprouvés : les médecins et les chirurgiens d'hôpitaux. De leur fréquentation qui, nous en sommes convaincu, serait toujours cordiale, ils acquerraient la connaissance des habitudes déontologiques ; ils gagneraient cette mentalité médicale, qui manque si souvent dans leurs débuts aux jeunes confrères qui ne sont pas sortis d'une famille de médecins.

Est-il besoin d'insister sur les avantages qu'ils en retireraient au point de vue technique ?

Aides et suppléants du médecin d'hôpital, après avoir acquis théoriquement à la Faculté toutes les connaissances scientifiques nécessaires, ils prendraient une part active et directe au traitement des malades et des blessés, guidés et conseillés par les médecins et les chirurgiens de l'hôpital. Durant les services de garde, en cas d'urgence, ils s'habitueraient en toute sécurité à prendre des décisions, à faire preuve d'initiative, à assumer des responsabilités.

Leur présence stimulerait les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. Ces derniers, par amour-propre, tiendraient à prouver à ces jeunes confrères qu'ils sont toujours à la hauteur de leur tâche, et feraient leurs efforts pour se tenir au courant des progrès des sciences médicales et des nouvelles méthodes thérapeutiques, ce dont les malades ne souffriraient pas.

Un service médical de garde se trouverait ainsi sérieusement établi dans tous les hôpitaux de France. Les chirurgiens de ces hôpitaux disposeraient d'aides experts et dociles qui augmenteraient le champ de leurs interventions.

Les malades seraient mieux surveillés et mieux soignés.

Très souvent, en outre, les Internes, au cours de leur stage hospitalier, se rendraient compte des ressources médicales de la région, de la valeur des postes vacants.

Un certain nombre trouveraient l'occasion de se fixer en toute sécurité, et non au hasard, ou sur la foi de renseignements inexacts, comme cela arrive trop souvent. Il en résulterait une meilleure répartition des médecins en France.

Les budgets de l'Etat et des Facultés ne seraient pas grevés ; quant à ceux des hôpitaux, ils le seraient fort peu, et ces institutions retireraient de ce fait un si grand nombre d'avantages qu'elles n'hésiteraient pas à faire les sacrifices nécessaires pour se les assurer.

***

Nous ne voyons qu'une seule objection sérieuse à ce projet : Y a-t-il en France assez d'hôpitaux pour permettre à tous les jeunes médecins sur le point de devenir docteurs de trouver une place d'Interne ?

A cette objection nous répondrons par des chiffres empruntés au dernier *Annuaire de Statistique* publié par les soins du Ministère du Travail, et qui donne des renseignements pour l'année 1907.

Il existait en France à cette époque 287

(1) Il s'agissait, en la circonstance, de l'exécution capitale des 500 esclaves d'une maison dont le maître avait été trouvé assassiné.

hôpitaux avec 79.583 lits pour malades et blessés. Nous ne tenons pas compte de 1.078 hôpitaux-hospices, ni de 485 hospices pourvus de 72.648 lits pour vieillards et incurables. Nous mettons aussi à part les 14.886 lits destinés aux blessés et malades militaires et nous ne faisons pas non plus entrer les ressources des asiles d'aliénés, ni des hôpitaux privés, et tous ces établissements cependant pourraient dans une certaine mesure être mis à contribution. Le chiffre de 79.583 lits est donc un chiffre minimum, car il est certain que depuis trois ans le nombre des lits d'hôpitaux s'est notablement accru. Or, tous les ans, les Facultés de médecine françaises délivrent un millier de diplômes de docteurs. Les hôpitaux de France pourraient donc disposer au bas mot de 80 lits pour chaque Interne stagiaire. Cela dépasse, et de beaucoup, le chiffre nécessaire pour faire un stage utile, et les 3.923 médecins ou chirurgiens d'hôpitaux seraient des guides suffisamment nombreux pour conseiller les docteurs du lendemain.

Notons qu'en outre, il est certains grands hospices, comme à Paris, Bicêtre et la Salpêtrière, certains asiles d'aliénés, etc., dont les infirmeries sont de véritables services hospitaliers, dont nous ne faisons pas état.

L'Internat obligatoire serait donc une réforme très utile, très pratique, peu coûteuse et facile à exécuter. Elle ne bouleverserait rien. Elle rendrait service aux étudiants, aux praticiens et au public.

Ce sont là, il nous semble, des raisons suffisantes pour qu'elle soit sérieusement étudiée, et nous serions heureux de connaître les objections fondées qu'on pourrait faire à sa réalisation.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Prof. Gaucher.

(*Polyclinique.*)

Injections mercurielles solubles et insolubles.

Je vous présente une jeune femme syphilitique atteinte d'accidents secondaires. Avant d'entrer dans le service, on lui a fait une injection d'huile grise et je désire vous dire quelques mots à ce sujet. Vous savez que, d'une manière générale, je réprouve les injections mercurielles insolubles. Mais, sans en pratiquer, vous pourrez vous trouver en face du fait accompli, de malades ayant eu récemment une piqûre d'huile grise. Comment, en pareil cas, réglerez-vous le traitement ? Votre conduite sera différente suivant qu'une ou plusieurs injections ont été faites. Si le patient a reçu une seule piqûre mercurielle insoluble (récente, il va sans dire), il vous suffira d'attendre 8 jours pour que vous puissiez commencer un traitement par le benzoate de mercure. Si le patient a reçu plusieurs piqûres mercurielles insolubles, il faut attendre autant de semaines qu'il y a eu d'injections insolubles récentes. Les injections de sels mercuriels solubles, en effet, ont pour propriété, pour effet, de solubiliser les sels insolubles préalablement injectés dont ils précipitent l'absorption. C'est ainsi qu'on voit des accidents d'intoxication se produire, chez des sujets traités par l'huile grise, au moment où l'on injecte du benzoate de mercure. On ne doit pas incriminer ce dernier, comme l'ont fait certains auteurs de mauvaise foi, mais il est important de connaître cette particularité, et, en pratique, d'en tenir compte.

Syphilis et allaitement.

Voici une femme qui nourrit son enfant, aujourd'hui âgé de 14 mois. Cette femme présente une série d'accidents secondaires syphilitiques, en particulier des plaques muqueuses. La syphilis maternelle a été certainement, en toute évidence, contractée après la naissance de l'enfant. La première chose à recommander est la suppression de l'allaitement maternel. Vous direz à la mère de cesser de donner le sein et de prendre toutes précautions pour éviter de contagionner le nourrisson (ne pas l'embrasser, etc.).

Vulvite diabétique.

Autre malade atteinte de lésions complexes, un eczéma vulvaire, d'abord, occupant les grandes lèvres et les parties voisines, des érosions des grandes lèvres ensuite. Il s'agit d'une femme de 44 ans, assez obèse. La première idée qui vient à l'esprit du dermatologiste, en présence d'un eczéma vulvaire de ce genre, est d'examiner les urines. Elles contiennent du sucre ; c'est une vulvite diabétique. Quant aux érosions, elles offrent les caractères des plaques muqueuses. Le traitement sera double, mercuriel et anti-diabétique Je vais faire une petite digression à propos du régime anti-diabétique. Ce régime comporte l'exclusion des sucres, des féculents. N'autorisez ni pain de gluten, ni croûtes de pain, ni pommes de terre. Les meilleurs

pains de gluten renferment de l'amidon. La croûte de pain ; également moins que la mie, c'est sa seule différence. Composez un régime d'œufs, de bouillon, viandes rôties, légumes verts, haricots verts, salades cuites, etc.

Polynévrite alcoolique.

Malade atteinte depuis deux mois de différents troubles. En premier lieu, des troubles nerveux, de l'anesthésie de la moitié externe de la face dorsale des deux pieds et des mains, des troubles tactiles (sensation de marcher sur du caoutchouc), de la cryesthésie (sensibilité au froid). En second lieu, des taches purpuriques qui ont envahi les membres inférieurs, puis les bras, les avant-bras. Pas de troubles moteurs. Comme étiologie, nous trouvons un usage excessif du vin. La malade déclare boire un litre de vin par jour. Un litre de vin par jour n'a rien d'exagéré pour beaucoup de personnes. Pour d'autres, et pour cette femme en particulier, c'est trop,et cela a suffi à déterminer de l'intoxication, une polynévrite éthylique.

Je connais un peintre de talent très âgé : il a 92 an. Depuis l'âge de 18 ans, il prend quotidiennement une absinthe, un verre de cognac après le repas, et une quantité de vin indéterminée. Il se porte bien, malgré cela. Ceci prouve qu'il offre une résistance particulière , voilà tout. A côté de cet exemple de tolérance, il en est d'autres pour qui un litre de vin est trop.

Causes occasionnelles de l'eczéma.

Vous allez voir une série de 5 eczémas qui offrent les uns avec les autres des traits communs et des différences.

Le premier est un eczéma aigu, qualifié de professionnel. Le malade est plongeur dans un grand restaurant. Il y a beaucoup de plongeurs, mais tous n'ont pas de l'eczéma. L'irritation d'ordre professionnel n'agit que chez les eczémateux en puissance. Et,effectivement, ce malade est un acnéique et un séborrhéique. Dans un cas de ce genre, la profession agit pour un dixième et la prédisposition pour neuf dixièmes. Il n'est pas permis à tous les plongeurs, à tous les maçons, à tous les cuisiniers d'avoir de l'eczéma professionnel. Ils en ont ou n'en ont pas, selon leur aptitude à en faire.

Le deuxième malade offre un eczéma suintant des membres inférieurs. Il en est à sa deuxième poussée. Ici, l'eczéma s'est localisé aux membres inférieurs parce que le sujet a des varices des jambes.

Le troisième malade est atteint d'un eczéma ancien, datant de six ans. En raison de l'ancienneté, l'eczéma a pris un aspect dit lichénoïde (on le nomme encore eczéma lichénifié). C'est également un acnéique, un séborrhéique.

Le quatrième malade est un ébéniste, exposé à toutes les causes irritantes du vernis. Il a un eczéma facial avec de la conjonctivite eczémateuse. La conjonctivite eczémateuse est une des complications les plus à craindre de l'eczéma de la face. Ici, nous trouvons un peu de kératite également. Dans ces conjonctivites et surtout dans ces kératites, la pommade à l'oxyde jaune au centième est un des meilleurs traitements à employer.

Le cinquième malade est un eczémateux dont la cause occasionnelle est assez particulière. C'est un sujet de 40 ans,séborrhéique,très obèse, ayant des phénomènes d'infantilisme et de la cryptorchidie, phénomènes déterminant une moindre résistance de la peau. Le patient en question rentre dans la catégorie des eunuques naturels. Il n'est pas complètement impuissant,il a conservé quelques facultés viriles apparentes, mais il est infécond. Cet eunucisme naturel, cette cryptorchidie, est la cause, chez lui, de l'obésité, de la vulnérabilité de la peau.

Autre particularité intéressante à vous signaler, le concernant. Il raconte une histoire de pommade qu'il accuse de lui avoir fait développer son eczéma. Il veut attaquer le pharmacien qui l'a délivrée et il nous demande, pour ce faire, un certificat. Supposez que ce soit à vous qu'un tel malade s'adresse. Comment réglerez-vous votre conduite ? Dans ces questions de réclamations des malades par voie judiciaire, qui deviennent de plus en plus fréquentes aujourd'hui, deux cas se présentent. Ou bien, il s'agit d'un malade que vous n'avez pas traité. Il vous montre un eczéma, accuse une pommade, et demande un certificat. Vous pouvez toujours refuser un certificat ou établir une simple constatation des lésions, sans commentaires. Dans un deuxième cas, la pommade a été conseillée par vous. Vous savez, par la condamnation récente d'un de nos collègues, chirurgien, comment nous sommes quelquefois traités dans les jugements des tribunaux. J'en suis arrivé, avant de faire appliquer une pommade irritante, dont l'action curatrice pourra peut-être déterminer quelques incidents cutanés, à prévenir le malade d'avance de cet effet possible, et même à lui demander une décharge par écrit. J'agis de même pour les rayons X qui ne sont utilisés ici que chez les malades qui déclarent en accepter d'avance tous les inconvénients. De même encore, pour les injections de 606. Les médecins sont devenus une proie facile pour certains hommes d'affaires marrons qui guident et incitent les malheureux malades à réclamer contre nous. Il est devenu prudent, avant d'entreprendre un traitement actif, de s'assurer du consentement écrit du patient.

Epilepsie et hérédo-syphilis.

Voici un garçon atteint de mal comitial. On

constate, chez lui, une série de déformations (asymétrie faciale, reliquat de kératite parenchymateuse, cicatrices à la commissure labiale, etc.), qui indiquent qu'il est un hérédo-syphilitique non douteux. Je pense que le mal comitial est fréquemment hérédo-syphilitique.

Diagnostic de la sporotrichose.

Je vous présente, enfin, une malade admise dans le service dans les conditions suivantes : elle a, depuis 4 mois, une papule excoriée, un bouton d'aspect épithéliomateux au-dessous de l'œil droit. Il y a deux mois, elle a eu une tuméfaction de l'avant-bras au niveau de son tiers inférieur. A la suite d'une chute, cette lésion s'est enflammée et un médecin l'a ouverte. La cicatrisation ne se faisant pas, la malade est entrée à l'hôpital. Quand nous l'avons examinée, elle présentait une lésion ulcéreuse à l'avant-bras, ressemblant à une gomme syphilitique. De plus, nous avons constaté, et vous pouvez constater une gomme en évolution sur l'avant-bras droit et une autre au bras droit. Sous l'influence du traitement mercuriel, une cicatrisation partielle de la gomme ulcérée a été obtenue.

En raison de la diversité d'aspect des lésions, nous avons pensé à la sporotrichose. Nous avons donné le traitement mercuriel seul, néanmoins n'y associant pas l'iodure, pour ne pas influencer le diagnostic en faveur de la sporotrichose. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, malgré la confirmation que nous avons eue ultérieurement de la nature sporotrichosique des lésions, la gomme ulcérée a diminué du tiers. Nous allons continuer le mercure de façon à voir si ses effets s'accentueront, sans cependant le prolonger plus de 8 à 10 jours s'il ne se produit pas une amélioration rapide. Le traitement de choix de la sporotrichose est, en effet, l'iodure de potassium.

La sporotrichose a été reconnue ici, facilement, par la ponction de la gomme de l'avant-bras et la culture du liquide prélevé. Ce procédé est des plus simples, à la portée de tout le monde, de tout praticien. M. Gougerot va vous l'expliquer.

Diagnostic de la sporotrichose (exposé par M Gougerot) :

Le diagnostic d'un cas de sporotrichose est possible, d'abord, par la clinique. La multiplicité des lésions est en sa faveur. Dès que, chez un malade, on trouve plus de cinq gommes sous-cutanées, il y a des chances pour qu'il ne s'agisse pas de syphilis. De même, quand les gommes n'adhèrent pas aux os sous-jacents, il y a des chances pour qu'il ne s'agisse pas de tuberculose. En outre, nous voyons, chez la malade actuelle, des lésions à des stades différents. La gomme sporotrichosique, indurée d'abord, va subir un ramollissement particulier. Elle se ramollit non à son centre, mais à sa superficie, au milieu de sa superficie où l'on peut percevoir la dépressibilité spéciale. La gomme sporotrichosique se ramollit à froid, ce qui n'est pas dans les habitudes de la gomme syphilitique ; celle-ci devient rouge, douloureuse, en se ramollissant. Chez notre malade, la clinique indique donc déjà une sporotrichose. Pour obtenir une certitude, il faut faire le diagnostic de laboratoire.

A la vérité, il n'est pas besoin de laboratoire pour cela. Les cultures de sporotrichum Beurmanni se font à la température ordinaire et elles offrent à l'œil nu un aspect caractéristique. Pour ce diagnostic, une pipette (une seringue de Pravaz, plutôt) et un tube préparé suffisent. Le diagnostic est plus facile que celui de la diphtérie. Il est au moins aussi simple que la recherche de l'albumine dans l'urine. Vous mettez un peu de teinture d'iode sur le point à ponctionner ; puis, avec ou sans insensibilisation locale au chlorure d'éthyle, vous ponctionnez avec une seringue de Pravaz. Vous ensemencez ensuite sur un tube de gélose glycosée peptonée, que vous trouverez facilement dans le commerce. Placez alors le tube sur un meuble quelconque ; ne capuchonnez pas, ne mettez pas à l'étuve. La culture se fait à la température ordinaire, surtout lorsque celle-ci s'élève vers 25°, 26°, 28°. Elle est dans ce dernier cas plus rapide. Vous voyez alors, les jours suivants, se produire sur la gélose des élevures entourées d'auréoles étoilées, d'aspect caractéristique. Apparaît ensuite la coloration brun clair et brun noir des cultures. Ceci suffit à affirmer le diagnostic et point n'est besoin d'examen microscopique. Le seul inconvénient de ce procédé est qu'il demande 4 à 6 jours.

Ainsi, une seringue de Pravaz et un tube de gélose glycosée peptonée suffisent à établir aisément un diagnostic de sporotrichose.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. LACROIX.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Plus de sangsues

M. le Dr RAYMOND PETIT vient de déclarer une guerre à mort aux sangsues dans un article de la *Revue clinique médico-chirurgicale*. Après avoir cité deux cas de décès rapide par hémorrhagies en nappe, consécutives à des applications de sangsues au pli de l'aine, et un cas de gangrène du scrotum avec phénomènes tétaniques à la suite d'une application de sangsues, M. le Dr R. Petit déclare qu'il se croit autorisé à en proscrire l'emploi. Lorsqu'une déplétion sanguine générale est nécessaire, mieux vaut recourir à la saignée ou à la soustraction d'une quantité de sang convenable à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille capillaire, qui permet de pon

tionner directement une veine. Ce procédé semble d'autant meilleur qu'il n'effraie point le malade et qu'il ne crée pas de cicatrice capable d'amener l'oblitération de la veine. Le même vaisseau peut être ponctionné plusieurs fois très facilement.

En tous cas, on aurait toujours la ressource des ventouses scarifiées. Celles-ci sont plus particulièrement indiquées pour les saignées locales. Si la région se prête mal à l'application des ventouses scarifiées communes, comme c'est le cas pour le scrotum, le cordon, etc., on devra recourir à l'emploi de la sangsue artificielle, qui fait une plaie aseptique, mais jamais à la sangsue vraie, dont la morsure peut inoculer les pires infections.

Certes, les sangsues peuvent être très dangereuses ; mais, à côté des 3 observations de M. Petit, combien de milliers de cas sans complications ! Tout dépend de la manière de faire : le médecin doit bien indiquer la place de l'application, surveiller le pansement et prévenir l'entourage des risques que comportent les suites de la saignée par les sangsues. On doit éviter les régions très vasculaires ; on doit aseptiser la peau avant l'application des sangsues ; on doit laver les plaies faites par les sangsues avec de l'eau oxygénée et comprimer avec une gaze hémostatique stérilisée.

Jamais, pour notre part, nous n'avons eu d'accident grave du fait des sangsues, pas plus d'ailleurs que du fait des vésicatoires. Le modernisme a du bon, sauf quand il dénigre avec acharnement les anciennes méthodes, qui ont fait leurs preuves. Ce dénigrement, en effet, détruit la confiance dans le public et le prédispose même à accuser le praticien, resté fidèle aux vieilles traditions, d'incapacité et même de faute thérapeutique grave.

Les Dermatoses à alternances morbides.

M. le Dr. L. M. Pautrier a étudié dans le *Bulletin Médical* les dermatoses à alternances morbides et la conduite à tenir pour le traitement de ces affections.

« Toutes les fois que l'examen complet aura montré qu'un eczéma, qu'un prurit avec lichénification, qu'un prurigo, qu'une poussée d'urticaire, coexistent avec des lésions bronchiques ou pulmonaires, avec des poussées d'asthme, avec des coliques hépatiques, des lésions rénales, etc. ; toutes les fois, en particulier, que l'on sera en face d'un enfant en bas-âge ou d'un vieillard ; toutes les fois, plus spécialement encore, que l'interrogatoire fera connaître que l'apparition de la lésion cutanée a heureusement modifié l'affection viscérale, ou qu'une véritable alternance s'est déjà manifestée entre les deux ordres de phénomènes, il sera avantageux de ne pas supprimer la dérivation cutanée, et l'on n'interviendra qu'avec les plus grands ménagements.

« Le traitement externe sera réduit au strict minimum ; il se bornera à empêcher l'éruption de prendre une trop grande extension, de devenir pour l'état du malade une gêne trop grande. S'il s'agit d'une dermatose vésiculeuse, suintante, du type de l'eczéma, on se bornera à faire des enveloppements demi-humides avec de la tarlatane pliée en dix à douze doubles, imbibée d'une décoction d'eau de camomille ou de guimauve ; on appliquera ensuite des pâtes de zinc simples (1), puis, avec beaucoup de prudence, des pâtes contenant de petites doses de réducteurs faibles : ichthyol, thiol, thigénol (2). S'il s'agit de prurit avec ou sans lichénification, on se contentera de l'empêcher de prendre trop d'acuité, on appliquera des pâtes ichthyolées faibles, du cuticura, du lénicade faible. Dans tous les cas on surveillera l'état général du malade, prêt à s'arrêter au moindre trouble viscéral ; si cela devenait nécessaire, on n'hésiterait pas, au besoin, à réveiller l'activité de l'éruption cutanée par des applications irritantes.

« Mais pendant qu'on temporise ainsi au niveau de la peau, la véritable thérapeutique consistera à modifier, dans la mesure du possible, l'état général du malade. S'il y a une lésion viscérale franche, on instituera à l'égard de celle-ci le traitement approprié. S'il n'y a que des troubles fonctionnels mal définis, une hygiène défectueuse, un régime mal adapté au genre d'existence, des phénomènes d'auto-intoxication, on agira par tous les moyens que l'hygiène et le régime diététique mettent à notre disposition : on assurera un bon fonctionnement de tous les organes, la régularité des garde-robes, on surveillera le fonctionnement du rein par des analyses d'urines bien faites ; on modifiera, dans la mesure du possible, si elles sont défectueuses, l'hygiène de l'habitation, de l'habillement ; on prescrira des exercices physiques et en particulier des exercices au grand air, dont le plus simple et peut-être le meilleur est encore la marche ; on régularisera les habitudes organiques, l'heure des repas, la lenteur raisonnée de la mastication : on recourra aux modificateurs de l'état général que nous offrent les agents physiques : climat mieux approprié, aérothérapie, électrothérapie (sous forme d'électricité statique, de haute fréquence, de courants sinusoïdaux) ; hydrothérapie froide ou chaude, ou en applications locales. Enfin, et c'est là peut-être le point le plus important, on réglera l'hygiène alimentaire et le régime diététique du sujet d'une façon rigoureuse, d'après sa connaissance clinique exacte et sa dominante morbide (gastro-intestinale, hépatique, rénale, cardiaque, nerveuse,

---

(1) On emploiera par exemple une des pâtes suivantes :

	Oxyde de zinc	6 gr.
	Lanoline pure	6 gr.
	Vaseline pure	8 gr.
ou :	Oxyde de zinc	4 gr.
	Cérat frais	35 gr.

(2) Voici un type de formule d'une de ces pâtes :

Ichthyol	2 gr.
Thigénol	1 gr.
Oxyde de zinc	14 gr.
Lanoline pure	10 gr.
Vaseline pure	16 gr.

thyroïdienne, etc.), et d'après la connaissance précise de ses dépenses, que l'on établira par l'examen urologique et même scatologique s'il est possible ». Dans de tels cas, on ne doit pas se borner aux prescriptions banales de régimes généraux, mais étudier les besoins de chaque malade et instituer un régime individuel. Lorsqu'on aura modifié suffisamment l'état du patient, alors seulement on pourra essayer d'attaquer la dermatose plus franchement et sans danger.

« La théorie des alternances ne conduit pas, on le voit, à l'inactivité thérapeutique : elle recommande simplement un traitement plus large, plus général. Réduit au niveau de la peau, il est plus complet, plus adapté aux besoins de chaque individu, au point de vue général. Le médecin, qui en aura compris toute l'importance, loin de devenir un empirique, sera, au contraire, un thérapeute plus averti, plus prudent, plus informé, et, partant, plus utile à ses malades. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement abortif de la syphilis par l'hectine. — Actinomycose. — Traitement par le 606 de la syphilis nerveuse et de la parasyphilis nerveuse.— Dermo-réaction au glycocholate de soude chez les syphilitiques.

A l'*Académie de médecine*, M. Hallopeau expose quelques données nouvelles sur le *traitement abortif et curatif de la syphilis par l'hectine*.

Pour l'auteur, le traitement abortif de la syphilis peut se limiter à trente injections d'hectine au voisinage de l'accident primitif, dans le fourreau de la verge ou dans les grandes lèvres. Il n'est pas nécessaire de pratiquer simultanément des injections mercurielles intra-fessières et il faut renoncer à l'usage de l'oxycyanure de mercure comme traitement local, en raison des accidents locaux qu'il peut déterminer.

L'hectine de Mouneyrat, dit Hallopeau, reste le seul médicament utilisable pour cette cure et, employé suivant les règles établies, il donne des succès définitifs constants : les échecs doivent être attribués à la mise en œuvre d'une technique différente.

M. Gaucher, sans émettre une opinion quelconque sur la découverte, si découverte il y a, de M. Hallopeau, demande à l'Académie de transmettre l'examen de cette question à une commission qui pourra proposer telle décision qu'elle jugera convenable. Appuyée par M. Fournier, cette proposition est adoptée.

— M. Ed. Schwartz signale à l'*Académie de médecine* un cas d'*actinomycose* où l'inoculation fut prise sur le fait. Le malade, un cultivateur de 71 ans, ressentit un jour, étant couché sur l'herbe, une piqûre vive à la joue gauche. Très rapidement après, il constata un peu de rougeur et de gonflement, puis il vit se former une tumeur qui fut enlevée chirurgicalement ; il s'agissait d'une masse actinomycosique dont le diagnostic clinique n'avait pas été fait, ni soupçonné.

M. Reclus rappelle que, dans un cas pareil, avant d'employer le bistouri, il y aurait lieu de recourir à l'iodure de potassium à hautes doses.

M. Letulle ajoute que tout foyer actinomycosique traité chirurgicalement risque de donner lieu à des embolies métastatiques. Il a pu en observer récemment un exemple remarquable. Il s'agissait d'une pleurésie actinomycosique circonscrite et fistulisée dans les bronches. Après incision et grattage de la poche, on vit, quelques semaines plus tard, le malade succomber à un abcès actinomycosique du cerveau. Il faut, autant qu'on le peut, éviter d'ouvrir les voies circulatoires aux filaments mycéliens de ce champignon pathogène.

— M. Marinesco (de Bucharest) communique à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur *quelques résultats obtenus par le* 606 *dans le traitement* des maladies nerveuses.

M. Marinesco a appliqué le remède d'Ehrlich à 25 malades atteints d'affections syphilitiques et parasyphilitiques, en éliminant du traitement tous les sujets ayant des lésions trop avancées pour pouvoir bénéficier de la médication. Ces 25 cas se décomposent de la manière suivante : 2 cas de gomme cérébrale ; 4 cas d'hémiplégie syphilitique ; 6 cas de paralysie générale progressive ; 5 cas de tabès, etc. Les résultats ont été inégaux, mais habituellement assez satisfaisants dans les gommes cérébrales, les hémiplégies, le paralysie faciale, l'ophtalmoplégie, le tabès. Ils ont été au contraire nuls ou beaucoup moins avantageux dans les six cas de paralysie générale.

— MM. Sicard et Marcel Bloch abordent également, devant la *Société médicale des hôpitaux*, la question du *traitement par l'arséno-benzol de la syphilis nerveuse et de la parasyphilis nerveuse*.

Ces auteurs ont soumis à la cure arséno-benzolique 46 malades syphilitiques du système nerveux, hémiplégiques, paraplégiques, tabétiques, paralytiques généraux. En règle générale, la première injection a été une injection intraveineuse de 40 à 50 centigr. Huit jours après, on donnait une injection intra-musculaire fessière de 50 à 70 centigr. Suivant les résultats obtenus et s'ils paraissaient favorables, l'injection intra-veineuse était renouvelée. Si le résultat était nul, la cure était suspendue.

Les cas influencés favorablement ont été ceux de syphilis nerveuse de date récente. Le début peu éloigné des accidents nerveux a paru importer davantage que la date du chancre et l'âge du sujet. La syphilis médullaire ou cérébrale, le tabès au début, rentrent dans cette catégorie de faits. Par contre, la paralysie générale, même traitée dès l'apparition clinique des premiers symptômes psychiques ou somatiques, n'a été nullement entravée dans son évolution. Les hé-

miplégies, paraplégies, tabès de vieille date, sont restés aussi non modifiés.

La médication arsénobenzolique se montrerait ici supérieure à la médication hydrargyrique. D'ordinaire, dans les syphilis ou parasyphilis nerveuses, le traitement mercuriel à doses intensives amène l'amaigrissement et une aggravation de l'état général. « Au contraire, disent MM. Sicard et Bloch, nous avons toujours assisté à une action tonique de l'arséno-benzol, à un relèvement de l'état général, à une augmentation de poids corporel. Et c'est beaucoup de n'avoir plus à redouter la salivation, l'haleine fétide, la stomatite, l'inappétence, les accidents rénaux qui sont la monnaie courante des cures hydrargyriques intensives. »

Les auteurs concluent que le traitement par l'arséno-benzol est indiqué dans toutes les syphilis jeunes du système nerveux et chez les tabétiques de date récente. Son action est supérieure au mercure non seulement au point de vue de la lésion locale spécifique ; mais encore par son heureuse influence sur l'état général. La cure arsénobenzolique est, toutefois, inefficace dans les syphilis anciennes du système nerveux, chez les hémiplégiques, paraplégiques ou tabétiques de vieille date, et au cours de la paralysie générale, même appliquée dès l'apparition des premiers symptômes cliniques. Chez les syphilitiques nerveux, enfin, la réaction de Wassermann et la lymphocytose rachidienne ne sont qu'exceptionnellement modifiées par le traitement à l'arséno-benzol.

— MM. Lœper, Desbouis et Durœux signalent à la *Société médicale des hôpitaux* les résultats de leurs recherches sur la *dermo-réaction au glycocholate de soude chez les syphilitiques*.

Les auteurs se sont demandé si le glycocholate de soude, qui précipite si aisément par le sérum des syphilitiques, ne déterminerait pas, en injections intra-dermiques, des réactions et des nodules caractéristiques. Ils ont injecté une à deux gouttes de solution de glycocholate (à 1/20 et à 1/50) sous la peau d'un certain nombre de malades syphilitiques et non syphilitiques. La réaction a été 85 fois sur 100 négative chez les sujets normaux. Elle a été constamment positive dans la syphilis primaire et secondaire, presque toujours positive dans la syphilis tertiaire, mais exceptionnelle dans la parasyphilis. Cette réaction consiste en un érythème lenticulaire, tantôt en un nodule saillant, tantôt en un large placard d'œdème rosé, parfois en une petite ulcération qui se cicatrise lentement. Elle apparaît de la 18e à la 36e heure et peut résister de 2 à 5 jours.

On peut rapprocher cette dermo-réaction au glycocholate de soude de la réaction à la syphiline proposée par MM. Nicolas et Favre.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Laryngite striduleuse

Parmi les maladies des organes respiratoires de l'enfance, la laryngite striduleuse, ou faux croup, tient une place des plus importantes, tant à cause de la soudaineté et de l'allure dramatique que revêt l'accès dès le début, que du pronostic qui n'est pas toujours sans gravité. C'est pourquoi il nous a semblé utile de rappeler, au jeune praticien, appelé d'urgence et le plus souvent au milieu de la nuit auprès d'un petit malade atteint de cette pénible affection, les procédés qui donnent, dans la majorité des cas, les résultats les plus satisfaisants, et lui permettre d'instituer ainsi, immédiatement, une thérapeutique raisonnée.

Considérant le diagnostic comme fixé, quelle est la conduite à tenir en présence d'un accès de spasme phréno-glottique ?

Dans les cas bénins, le meilleur traitement consiste à faire faire au petit malade des inhalations de vapeur d'eau simple ou additionnée de feuilles d'eucalyptus. Aussitôt après, faites placer sur la gorge une compresse humide et chaude, recouverte de taffetas gommé et retenue par un mouchoir. Faites administrer un bain de pieds sinapisé et conseillez la potion calmante suivante :

Alcoolature d'aconit deux goutt. p. année d'âge		
Sirop de belladone	5 gr	d°
— d'éther	5 gr.	d°
Julep gommeux	Q. S.	pour 90 cc.

A donner par cuillerée à café d'heure en heure.

Dans les cas graves, il est nécessaire d'administrer dès le début de l'accès un vomitif, qui permettra de débarrasser le larynx des mucosités qui l'encombrent.

Poudre d'ipéca	0 gr. 50
Sirop d'ipéca	30 gr.

N'oubliez pas que l'émétique est à éviter parce que très dangereux chez l'enfant, et que l'apomorphine, conseillée dans quelques formulaires, en injections sous-cutanées, n'est pas sans inconvénient et n'a pas toujours un effet immédiat. Son emploi est absolument contre-indiqué chez les enfants au-dessous de trois ans, en raison du collapsus possible.

L'enfant étant couché dans une chambre modérément chaude (15 à 18°) et de cube d'air suffisant, faites placer près du lit une casserole d'eau que l'on portera à l'ébullition, de façon à ce que l'atmosphère respirée par le malade soit franchement humide ; faites envelopper les jambes d'ouate et donnez la potion calmante suivante :

Bromure de calcium	1 gr.
Sirop d'éther	5 gr.
Sirop de codéine	5 gr.
Hydrolat de fleur d'oranger. Q. S.	60 cc.

à donner par cuillère à café d'heure en heure.

Si la potion est mal supportée et que l'enfant vomisse encore donnez les suppositoires suivants :

Extrait de belladone	0 gr. 03
Beurre de cacao	2 gr.

pour un suppositoire, n° 10.

Un à trois par vingt-quatre heures.

On peut encore s'adresser à l'antipyrine.

Antipyrine	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.
Hydrolat de tilleul	60 gr.

Chaque cuillerée à café contient encore cinq centigrammes d'antipyrine. En donner une cuillerée à café d'heure en heure, en surveillant les urines de façon à cesser l'emploi de ce médicament si celles-ci deviennent rares.

Les grands bains tièdes sont encore nettement indiqués.

Pendant la convalescence, il est utile de donner des toniques tels que : sirop iodotannique phosphaté, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, etc.

Lorsque les moyens ordinaires ont échoué, mais alors seulement, quand la suffocation, la cyanose du visage indiquent une asphyxie menaçante, il y a lieu de s'adresser aux procédés chirurgicaux : tubage ou trachéotomie.

Docteur Delpeut.

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

Moyen d'éviter l'altération de la Teinture d'iode. Ampoules d'Iode ;

Les avantages de la teinture d'iode pour le pansement des plaies et pour l'aseptisation du champ opératoire, en chirurgie, sont incontestables. Malheureusement, ce produit s'altère rapidement sous l'influence de l'air, de la lumière, de la température, de l'évaporation de l'alcool, etc.

M. Paul Reclus, dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 3 mai 1909, a recommandé de n'employer, pour le pansement des plaies, que la teinture d'iode fraîchement préparée ; même au bout de huit jours, dit-il, elle a perdu une partie de ses qualités et devient offensante pour les tissus.

M. Courtot a proposé d'additionner ce produit d'un iodure alcalin, à la dose de 35 gr. par litre, qui permettrait de l'étendre d'eau sans qu'il se produise de précipitation d'iode. Si ce moyen est aussi efficace que le prétend M. Courtot, il a le grave défaut d'augmenter très sensiblement le prix de la teinture d'iode.

J'ai imaginé un autre moyen plus économique et qui réalise, je crois, tous les desiderata. Il consiste à placer la teinture d'iode sur *un lit* de carbonate de chaux. Au fur et à mesure de la production de l'*acide iodhydrique*, cet acide se fixe sur le sel calcique, toujours en excès dans le dépôt du flacon de réserve de teinture d'iode.

En ce qui concerne les *dépôts de pansements* dans les gares de chemins de fer, les *postes de secours* et même les *hôpitaux* peu importants, il y aurait un moyen pratique d'avoir toujours à sa disposition de la teinture d'iode fraîche pour l'usage chirurgical, c'est-à-dire de la teinture d'iode diluée, d'une teneur de 1 gr. d'iode pour 19 gr. d'alcool à 95°. Il consisterait à préparer ce produit *extemporanément*, au moyen d'*ampoules d'iode* en poudre *très fine* contenant 1 gr. de métalloïde, qu'on n'aurait qu'à faire dissoudre par agitation, dans la proportion d'alcool sus-indiquée. Cette manipulation demande 2 à 3 minutes, et la teinture ainsi préparée pourrait être diluée *ad libitum* pour l'usage chirurgical.

J'ai remarqué que l'iode a, pour la peau et les tissus en général, une affinité spéciale que ne diminue pas l'alcool, mais qu'atténuent la benzine, le chloroforme, l'éther sulfurique.

Un lavage de la peau au moyen de l'éther ou de la benzine, qui enlèvent tout ou partie des corps gras qui imbibent naturellement la surface de la peau, montre que les corps gras ne diminuent pas l'affinité de l'iode pour les téguments et sa faculté de pénétrer dans leurs interstices. Donc, le dégraissage préalable du champ opératoire est au moins inutile, si l'on doit se servir de teinture d'iode comme antiseptique préopératoire.

Dr Crouzel (de La Réole.)

Toujours sur le traitement des conjonctivites purulentes

Il n'est pas du tout « incompréhensible » de conseiller au praticien du « Concours » le nitrate d'argent, puisque c'est une arme « puissante et précieuse » (1). Non ! Ce qui est très incompréhensible, c'est de cultiver sa terreur des médicaments dangereux — défaut de presque tous les médicaments actifs — au lieu de lui apprendre à s'en servir en réveillant son initiative et le sentiment de sa responsabilité, c'est de faire de lui un insuffisant qui manque, non pas d'armes, mais de sécurité. C'est le cri de nous tous, quels que nous soyons, petits ou grands, quand les circonstances ou un moment d'oubli nous entraînent en terrain défendu. A plus forte raison sera-ce le cri du médecin pris en flagrant délit de port d'arme *permise*.

Mieux vaut dans ce dernier cas, si l'arme a deux tranchants, compter sur le bon sens encouragé et éclairé du praticien, sur son tact, sur ses aptitudes personnelles souvent délicates et qu'on peut discipliner — et aussi, hélas ! sur son manque de protargol — tout arrive.

Les mérites des sels organiques ne sont pas en cause. Mais il ne faut pas les parer d'une auréole souveraine et despotique. Il faut qu'au contraire ils condescendent à la partager avec le nitrate et avec les lavages, arme précieuse aussi et discrète.

En réalité, rien n'est plus incompréhensible en pratique médicale que l'intransigeance qui va à l'encontre de tout sens clinique. « Tout coule », disaient les Grecs. Les thérapeutes en savent bien quelque chose !

Dr Chabrut.

(1) Voir *Concours médical*, n° 4. p. 75.

PARTIE PROFESSIONNELLE

SOU MÉDICAL

Comment se couvrir contre les dangers de l'exercice de la profession ?

2 cas à considérer :
1° Le médecin a à se plaindre d'un client, d'un individu ou d'une collectivité ;
2° Le client ou la collectivité a à se plaindre du médecin.

1er CAS.

Recouvrements d'honoraires, contestations, diffamation, contrats violés
Le médecin veut donc faire respecter ses droits et ses intérêts.

LE MÉDECIN EST ASSURÉ AU « SOU MÉDICAL »	IL EST ASSURÉ A L' « ANCRE MÉDICALE »	IL EST ASSURÉ A UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE QUELCONQUE
1° *Il n'y a pas lieu d'engager un procès.*		
1° Affaire examinée en détails par le secrétariat général. 2° Consultation juridique donnée *gratuitement* par un avocat conseil à la Cour d'appel de Paris, ou à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat. 3° Renseignements demandés, s'il y a lieu, aux Ministères compétents. 4° Recherche de textes de lois, de jurisprudence, etc. 5° Examen de l'affaire par les médecins formant le Conseil d'administration. 6° D'où ligne de conduite, conseils et appui moral donnés à l'adhérent, pour qu'il puisse avoir gain de cause dans sa revendication amiable.	Aucun appui.	Aucun appui.
2° *Il y a lieu d'engager un procès.*		
A) *En première instance.* *a*) Affaire banale, d'ordre personnel : Appui moral comme ci-dessus. *b*) Affaire intéressant toute la profession : Appui moral. Appui pécuniaire (frais de procédure et de plaidoirie). *c*) Affaire personnelle mais grave (diffamation, etc.) : Appui moral. Appui pécuniaire s'il y a lieu.	Aucun appui.	Aucun appui.
B) *En appel ou en cassation.* *a*) Affaires banales, d'ordre personnel : α Affaire perdue en 1re instance, considérée par le « Sou » comme étant mal jugée : Appui moral et pécuniaire, pour faire appel. β Affaire gagnée en 1re instance, mais appel est interjeté par l'adversaire : Appui moral et pécuniaire, lorsqu'on considère que le médecin va être la victime de la chicane et de la procédure. *b*) Affaires intéresant toute la profession : Appui moral et pécuniaire, pour aller, s'il y a lieu, devant toutes les juridictions.	Aucun appui.	Aucun appui.
C) *Affaires administratives.* Mêmes règles que ci-dessus, mais s'appliquant au Conseil de préfecture, au Conseil d'Etat et au Tribunal des conflits.		

LE MÉDECIN EST ASSURÉ AU « SOU MÉDICAL »	IL EST ASSURÉ A L'« ANCRE MÉDICALE »	IL EST ASSURÉ A UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE QUELCONQUE
2e CAS		
1° Le médecin est inquiété pour une affaire n'engageant pas sa responsabilité professionnelle.		
Application des règles ci-dessus.	Aucun appui.	Aucun appui.
2° La responsabilité du médecin est engagée à l'occasion d'un acte professionnel.		
Appui moral et pécuniaire accordé d'office dans tous les cas, à tous les adhérents, médecins ou chirurgiens.	Même appui que celui donné par le « Sou Médical ».	La Compagnie accepte ou refuse de soutenir le médecin, en se basant sur des notas, des restrictions (le plus souvent écrites en toutes petites lettres) contenues dans les polices. Exemple : distinction entre les actes médicaux et les actes chirurgicaux ; les certificats ne sont presque jamais compris dans les garanties de la police, etc.
Le Conseil d'administration, composé de médecins, envisage, avant toute chose, après avis des avocats-conseils, l'intérêt général de la profession et soutient, malgré tout et contre tous, son adhérent, pour que le corps médical ne puisse pas subir les contre-coups, soit d'une condamnation injuste, soit d'une transaction. Celle-ci, pouvant être, à tort, considérée comme une preuve de culpabilité, inciterait les clients du confrère à se servir de cet exemple pour refuser de payer les honoraires du médecin, en invoquant la malfaçon et la faute lourde, et même à lui demander des dommages-intérêts.	1er *cas*. Le médecin est assuré à l'Ancre et au « Sou » : L'affaire est transmise au « Sou » qui a la direction de l'affaire L'Ancre entre en scène, si le médecin est condamné à plus de 2.000 fr. de dommages-intérêts. 2e *cas*. Le médecin n'est assuré qu'à l'Ancre : Le Conseil d'administration, *uniquement* composé de médecins, examine l'affaire en médecin comme cela se passe au Conseil du « Sou ». D'ailleurs, le conseil juridique de l'Ancre est le même que celui du « Sou ».	Le Conseil d'Administration, composé de financiers, dirige l'affaire *à sa guise* et transige au mieux des intérêts de sa caisse. L'intérêt général du corps médical et l'intérêt particulier du praticien ne peuvent pas être envisagés avec justesse, puisque ce Conseil d'Administration, *extra-médical*, ne peut pas avoir la mentalité médicale, ni la compétence pour connaître et apprécier les ennuis journaliers de la profession.
3° Le médecin est condamné.		
Le « Sou » paie : 1° Tous les frais du procès en 1re instance en appel et en cassation (s'il y a eu lieu d'aller devant ces juridictions). 2° Les dommages-intérêts jusqu'à concurrence de 2.000 francs.	L'Ancre paie : 1° Aux adhérents de l'Ancre et du « Sou » : Les dommages-intérêts à partir de 2000 fr. 2° Aux adhérents de l'Ancre seule : Le total des frais judiciaires et des dommages-intérêts jusqu'à concurrence de la somme fixée par la police.	L'Assurance paie le total des frais judiciaires et des dommages-intérêts jusqu'à concurrence de la somme fixée par la police.
Le « Sou » *ne résilie jamais,* quel que soit le procès qu'il a eu à soutenir.	La résiliation de la police ne peut être prononcée que par le Conseil d'administration uniquement médical.	La police peut être résiliée par la Compagnie.

CONCLUSIONS.

1° Le médecin doit contracter une assurance qui lui permette :
a) De faire valoir ses droits et respecter ses intérêts ;
b) D'attaquer en justice, avec conseils, appui moral et souvent pécuniaire ;
c) D'être défendu en justice, *dans tous les cas*, même lorsque sa responsabilité professionnelle n'est pas en jeu.

2° *Seule*, l'adhésion au « Sou Médical » (20 francs par an) donne tous ces avantages.

3° Il est préférable de pouvoir, à la fois, attaquer et être défendu, car :
a) Au « Sou Médical », nous avons beaucoup plus à conseiller le médecin pour faire valoir ses droits que pour le défendre ;
b) Sur les 20 francs de cotisation annuelle du « Sou », 18 francs sont consacrés à l'attaque et à la défense individuelle et 2 fr. *seulement* pour garantir la responsabilité professionnelle.

Et néanmoins, la Caisse de garantie du « Sou », est solide ; elle a plus de 30.000 francs, à l'heure actuelle et est contre assurée par le *Concours Médical.*

4° Si la garantie de 2.000 francs *est jugée insuffisante* (chirurgiens, médecins de grande ville, spécialistes, etc.), adhérer à la fois au « Sou » *et* à l' « Ancre Médicale ».

Parce que :
a) L' « Ancre » consent des réductions de primes aux membres du « Sou » ;
b) L' « Ancre » est dirigée par un Conseil d'administration *exclusivement* composé de médecins.

5° Un Syndicat a grand avantage à faire statutairement adhérer tous ses membres au « Sou » ;
a) Le Syndicat n'aura pas de cotisation à payer au « Sou » ;
b) Le Syndicat jouira de tous les avantages conférés à chaque adhérent du « Sou » ;
c) Le « Sou » servira de conseil juridique au Syndicat ;
d) Le « Sou » sera le trésor de guerre du Syndicat ;

Le Secrétaire général du « Sou Médical ».
Dr Paul BOUDIN.

Les dossiers Diverneresse devant le Parlement

Il nous faut aujourd'hui suppléer les grands quotidiens. Ceux-ci nous suppléent si souvent, d'ailleurs sans en être priés (voir le 606), que nous pouvons nous permettre cela.

C'est que nous avons trouvé ces chers, ces très chers organes, muets sur ce qui s'est passé à la Chambre des députés, dans la séance du lundi matin 30 janvier.

Pourtant le spectacle n'était pas banal.

Croirait-on qu'il s'est trouvé, ce jour-là, plusieurs députés pour mettre sous les yeux de M. le Ministre du travail un tas de documents relatifs à l'application de la loi-accidents, que son service du contrôle tenait bien sous le boisseau ?

Un surtout, parmi ces législateurs, ouvrier très renseigné, M. Lauche, député de Paris, sut prolonger le déballage sans fatiguer l'assemblée et en l'intéressant même vivement.

Après lecture de chaque pièce, en guise de leit-motiv ou de refrain, il répétait avec une parfaite courtoisie :

« Eh bien ! Monsieur le Ministre, votre service « de contrôle est coupable ou d'avoir ignoré « cela ou, l'ayant connu, de l'avoir toléré. »

Or, chacun savait, dans certains coins de la Chambre du moins, que malheureusement le contrôle avait *connu et toléré*, car la *contre-enquête Diverneresse*, où l'orateur puisait sans cesse, avait été largement distribuée au Ministre du travail et dans les milieux parlementaires, à l'époque où il fallut se défendre contre la légende des médecins marrons.

Aussi, le malaise était grand au banc ministériel et dans les alentours. L'*Officiel* du 31 janvier, que nos lecteurs feront bien de se procurer, enregistre qu'il a été répondu par deux ou trois vagues protestations de chefs couvrant leurs subordonnés, suivant la formule classique et banale. Mais il permet aussi de constater que toutes les affirmations de M. Lauche sauf une (et dès moins importantes) sont restées acquises. Une véritable rangée d'épées de Damoclès sur des têtes menacées. Pauvre contrôle ! Pauvres compagnies d'assurances accidents !

Mais ce n'est pas tout.

Il paraît que MM. Lauche, Chautemps (Félix), etc., etc., comptent renouveler la scène prochainement, en traitant spécialement la question des abus de l'expertise en matière d'accidents du travail. C'est aussi *l'Officiel* qui le dit.

Ceux qui ont vu, ceux qui SAVENT, ne peuvent que se féliciter de voir poindre une ère de réformes urgentes. Les députés qui la préparent sauront la mener à bien, grâce à l'immunité parlementaire, qui les met mieux que Noir et Diverneresse à l'abri des foudres de la 9e Chambre.

N'empêche que nos deux amis se sentent bien vengés et que la lecture de l'*Officiel* devient pour eux un délicieux passe-temps.

H. J.

Chronique de l'Exercice illégal de la Médecine

Mon cher ami,

Vous m'avez demandé pour les lecteurs du *Concours* une note concernant l'affaire récente dun guérisseur bien connu X... ; je suis un peu en retard pour vous l'adresser et vous avez déjà dû mentionner le résultat que le Syndicat de la Seine venait d'obtenir en appel.

Il n'est pourtant pas sans intérêt de revenir là-dessus ; car, d'une part, le zouave Jacob personnifie, pour toute une génération, et même pour plusieurs générations, le guérisseur achalandé, et, d'autre part, il a été le promoteur, le père, pour ainsi dire, de toute une lignée de charlatans qui usent et abusent de la croyance du public en un pouvoir mystérieux : le fluide. Les magnétiseurs ont toujours eu la prétention de se tenir en dehors de la loi de 1892, et ils invoquent à l'appui de cette thèse les commentaires qui ont précédé la promulgation de la loi.

Très judicieusement, le jugement qui frappait X... en 1893 réduisait à néant les aspirations des magnétiseurs en affirmant que jamais la loi n'avait eu pour but de limiter les recherches ni de porter atteinte aux expériences ayant trait aux phénomènes magnétiques, mais que, par contre « cette loi ne subordonne pas l'existence de « l'infraction qu'elle prévoit à telles ou telles con- « ditions particulières, à telles ou telles pres- « criptions ou administrations de médicament, « mais qu'elle frappe, abstraction faite de tout « remède, de tout traitement pratique, *tout* « *exercice de l'art de guérir* ».

C'était là une saine doctrine et on pouvait croire que, dans toutes les espèces analogues, on appliquerait la loi d'une façon aussi judicieuse. Il n'en fut malheureusement pas ainsi et en 1908, la Cour de Cassation rejetait un pourvoi du Procureur de la Cour de Douai, en décidant que le prévenu X., âgé de 16 ans, se bornait, quand il recevait ou visitait des malades, à placer pendant un temps variable une de ses mains sur le siège de la douleur, en adressant une invocation mentale à un esprit, dont il avait le pouvoir de provoquer l'intervention favorable, etc., etc. ; que ces actes n'avaient rien de commun avec un traitement médical, et que tout reposait uniquement sur sa croyance à un secours surnaturel sans l'emploi d'aucun procédé thérapeutique. Par ces motifs, rejette le pourvoi.

Cette doctrine ne tendant rien moins qu'à faciliter les opérations fructueuses de tous les voyants, des somnambules, des magnétiseurs à fluide particulier, il importait d'avoir d'autres jugements et pour cela, il fallait choisir une bonne espèce.

X..., autrefois condamné, n'avait jamais cessé de pratiquer, et l'étrange de son succès, c'est qu'il a duré malgré l'uniformité de ses prescriptions qui varient en somme très peu. Deux sortes de clients viennent le consulter. Le matin, ce sont les clients aisés ; il les reçoit isolément et le prix de la consultation est de 10 francs, sans doute parce que le fluide est plus actif quand le vieillard a dormi et s'est reposé. Assis en face de son visiteur, vêtu d'un peignoir blanc, chaussé de babouches et coiffé d'un fez, X... ferme les yeux et s'endort ou fait semblant de dormir ; le patient finit par être impressionné et mal à l'aise à cause de ce silence qui dure parfois assez longtemps. Tout d'un coup X... s'éveille, il ne demande rien, il a vu... « C'est tel organe qui est malade, dit-il, vous ferez telle et telle chose ; allez et mon fluide agira ». On a beau dire que ce n'est pas de l'organe qu'il a nommé qu'on souffre, cela ne fait rien ; il persiste dans son affirmation et c'est le tour d'un ou d'une autre.

L'après-midi, c'est la consultation collective. Assis sur des chaises ou des bancs autour d'une pièce assez grande, les patients voient entrer Jacob, vêtu comme le matin, qui les regarde l'un après l'autre et se borne à leur donner quelques prescriptions concernant l'alimentation ou l'hygiène et à leur dire que son fluide agira. Un plateau au milieu de la pièce sert à recevoir les offrandes ; sous et pièces blanches voisinent dans ce récipient.

Si, donc, poursuivant X... pour des faits analogues à ceux qui l'avaient fait condamner en 1893, nous avions la bonne chance d'avoir une condamnation, la doctrine de la Cour de cassation recevrait une sérieuse atteinte ; telle fut notre dessein en déposant une plainte qui aboutit le 27 mai 1909 au jugement suivant, qui était loin de ce que nous attendions.

Le Tribunal,

« Attendu que X... est poursuivi pour avoir « pris part habituellement ou par une direction « suivie au traitement des maladies ; qu'il ré- « sulte de la procédure et de l'instruction faite à « l'audience que le prévenu, vêtu d'une robe « blanche, se présente à ceux qui viennent le « visiter, et fixe sur eux ses regards, en invoquant « des esprits qu'il a qualifiés de supérieurs ; qu'il « ne pose aucune question, ne prescrit aucun ré- « gime et n'ordonne aucun remède ; qu'il passe « entre les bancs sur lesquels sont assis les spec- « tateurs, les touche légèrement de la main, re- « çoit d'eux l'offrande facultative qu'ils veulent « bien lui donner et termine la séance en conseil- « lant, d'une façon générale, de ne boire ni vin, « ni alcool, de ne consommer que des végétaux « et de ne se servir d'aucun médicament ; qu'en « donnant ces conseils d'une façon uniforme et « sans se préoccuper du genre de maladie de ceux « qui l'écoutent, X... ne prend pas part au « traitement des malades ; que, dans leur plainte, « les médecins de la Seine ne lui reprochent pas « d'ailleurs de prescrire des régimes, mais le si- « gnalent comme agissant sur les malades au « moyen d'un fluide qu'il leur transmettrait par « le regard, ou par l'imposition des mains ; que « dans le dernier état de la jurisprudence, il n'y « a pas de violation de la loi du 30 novembre « 1892 lorsqu'une personne cherche à soulager « des malades en ne faisant exclusivement appel « qu'à un secours surnaturel et sans employer « aucun procédé thérapeutique ; que l'action de

« X... qui n'interroge pas ses clients, qui ne leur « ordonne aucun remède ni médicament et ne « leur fait aucune prescription, ne peut être « considérée que comme une invocation mentale « à des esprits dont il se vante de pouvoir pro- « voquer l'intervention ; qu'il est impossible de « confondre cet acte avec un traitement médical ; « que les faits qui sont reprochés à X... ne « constituent pas l'exercice illégal de la médecine « prévu par l'article 16 de la loi du 30 novembre « 1892, que le Syndicat des Médecins de la Seine « qui s'est constitué partie civile, doit succom- « ber dans sa demande :

« Par ces motifs :

« Renvoie X... des fins de la plainte ; dit le « Syndicat des Médecins de la Seine mal fondé « en sa demande, l'en déboute et le condamne « aux dépens ».

On voit très bien ici l'influence du récent arrêt de la Cour de Cassation.

L'éclat de rire fut général ; la grande presse comme les périodiques illustrés ne se fit pas faute de railler les médecins qui n'avaient pas honte de troubler les dernières années de X... Je fus plutôt malmené, mais malgré tout je persistai dans mon dessein de faire casser ce jugement et j'obtins de nos avocats qu'on irait en appel. Voici le texte de l'arrêt rendu par la Cour, le 14 janvier dernier :

Arrêt du 14 janvier 1911.

9e chambre de la Cour.

La Cour,

Sur l'intervention du Syndicat des médecins de la Seine ;

Considérant que le Syndicat des Médecins de la Seine a un intérêt manifeste à empêcher, dans le département de la Seine, l'exercice illégal de la médecine qui lui cause un préjudice actuel et certain ; qu'il s'agit là d'un intérêt professionnel et collectif de premier ordre ; que la recevabilité de son intervention n'est d'ailleurs pas contestée ;

Sur l'appel de la partie civile et du Ministère public:

Considérant que le tribunal a relaxé X... des fins de la poursuite parce que le prévenu ne prescrivait aucun régime, n'ordonnait aucun remède, qu'il conseillait d'une façon générale de ne boire ni vin, ni alcool, de ne consommer que des végétaux, et de ne se servir d'aucun médicament ; qu'en donnant ces conseils d'une façon uniforme et sans se préoccuper du genre de maladie des personnes qui le consultent, il ne prendrait pas part au traitement des maladies ; que son action ne pourrait être considérée que comme une invocation mentale à des esprits dont il se vante de pouvoir provoquer l'intervention ; qu'il serait impossible de confondre cet acte avec un traitement médical ;

Mais considérant qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait, par une personne non munie du diplôme de docteur en médecine, de prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies sauf les cas d'urgence avérée ; que cet article n'exclut de la qualification légale du délit aucun mode de traitement dès qu'il est habituel ou suivi ;

« Considérant *que le sens du mot « traitement » est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie* ; qu'ainsi entendu, le traitement ne suppose pas nécessairement la prescription d'un régime ou d'un remède ; qu'il ne suppose pas davantage la connaissance par le prétendu guérisseur de la nature de la maladie traitée ;

Considérant en fait qu'il résulte de l'instruction et des débats, notamment des dépositions des témoins entendus par la Cour, que X..., qui se dit médium guérisseur assisté par les esprits et n'est muni d'aucun diplôme, reçoit, le matin individuellement, et le soir collectivement, dans le but de les guérir ou soulager, les personnes qui viennent le visiter également dans le but de se faire guérir ou soulager ; que le matin il fait payer chaque visiteur 10 francs et le soir s'en rapporte à la générosité de l'assistance ;

Considérant que sa méthode consiste principalement à agir sur l'imagination des malades en leur persuadant qu'il possède un fluide émanant des esprits et le communique par le regard et par le toucher ;

Considérant qu'effectivement, ainsi que le constate le jugement, il fixe du regard ses visiteurs et les touche parfois légèrement de la main, qu'il leur dit ensuite : « Ayez confiance, mon fluide vous accompagne et amènera la guérison » ;

Considérant en outre qu'il leur indique les aliments et les boissons dont ils doivent s'abstenir, notamment la viande et les boissons alcooliques et ceux dont ils doivent user, principalement les œufs, les légumes et le lait ; que c'est donc à tort que le Tribunal, tout en reconnaissant l'existence de tout ou partie de ces conseils, déclare que X... ne prescrit aucun régime ;

Considérant que ces actes et conseils, qui d'ailleurs ne sont pas déniés par le prévenu, tendent à la guérison ou à l'atténuation des malades ou des malaises, et par suite constituent un traitement dans le sens de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Considérant d'autre part, qu'il n'est pas nécessaire pour qu'il y ait délit que le traitement soit suivi, qu'il suffise qu'il soit habituel ; que X... se livrant tous les jours aux agissements sus-visés a donc pris part, sinon par une direction suivie, du moins habituellement, au traitement des maladies ;

Par ces motifs :

Faisant droit à l'appel du Ministère public et de la partie civile,

Déclare X... coupable d'avoir, dans le département de la Seine, depuis moins de trois ans, exercé la médecine sans être muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français.

Et lui faisant application des articles 1, 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, lesquels sont ainsi conçus :.....

Le condamne à 100 francs d'amende,

Et statuant sur les conclusions de la partie civile,

Considérant que la Cour possède les éléments suffisants pour apprécier le préjudice causé, condamne Jacob à payer au Syndicat des médecins de la Seine la somme de 200 francs à titre de dommages-intérêts,

Le condamne en outre aux dépens.

Pour X... : Me Rodanet.

Pour le Syndicat des Médecins de la Seine : Me Henri Geoffroy.

Président : M. Cabat, Avocat-général : M. Maxwell.

***

La lecture de cet arrêt doit remplir d'aise les médecins, car il est d'une clarté parfaite et reproduit presque toutes mes conclusions.

D'abord on y voit une affirmation du droit du Syndicat d'empêcher l'exercice illégal de se manifester dans le département de la Seine, parce qu'il s'agit là

d'un intérêt professionnel et collectif de premier ordre.

Après le procès de Valence, voici des paroles qui ne sont pas dénuées d'intérêt !

Vient plus loin la définition du traitement telle qu'elle résulte des commentaires de la loi de 1892. Brouardel lui-même avait usé de ces termes : « Le traitement, disait-il, doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à l'atténuation ou à la guérison des maladies ou d'un état de malaise » (1).

Jamais encore, il ne nous avait été donné d'obtenir dans un jugement de telles précisions, et c'est par là que cet arrêt est précieux, car il servira dans tous les cas d'exercice illégal ; il s'applique à tous.

La condamnation est minime, mais là n'est pas la question.

C'est le principe qu'il fallait poser.

Tenons-nous enfin la doctrine définitive ? Je l'espère, mais nous devons encore compter avec la Cour de cassation. J'apprends en effet à l'instant que X... s'est pourvu devant cette juridiction suprême.

L'arrêt est si bien motivé, ses considérants sont tellement précis, que je doute que le pourvoi soit admis.

L'avocat général dans cette affaire n'était autre que M. Maxwell, ancien avocat général à Bordeaux et docteur en médecine. Il a rendu justice à la plaidoirie si vigoureuse et si documentée de notre avocat Me Geoffroy ; or, cette double intervention n'a pas été étrangère au résultat que nous avons obtenu.

Attendons avec confiance la décision de la Cour de cassation. J'informerai les lecteurs du *Concours* du résultat final. Ch. LEVASSORT.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Vérification des décès

L'application du décret du 4 juillet 1806 concernant les déclarations de mort-nés offrait des inconvénients et comportait des formalités compliquées ; une circulaire du Préfet de la Seine aux maires, officiers de l'état-civil, en date du 26 novembre 1868, tend à les simplifier.

En effet, cette circulaire rappelait que le décret obligeant les accoucheurs ou les familles à déclarer à l'officier de l'état-civil, comme mort-nés, tous les produits de la conception à partir de six semaines doit être maintenu, puisque c'est à partir de ce terme qu'il est possible à l'homme de l'art de reconnaître si la fausse couche a été naturelle ou si elle a été provoquée par des manœuvres criminelles.

Mais y a-t-il lieu de se conformer aux formalités subséquentes d'inscription au registre des décès, convoi, etc. ?

M. Haussmann, alors préfet de police, après avis de médecins éclairés, a pensé :

1° Que c'était à cinq mois que pouvait être donné le nom d'enfant au produit de la conception ;

2° Qu'avant quatre mois, il n'existait qu'un embryon informe qui, à quatre mois, prend le nom de fœtus, ne devenant enfant viable qu'entre le cinquième et le sixième mois ;

3° Que, comme conclusion à tirer de ces données fournies par la science médicale, il ne peut y avoir avant quatre mois, décès de ce qui, à proprement parler, n'a pas encore vécu, et que, par conséquent, en présence des inconvénients de démarches à faire par les parties, de formalités à remplir sans qu'il y ait un intérêt véritable, il estime qu'avant quatre mois de conception, l'officier de l'état-civil n'aura point à se conformer aux prescriptions du décret de 1806, et qu'il suffira de transcrire sur un registre spécial le certificat du médecin vérificateur, sans qu'il soit nécessaire de dresser, en présence des parties, l'acte prescrit par ce décret.

De la façon de procéder actuelle basée sur ce fait qu'un produit de la conception ne serait vivant qu'après quatre mois, quand, à notre avis, il est vivant dès le moment de la conception, il résulte que les accoucheurs et les familles déclarent à la mairie un enfant sans vie après quatre mois de conception, — que ce produit est inscrit sur le registre des décédés, — qu'il y a lieu à convoi.

Or, après quatre mois de conception, il arrive la plupart du temps que le produit est un fœtus de quatre à cinq mois non viable ; qu'il est mort dans le sein de la mère depuis un temps qui peut varier de quelques jours à quelques semaines, et se présente sous l'aspect d'une masse informe plus ou moins putréfiée — ou bien que ce produit est sain, mais d'un très petit volume.

D'autre part, il arrive que l'enfant vient à terme, en état d'asphyxie complète, irrémédiable, ou ne donnant aucun signe de vie à la suite de dystocie ou de diverses manœuvres obstétricales.

Dans ces différentes circonstances, les formalités sus-indiquées ont lieu et cela constitue pour les familles des démarches et des frais inutiles.

Combien de fois le médecin de l'état-civil n'entend-il pas demander : « Monsieur, y aura-t-il un convoi ? — Dispensez-nous d'un convoi...., c'est bien désagréable, et ce n'est vraiment pas la peine, Monsieur, voyez !..... et puis nous ne sommes pas riches.... mon mari ne travaille pas, etc. ? »

Et le médecin de répondre après examen des possibilités d'un tempérament ou d'une concession au décret : « Je le regrette, mais nous ne pouvons transgresser la loi ! ... »

Et un enfant qui n'a vécu que dans le sein de la mère, qui n'a donné aucun signe de vie extérieure, a son acte de décès quoique déclaré sans

(1) Le 20 octobre 1910, dans le *Bulletin* du Syndicat de la Seine, j'écrivais un article : « Où allons-nous » où je parlais en particulier d'expertises en matière d'exercice illégal ; j'ajoutais (p. 741) : « Dans les discussions qui ont précédé le vote de la loi, le commissaire du gouvernement, M. Brouardel, a précisé, d'après Littré, ce qu'il fallait entendre par traitement, « C'est, a-t-il dit : la manière de conduire une maladie soit à l'effet de la guérir soit d'en diminuer le danger, soit de calmer les souffrances qu'elle cause, soit d'atténuer ou de dissiper les suites qu'elle peut entraîner ».

Qu'on rapproche ces lignes des termes mêmes du jugement : « Considérant que le sens du mot » traitement » est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie, etc., etc., » et l'on verra qu'il était difficile d'avoir des textes plus concordants

vie, et la famille, les parents, les amis sont invités à suivre un convoi, comme si ce produit était un enfant d'un an.

Cela paraît abusif, et, nous l'avons toujours remarqué, c'est pénible pour les familles à différents points de vue.

N'y aurait-il pas lieu de tenir compte de certaines considérations morales et pécuniaires et d'établir une limite plus logique et plus fixe à la nécessité des convois ?

Ne pourrait-on pas remplacer l'ancienne procédure par une nouvelle qui donnerait satisfaction aux familles et n'aurait pas d'inconvénients au point de vue légal ou médico-légal ?

L'ancienne manière de faire ne serait-elle pas plus simple, plus commode pour les intéressés, moins abusive, formulée de la façon suivante :

1° Les accoucheurs et les familles auront à déclarer à l'officier de l'état-civil comme mort-nés tous les produits de la conception à partir de six semaines.

2° Les enfants nés *avant terme* et *au terme normal* de la grossesse qui n'auront donné aucun signe de vie extérieure à leur naissance seront considérés comme mort-nés, déclarés comme tels par les accoucheurs et les familles, inscrits sur un registre spécial et ne donneront pas lieu à convoi.

3° Les enfants nés viables, les prématurés, ceux qui auront vécu quelques heures ou quelques jours, mais qui dans les 3 jours qui suivent l'accouchement auront été *présentés sans vie* à l'officier de l'état-civil, auront un acte d'enfant sans vie dressé sur le registre des décès, mais il n'y aura pas lieu à convoi.

Un enfant, quelle que soit la durée de sa vie, et pour lequel un acte de naissance a été dressé suit naturellement la règle commune.

Tous ces cas subordonnés à la consultation du médecin attaché à l'état-civil.

Nous ne voyons pas quels inconvénients pourrait comporter cette façon de procéder, mais les légistes, les médecins-légistes, les professionnels du code, les administrateurs, auront à signaler ceux qui peuvent nous échapper.

Dr Courgey.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Concours pour l'emploi d'Inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

Vu le décret du 20 novembre 1907, portant réorganisation de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'intérieur, notamment les articles 6 (§ 3), 8 et 11, ainsi conçus :

« Art. 6 (§ 3). — Le cadre des inspecteurs généraux et des inspecteurs généraux adjoints doit toujours comprendre au minimum deux *docteurs en médecine* ou techniciens d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de service sanitaire.

« Art. 8. —..... Les inspecteurs généraux adjoints sont recrutés au concours .....

« Les candidats ne sont admis à concourir qu'après avoir reçu l'agrément du ministre.

« Ils doivent être Français, avoir satisfait à la loi sur le recrutement en ce qui concerne le service actif et être âgés de moins de trente ans. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant les droits à la retraite.

« Le jury du concours est composé du directeur du contrôle et de la comptabilité, président ; de deux directeurs du ministère de l'intérieur, au choix du ministre ; de trois inspecteurs généraux et d'un inspecteur général adjoint.

« Quand le nombre des médecins ou des personnes visées au paragraphe 3 de l'article 6 descendra au-dessous du minimum fixé, il sera pourvu à la vacance par un concours spécial. Pour ce concours le jury déterminé au paragraphe précédent comprendra aux lieu et place de deux directeurs du ministère de l'intérieur au choix du ministre le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique et un membre du conseil supérieur d'hygiène publique.

« Art. 11. — Des arrêtés ministériels détermineront le règlement et les matières des concours prévus à l'article 8 » ;

Vu l'arrêté ministériel du 5 mars 1908 relatif aux conditions générales du concours pour l'emploi d'inspecteur général adjoint,

Arrête :

Art. 1er. — Lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à une ou plusieurs vacances d'inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'intérieur, dans les conditions prévues à l'article 6 paragraphe 3, susvisé, du décret du 20 décembre 1907, il sera procédé à un concours qui ne sera ouvert qu'à des docteurs en médecine ou techniciens d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de service sanitaire.

L'arrêté du ministre qui fixera le nombre des places mises au concours sera inséré au *Journal officiel* au moins cinquante jours avant la date fixée pour le concours.

Art. 2. — Les aspirants se feront inscrire au secrétariat de la direction du contrôle et de la comptabilité du ministère de l'intérieur, dans les vingt jours à partir de l'insertion de l'arrêté au *Journal officiel*.

Ils devront déposer :

1° Une demande d'admission au concours ;

2° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

3° Un extrait de leur casier judiciaire ;

4° Un acte constatant qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement ;

5° Les diplômes, états de services, certificats, titres scientifiques, etc..., justifiant qu'ils remplissent les conditions prévues par le paragraphe 3 de l'article ci-dessus rappelé, ainsi que leurs principales publications ou travaux ;

6° L'engagement pris, pour le cas où ils seraient nommés, de se consacrer exclusivement à leurs fonctions, notamment, pour les candidats médecins de ne pas faire de clientèle ;

7° Un certificat médical dûment légalisé, établissant qu'ils sont de constitution robuste et aptes à remplir un service actif.

Art. 3. — Le jury du concours sera appelé à se prononcer sur l'appréciation des titres ou services invoqués par les candidats dans les conditions pré-

vues à l'article 1er ci-dessus et à l'article 6, paragraphe 3, du décret susvisé du 20 décembre 1907, en vue de leur admission au concours.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le ministre au moins huit jours avant l'ouverture des épreuves et déposée au secrétariat de la direction du contrôle du ministère de l'intérieur où toute personne pourra en prendre connaissance.

Les candidats admis à prendre part au concours seront avisés individuellement de la décision prise en ce qui les concerne.

Art. 4. — Le jury sera constitué en conformité du paragraphe 3 de l'article 8 du décret du 20 décembre 1907, et les membres en seront désignés par le ministre de l'intérieur au moins dix jours avant la date du concours.

Art. 5. — Le concours comprendra en premier lieu des épreuves écrites, et en second lieu des épreuves orales, que seuls les candidats reconnus admissibles à la suite des épreuves écrites seront appelés à subir.

Ces épreuves seront réglées comme suit :

Epreuves écrites

Une composition sur un sujet relatif à l'hygiène publique (trois heures).

Trois compositions, dont l'une relative à l'assistance publique ; l'autre au droit public ou administratif ; la troisième à une des matières administratives autres que l'assistance ou l'hygiène publiques concernant les services qui relèvent du ministère de l'intérieur (deux heures pour chaque composition).

Epreuves orales

(Subies en séance publique.)

Un exposé oral d'une durée d'un quart d'heure après trois quarts d'heure de préparation sur une question d'hygiène ou d'assistance publiques, et des interrogations sur les diverses matières prévues au programme annexé au présent arrêté.

Les candidats ne pourront avoir entre eux aucune communication, ni consulter aucun document ou note. Celui qui manquerait à cette interdiction serait immédiatement exclu du concours.

Art. 6 — Pour chaque épreuve, il est attribué aux candidats un nombre de points variant de 0 à 20.

Pour déterminer le résultat des épreuves, le nombre des points obtenus est multiplié par les coefficients ci-après :

Epreuves écrites

1re composition, coefficient.................. 3
2e, 3e et 4e compositions, coefficient pour chacune d'elles 2

Epreuves orales

Exposé, coefficient.......................... 2
Interrogations, coefficient pour l'ensemble des interrogations.......................... 3

Art. 7. — Le candidat qui n'aura pas atteint un minimum de 126 points pour l'ensemble de ses épreuves écrites ne sera pas admissible aux épreuves orales.

En outre, l'admission définitive d'un candidat ne pourra être prononcée que s'il a obtenu un minimum de 196 points pour l'ensemble des épreuves écrites et orales.

Le jury pourra faire procéder à un nouvel examen oral entre les candidats qui se trouveraient placés sur le même rang.

Art. 8. — Le jury dresse, après avoir terminé ses opérations, un procès-verbal comprenant la liste des candidats par ordre de mérite.

La liste des candidats définitivement admis est proclamée en séance publique.

Si, d'après le résultat des épreuves, aucun des candidats n'a obtenu le minimum de 196 points fixé par l'article précédent, ou si le nombre de candidats ayant obtenu le minimum de 196 points est inférieur au nombre des places mises au concours, il en est fait déclaration par le jury en séance publique.

Le procès-verbal des opérations du concours est, après proclamation des résultats, transmis immédiatement au ministre.

Art. 9. — Le conseiller d'Etat, directeur du contrôle et de la comptabilité, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 24 janvier 1911.

ARISTIDE BRIAND.

Concours pour l'emploi d'inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'intérieur, docteur en médecine ou technicien d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de service sanitaire (Exécution de l'article 6, § 3, du décret du 20 décembre 1907).

PROGRAMME

DES MATIÈRES DEVANT FAIRE L'OBJET DES ÉPREUVES PRÉVUES A L'ARTICLE 5 DE L'ARRÊTÉ DU 24 JANVIER 1911.

I. — Hygiène publique

Législation et réglementation relatives à la protection de la santé publique. Réglementation sanitaire communale. Mesures sanitaires relatives aux immeubles : logements insalubres. Alimentation des communes en eau potable ; origine des eaux utilisées ; adduction ; procédés divers d'épuration ; surveillance des eaux d'alimentation. Evacuation des eaux usées et des matières de vidanges ; épuration biologique. Bureaux municipaux d'hygiène ; constitution et fonctionnement. Attributions des bureaux d'hygiène résultant de la loi du 15 février 1902 et d'autres lois et règlements. Casier sanitaire des immeubles. Surveillance de l'état sanitaire des communes. Services départementaux d'hygiène ; assemblées sanitaires ; organisation et fonctionnement. Inspection départementale d'hygiène. Dispositions relatives aux maladies transmissibles ; déclaration ; isolement ; transport des malades. Vaccination ; organisation et fonctionnement du service ; établissements vaccinogènes. Désinfection, modes divers d'organisation et de fonctionnement des services ; désinfection en surface et en profondeur ; principaux types d'appareils ; désinfectants chimiques, valeur et conditions d'emplois des divers procédés. Dispositions relatives aux épidémies ; médecine des épidémies.

Police sanitaire maritime. Loi du 3 mars 1822. Règlement de police sanitaire maritime. Organisation et fonctionnement du service. Dératisation. Conventions sanitaires internationales. Office international d'hygiène publique et conseils sanitaires internationaux.

Eaux minérales. Etablissements thermaux de l'Etat. Exercice de la médecine et de la pharmacie. Notions de démographie.

II. — Epidémiologie

Rôle étiologique des microbes dans les maladies transmissibles. Voies de pénétration dans l'organisme. Causes susceptibles de favoriser l'action des microbes. Microbisme latent.

Mode de propagation des maladies transmissibles.

Contagion directe ou indirecte. Rôle des matières fécales, urines, matières vomies, expectorations, suppurations, desquamations ; rôle de l'eau, du lait, des huîtres et coquillages, des fruits et légumes crus, etc. ; rôle des vêtements, locaux, voitures, objets divers ; rôle des rats, des mouches, des moustiques, des puces, etc.

Conditions étiologiques propres à chaque maladie, notamment à la fièvre typhoïde, à la dysenterie, au choléra, à la diphtérie, à la méningite cérébro-spinale épidémique, à la tuberculose pulmonaire, à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, aux infections puerpérales, à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, au typhus exanthématique, à la peste et à la fièvre jaune. Mesures prophylactiques en rapport avec les causes de ces maladies ; mesures concernant les individus ; mesures concernant les collectivités, les voyageurs, pèlerins, émigrants, etc. Sérothérapie curative et préventive.

III. — Assistance publique

Services des enfants-assistés. Enfants anormaux. Pupilles difficiles ou vicieux. Protection des enfants du premier âge. Consultations de nourrissons. Crèches. Œuvres diverses destinées à combattre la mortalité infantile.

Assistance aux aveugles et aux sourds-muets. Prophylaxie de la cécité.

Assistance médicale gratuite. Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

Hôpitaux et hospices ; hygiène hospitalière ; isolement des contagieux dans les hôpitaux.

Bureaux de bienfaisance. Dépôts de mendicité. Monts-de-piété. Œuvres diverses d'assistance et de bienfaisance.

Etablissements nationaux d'assistance.

Aliénés. Loi de 1838 et ordonnance de 1839. Organisation médicale et administrative des asiles. Asiles publics et privés. Maisons de santé. Fonctionnement des asiles. Quartiers de traitement, de classement, d'observation. Colonies d'enfants. Placement familial.

Eléments de psychiâtrie générale. — Causes et prédisposition des affections mentales.

Interventions médico-légales. Internement. Certificats. Responsabilité.

IV. — Droit public et administratif

A — Droits et libertés publics. Droit de suffrage. Liberté et propriété individuelles, liberté de conscience, de presse, de réunion, d'association, etc. Droit aux services publics.

Lois constitutionnelles. Pouvoir constituant. Pouvoir législatif. Pouvoir exécutif. Initiative, vote. Promulgation et application des lois. Elections.

B. — Personnes morales administratives, organisation, fonctionnement. Actes d'administration.

Administration de l'Etat. Président de la République. Ministres. Conseil d'Etat. Sénat et Chambre des députés. Finances de l'Etat. Domaine. Dette publique, Impôts. Budget de l'Etat. Comptabilité publique. Notions sur les principaux services publics de l'Etat.

Administration du département. Préfet, Conseil général et commission départementale. Conseil de préfecture. Arrondissement. Sous Préfet, Conseil d'arrondissement. Domaine. Budget et comptabilité du département. Services départementaux.

Administration de la commune. Maire. Adjoints. Conseil municipal. Biens communaux. Budget et comptabilité communaux. Services municipaux. Etablissements publics et d'utilité publique.

Contentieux administratif. Juridictions administratives.

C. — Matières administratives concernant spécialement les divers services relevant du ministère de l'intérieur.

Organisation et fonctionnement des divers services du ministère de l'intérieur. Inspection générale des services administratifs.

Administration départementale et communale (voir ci-dessus).

Assistance publique (voir ci-dessus).

Hygiène publique (voir ci-dessus).

Administration pénitentiaire. — Maisons centrales et pénitenciers. — Prisons départementales ; régime de l'emprisonnement individuel. Discipline. Travail. Services économiques. Comptabilité. Etablissements publics et privés affectés à l'éducation pénitentiaire. Récidive et rélégation. Libération conditionnelle. Patronage. Moralisation et relèvement des détenus.

Police générale. Police municipale. Police des étrangers. Emigration. Réquisition de la force armée.

Algérie. Organisation générale, spécialement en ce qui concerne le rôle des services du ministère de l'intérieur.

V. — Notions sommaires de droit civil, de droit pénal et de législation sociale.

Droit civil. — De la publication, des effets et de l'application des lois en général. Des personnes ; de la jouissance et de la privation des droits civils. Des actes de l'état civil. Du mariage. De la paternité et de la filiation. De l'adoption et de la tutelle officieuse. De la puissance paternelle. De la minorité, de la tutelle et de l'émancipation. De la majorité, de l'interdiction et du conseil judiciaire.

Code pénal. — Des peines en matière criminelle et correctionnelle et de leurs effets. Des personnes punissables, excusables ou responsables pour crimes ou pour délits. Des crimes, des délits et de leur punition. Crimes et délits contre la chose publique. Crimes et délits contre les particuliers. Contravention de police et peines.

Code d'instruction criminelle. — De la police judiciaire et des officiers de police qui l'exercent. De la justice. Notions sur l'organisation des tribunaux en matière répressive.

Législation sociale. — Institutions de prévoyance et d'assistance mutuelles. Syndicats. Grèves. Conciliation. Arbitrage. Caisse de retraites et d'assurances. Accidents du travail. Repos hebdomadaire.

RÉPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

La Maison du Médecin et l'orchestre médical. — Soirée vraiment charmante, le jeudi 2 février. La salle Gaveau était comble. Le Tout-Paris médical avait tenu à porter son obole à notre *Maison du Médecin*, dont le succès croissant est réellement stupéfiant et ses applaudissements à l'*orchestre médical*.

Etroitement unis dans le culte d'Euterpe, sous la haute autorité du très distingué M. Busser, chef d'orchestre de l'Opéra, plus de 80 médecins ont donné, chose rare ! le spectacle d'un accord parfait.

Nous avons admiré le talent de harpiste de Ma-

demoiselle Laskine, la voix harmonieuse de Mademoiselle A. Daumas, de l'Opéra, filles de médecins, et Madame Vaucaire, dont le mari, notre sympathique confrère, conserve les Archives de l'orchestre médical, nous a chanté avec charme « des choses que l'on n'oublie pas ». Les mélomanes ont particulièrement apprécié le violon de Madame Nicolle et le violoncelle du Dr Gigon, et comme tout dans la soirée devait être médical, le Dr Paul Mounet est venu nous dire, avec quelques poésies, un à-propos en vers du Dr G. Montoya, le poète chansonnier bien connu, qui des hauteurs de Montmartre, est tout récemment descendu à la maison de Molière, ce qui ne lui a nullement fait oublier celle du pauvre Diafoirus.

Comme intermède, et ce n'était pas la partie la moins intéressante, une séance de cinéma médical physiologique et microbiologique due à l'habileté de nos confrères les Drs Kolbé et Comandon.

Conclusion : Concert charmant, spectacle agréable, recette maxima et grand succès pour l'orchestre médical et la Maison du Médecin.

J. N.

Conférences accidents du travail.

Des **conférences publiques** et **gratuites** auront lieu à l'hôpital des Accidents du travail 136, rue Championnet, à 5 h. du soir, selon le programme suivant :

Mardi 7 février, Dr Paul Redard : Accidents du travail et tuberculose chirurgicale.

Vendredi 17 février. Dr J. Lucas-Championnière : Les brûlures au point de vue des accidents du travail.

Mardi 21 février, Dr Terson : Les corps étrangers méconnus dans l'œil et ses annexes.

Samedi 25 février, Dr Raymond Petit : Les accidents du travail et les abcès des os.

Vendredi 3 mars, Dr Martha : Des traumatismes bienfaisants.

Jeudi 9 mars, Dr Miramond de Laroquette : Le surchauffage lumineux dans les accidents du travail.

Jeudi 16 mars, Dr Terrien : Cataractes traumatiques

Jeudi 23 mars, Dr O. Lenoir : Syphilis et traumatisme.

Mardi 28 mars, Me Tourey-Piallat : Les incapacités inappréciables et l'accoutumance.

Vendredi 31 mars, Dr Œttinger : Ulcères de l'estomac consécutifs aux traumatismes externes.

Mercredi 5 avril, Dr Dagron : Massothérapie dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Lundi 10 avril, Dr Govin : La puériculture en général.

— Le **bureau** de la **Société des Chirurgiens de Paris** pour l'année 1911 est constitué comme suit :

Président : M. Péraire.
Vice-président : M. Verchère.
Secrétaire général : M. Ozenne.
Secrétaires des séances : MM. V. Delaunay, Rigollot-Simonnot.
Trésorier : M. Paul Delbet.
Archiviste : M. Monnier.

— Le **Journal Officiel** du 14 janvier dernier publie le décret présidentiel qui détermine les *maladies* soumises à la *déclaration* obligatoire ou facultative à la Martinique, à la Guadeloupe et à La Réunion :

Ire PARTIE

MALADIES POUR LESQUELLES LA DÉSINFECTION ET LA DÉCLARATION SONT OBLIGATOIRES

La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes ;
Le typhus exanthématique ;
La variole et la varioloïde ;
La scarlatine ;
La diphtérie (croup et angine couenneuse) ;
La suette miliaire ;
Le choléra et les maladies cholériformes :
La dysenterie (amibienne, bacillaire, etc.) ;
La peste ;
La fièvre jaune et la fièvre dite « inflammatoire » ;
Les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ;
L'ophtalmie des nouveau-nés ;
La rougeole ;
La fièvre de Malte ou ondulante ;
La lèpre ;
La fièvre récurrente ;
La méningite cérébro-spinale épidémique
La trypanosomiase humaine (maladie du sommeil) ;
La piroplasmose aiguë ou splénomégalie tropicale (Kala-Azar).

IIe PARTIE

MALADIES POUR LESQUELLES LA DÉCLARATION EST FACULTATIVE

La tuberculose pulmonaire ;
La coqueluche ;
La grippe ;
La pneumonie et la broncho-pneumonie ;
L'érysipèle ;
Les oreillons ;
La teigne ;
La conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse ;
Le paludisme ;
La filariose ;
La bilharziose.

— **Du renouvellement des ordonnances.** — M. Lacroix a proposé à la Société de Thérapeutique les vœux suivants :

1° En ce qui concerne les médecins, lorsque l'un d'eux prescrira un médicament susceptible d'occasionner des accidents toxiques, soit par suite d'erreur dans l'emploi du médicament, soit par l'abus qu'on pourrait en faire involontairement, l'ordonnance portera en toutes lettres, selon le texte de la loi, la quantité prescrite de la substance toxique, le mode d'administration du médicament et, lorsque cela lui paraîtra nécessaire, le nombre de fois, au maximum, que l'ordonnance pourra être exécutée sans un nouveau visa.

2° Toutes les fois que le pharmacien exécutera une prescription dans les cas prévus par les lois et règlements relatifs à la vente des substances vénéneuses sous quelque forme qu'elles soient, ledit pharmacien devra apposer à nouveau son cachet et un nouveau numéro, même si cette prescription est déjà inscrite sur son registre.

3° Les solutions pour injections hypodermiques ne devront en aucun cas être renouvelées sans autorisation spéciale du médecin qui les a prescrites.

— Le **Dr Branly** vient d'être élu membre de l'*Académie des sciences* (section de physique). Cette élection a fait quelque bruit dans les Landerneaux scientifiques, parce qu'elle a failli consacrer, une

fois de plus et dans un milieu nouveau, le triomphe du féminisme, en la personne de Mme Curie.

On a dit à ce propos que la science n'a pas de sexe, et cela est bien. Mais serait-il téméraire et.. malséant de compléter ce truisme en ajoutant que, le plus souvent, les savants en jupons n'en ont réellement pas davantage. et qu'ainsi le féminisme ne peut guère revendiquer en propre leurs succès ? A moins pourtant que le fait que nos professeurs portant la robe ne juge la question en faveur dudit féminisme ! ! !

— **Eaux minérales. — Sels artificiels pour la fabrication des eaux minérales artificielles. Usage illicite des noms de stations hydro-minérales non inscrits dans le Codex en vigueur.** — Les eaux minérales artificielles, ayant le caractère de médicaments, ne peuvent être vendues et fabriquées que conformément aux prescriptions de l'art. 32 de la loi de germinal, c'est-à-dire conformément au Codex en vigueur. L'ordonnance du 18 juin 1823, combinée avec cet article 32, force à déclarer illicite l'usage des noms de stations hydrominérales pour dénommer des préparations pharmaceutiques présentées au public comme susceptibles de procurer par dissolution une eau minérale analogue à l'eau naturelle des sources citées, et même offrant des avantages particuliers. (Paris, 20 avril 1910.)

— **Les Allemands ne redoutent pas la dépopulation !** Une véritable émotion règne dans les milieux enseignants prussiens.

A la suite d'une décision prise par le ministre de l'instruction publique, dorénavant, toute institutrice qui contractera mariage devra se considérer par ce fait même comme relevée de ses fonctions.

Tout au plus pourra-t-on, pour des raisons d'intérêt local, la maintenir à son poste jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— **L'assemblée générale de l'Association corporative des étudiants en médecine**, approuvant l'attitude du Comité, en particulier dans les questions d'**enseignement médical**, est décidée à poursuivre énergiquement la lutte pour l'amélioration de l'instruction professionnelle des étudiants (amélioration dont la nécessité est admise par le corps médical tout entier), regrette qu'aucune **réforme** n'ait encore été faite par les pouvoirs publics, et demande :

1° La limitation des stagiaires au nombre de *douze par service, limitation entraînant* l'extension du stage à un plus grand nombre de services ;

2° La création d'un conseil médical supérieur, composé mi-partie de professeurs de la Faculté, et mi-partie des délégués des syndicats médicaux, avec voix consultative pour les associations corporatives d'étudiants en médecine.

Mais considérant que l'organisation de l'enseignement professionnel exige une réforme plus complète du stage hospitalier, demande une enquête ayant pour but d'amener la modification de l'externat, qui deviendrait une fonction ouverte à tous les étudiants, par un examen ; cette fonction, tous les étudiants en médecine devraient l'avoir exercée pendant deux ans au moins, pour obtenir le diplôme de docteur en médecine.

A propos de l'avortement. — Mme P. Laborie, membre de l'Association des sages-femmes de France a adressé au *Matin* une protestation au sujet des avortements, sujet de plus en plus d'actualité, protestation dont nous extrayons les passages ci-dessous :

« L'Association des sages-femmes de France, qui a l'honneur d'être présidée par Mme Henry, ex-sage-femme en chef de la Maternité de Paris, tient à protester à son tour contre ces funestes agissements. Elle tient en outre à exprimer bien haut qu'elle s'associe à tous les grands noms qui ont jeté le cri d'alarme et à leur dire qu'ils peuvent compter sur son concours et son dévouement à cette belle cause.

Depuis longtemps nous pensions que la publicité éhontée qui s'étale un peu partout, sans la moindre répression, contribuait, dans une certaine mesure, à déchaîner l'état actuel ; nous l'avions dénoncée en son temps et nous n'avons pas été entendues.

Le mal est fait, il est grand. Unissons tous nos efforts pour remonter « cette pente rapide de la décadence que nous descendons à grands pas » (1). Tâchons de réformer l'opinion, nos mœurs ; que les femmes s'unissent pour réveiller le patriotisme endormi, que l'égoïsme fasse trêve dans notre beau pays où tout le monde croit avoir raison ; et enfin méditons les fières paroles de Leibnitz : « Donnez-moi l'éducation, et je changerai la face de l'Europe avant un siècle ».

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pathologique générale et de pathogénie, *par le Pr Ziegler, de Fribourg-en-Brisgau*, 2e édition française par les Drs G. et D. Augier. (Société belge d'édition, 33, rue d'Italie, Bruxelles) : 40 fr. les 2 volumes.

Manuel pratique de la lithotritie, *par F. Cathelin.* (Vigot frères, 23, pl. de l'Ecole-de-Médecine, Paris) : 4 fr.

Manuel pratique de préparation à l'examen d'aptitude aux fonctions de **médecin sanitaire maritime**, *par le Dr R. F. Guillon* (A. Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris) : 4 fr.

Traité élémentaire de physiopathologie clinique, *par le Dr J. Grasset.* II, Fonctions de défense contre la maladie, antixénisme (Masson et Cie, 120, Bd St-Germain, Paris) : 15 fr.

La désinfection à la campagne. Organisation et fonctionnement du service départemental de désinfection en Seine-Inférieure, *par le Dr Ch. Ott et M. M. Basilaire* (Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris).

Eléments de gynécologie, *par le Dr P. Batigne* (Maloine).

L'homosexualité et les types homosexuels, *par le Dr Laupts (G. St-Paul)* (Vigot frères, 23, pl. de l'Ecole-de-Médecine, Paris) : 6 fr.

Les formes larvées du paludisme, *par le Dr B. Mousséos* (Vigot frères) : 3 fr. 50.

La Vie sexuelle et ses lois, *par le Dr A. Nystrom*, de Stockholm (Vigot frères) : 6 fr.

Guy Patin, *par Pierre Pic* (G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne) : 2 fr.

---

(1) Docteur Gustave Le Bon, *Psychologie de l'Education*, p. 28.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 8 Dimanche 19 FÉVRIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La situation actuelle du médecin praticien. Ce que nous avons dit aux Etudiants de l'Association corporative.

Le Comité de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris nous ayant demandé d'exposer à ses adhérents la situation actuelle de la Profession médicale et les tentatives qui ont été faites pour l'organiser, nous avons cru ne pas devoir nous dérober à cet honneur. La conviction profonde de l'utilité de l'Association corporative, que nous considérons comme la pépinière féconde de nos Syndicats médicaux, les relations anciennes et cordiales que nous avons personnellement entretenues avec les fondateurs et les commissaires de cette Association, les efforts continus que nous avons faits pour établir un lien étroit entre la Corporative, le Syndicat des médecins de la Seine et l'Union des Syndicats médicaux de France, mille autres raisons enfin, créant entre les Etudiants et nous une réelle affinité, nous faisaient un devoir de répondre à cet appel.

Notre premier soin fut d'abord de nous défendre de vouloir enseigner quoi que ce fût. Nous n'avons pas en nous l'étoffe d'un professeur, si modeste fût-il, pas même d'un conférencier. Et d'ailleurs, les choses dont nous avions l'intention de parler n'étaient pas de celles qu'on enseigne. Ce n'est pas dans un cours que l'on apprend le bon sens ni la politesse ; on n'y enseigne ni le tact, ni la bonne confraternité, ni la déontologie médicale. Notre rôle devait se borner à celui d'un camarade déjà un peu vieux, d'une sorte de frère aîné qui venait décrire à de jeunes amis les épreuves qu'il avait subies, énumérer les illusions qu'il avait perdues et en tirer quelques conseils pratiques en guise de moralité, comme aiment à le faire les gens dont les cheveux se font rares et dont la barbe commence à blanchir.



Sans remonter au déluge, nous avons indiqué les avantages et les inconvénients de la corporation médicale parisienne de l'ancien régime, de la vieille Faculté, qui, bien différente de la Faculté actuelle, comprenait tous les médecins praticiens et savait les défendre, peut-être même avec un peu trop d'âpreté. Nous rappelâmes ses luttes contre les médecins de la cour, qui échappaient, en rentrant au Jardin du Roy, notre actuel Muséum d'histoire naturelle, aux formalités et aux obligations corporatives. Nous avons esquissé le désarroi qui suivit la suppression des corporations en 1792, le développement inouï du charlatanisme pendant les dix ans de liberté absolue de l'exercice de la médecine, les abus excessifs qui nécessitèrent la promulgation de la loi du 19 ventôse an XI qui devait pendant près d'un siècle régir la profession médicale. Puis, nous avons un peu plus insisté sur la sorte d'anarchie morale qui régna pendant trois quarts de siècle sur les praticiens avec le régime de la loi de ventôse, l'isolement des médecins, leur incapacité de se protéger mutuellement et de se défendre ; nous avons rappelé la tentative avortée du grand Congrès de 1845, le premier Congrès des Praticiens, les fondations de nos grandes Associations mutualistes avec Orfila, Rayer et Amédée Latour. Enfin nous avons raconté comment, tout à coup, il y a trente-trois ans, survint le réveil de notre conscience professionnelle au son de la cloche de baptême du *Concours médical*, les échanges d'idées fécondes dans ses propres colonnes, la naissance plus que modeste des Syndicats médicaux et leur développement que l'état social rendait de plus en plus nécessaire.

Malgré cette organisation de défense, la situation professionnelle du médecin devient de plus en plus précaire, avons-nous dit à nos camarades les étudiants, en regrettant de détruire, peut-être chez beaucoup, bien des illusions. Le tableau est sombre, bien sombre, pour celui qui pense, avec son seul diplôme, se créer une position et arriver à gagner sa vie.

A Paris et dans les grandes villes, le savoir cède souvent le pas au savoir-faire ; le jeune médecin sans fortune est, le jour même de son établissement, en butte aux propositions dégradantes des pharmaciens qui veulent transformer en cabinet doctoral leur arrière-boutique, des mutualités vraies ou fausses, qui ne craignent pas de baser la réalisation de leurs beaux principes de solidarité sur l'exploitation de la misère médicale.

Les rares clients qui viennent trouver le jeune docteur lui sont à chaque instant détournés par les cliniques gratuites, les dispensaires de prétendues œuvres philanthropiques et par les établissements de l'Assistance Publique. Cette vieille Bonne Mère des Pauvres, dont la vue est devenue si courte qu'elle ne reconnaît plus les indigents, ses enfants, accueille, très hospitalière, les bourgeois aisés et les rentiers riches à une table où les places sont, hélas ! très limitées.

Dans les régions industrielles, le médecin devient de jour en jour le plus misérable des salariés.

Il y a d'abord celui qui, parqué dans les corons, avec les ouvriers, vit au milieu d'eux, remplissant les fonctions de bas officier de la police patronale, comme cela arrive dans quelques régions où la grande industrie a rétabli en fait la Féodalité et le servage. En général, le praticien doit, pour vivre, se plier à toutes les volontés des directeurs d'usine ou de certains groupements ouvriers, devenir l'agent ou plutôt le complice de certaines Sociétés d'assurances, faire capituler sa conscience devant les exigences de tous ceux qui lui fournissent un pain à la fois bien dur et bien léger.

Reste la saine campagne, la campagne des régions agricoles. Hélas ! la lettre d'un Confrère de l'Ouest que nous venons de recevoir et qui a voulu rester indépendant, nous fait de la vie du médecin de campagne du XX[e] siècle un tableau qui n'est guère séduisant :

« C'est la lutte constante, nous écrit-il, contre l'hostilité sourde mais efficace de tous les gros bonnets, qui disposent souverainement de l'esprit des paysans et font ou défont à leur gré une clientèle. Pour réussir, il faut absolument être d'un clan, ou clérical ou républicain, faire de la politique, c'est-à-dire s'occuper des élections, boire des bolées dans l'auberge attitrée du parti, et figurer dans toutes les réunions où se retrouvent les « têtes ».

« Grâce à cela, l'un a pour lui toute l'influence des prêtres, l'autre jouit de toutes les faveurs administratives et de l'appui des partisans du gouvernement. Faute de quoi, on gagne très péniblement et très misérablement sa vie. Et quelle existence ! Pas un individu à qui causer, car on ne se réunit qu'à l'auberge où la moitié des gens s'enivrent et s'injurient. Ce sont ces gens-là qui disposent de tout. Quant aux confrères, dans chaque canton, ils sont deux, l'un prend l'étiquette cléricale, l'autre républicaine, et il n'y a pas de crasses qu'ils ne se fassent, pas de trucs qu'ils n'emploient pour se soulever un client ou accaparer quelque prébende. Parfois riches eux-mêmes et propriétaires terriens, ils ont chacun un fief, et si vous allez, comme moi, vous installer au voisinage, vous bouleversez leurs habitudes, leurs combinaisons et provoquez leurs inimitiés sournoises, car en présence d'une

constante et parfaite correction, ils sont tenus en apparence à de bonnes relations. Ils vont un peu partout et surtout chez vos malades dire que vous ne resterez pas dans le pays, que vous êtes un incapable, etc., etc. Et le paysan croit tout, sauf ce qu'il voit de ses propres yeux.

« Et puis, quels clients ! Quelle médecine ! On voit une seule fois une fièvre typhoïde et l'on vient vous demander des médicaments pour soigner de loin une fièvre puerpérale, car on ne veut pas payer une visite pour si peu. »

Le médecin de campagne et le médecin de ville n'ont, hélas ! rien à s'envier.

Jadis, les Patriciens de Rome distribuaient tous les matins la sportule aux clients qui venaient leur tendre la main. Juvénal décrit la foule de ces pauvres diables d'intellectuels qui, dès le matin, s'attroupaient sous le soleil brûlant ou grelottaient sous la pluie, à la porte des palais pour être les premiers à saluer les maîtres dédaigneux et à recevoir leur méprisante aumône. Et Juvénal lui-même, ce terrible contempteur de la corruption romaine, maudit cependant l'empereur dont le devoir serait, à son avis, de donner à tous la sportule qui diminuait : *panem et circenses*.

Dans notre monde médical, ces mœurs romaines se sont perpétuées ; on flétrit la sportule, mais on tend aussi la main pour l'obtenir. Et comme elle se fait tous les jours plus rare, on la réclame, non pas à l'Empereur qui n'existe plus, mais à l'Etat qu'il personnifiait et qui lui subsiste. Que la sportule provienne d'une organisation privée et porte le nom de salaire, ou qu'elle soit le traitement du fonctionnariat des administrations de l'Etat, elle est pour nous également funeste : elle supprime notre indépendance et asservit notre conscience. Aussi, avons-nous dit en concluant à nos camarades, les Étudiants de la Corporative : notre devoir est de nous associer, de nous syndiquer pour nous affranchir ou tout ou moins pour nous défendre.

J. NOIR.

Au sujet du Dispensaire de la Société de Secours aux blessés militaires de Compiègne.

M. le Docteur Théry, de Compiègne, nous a adressé la lettre suivante :

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

On me communique le numéro du *Concours Médical* du 15 janvier dans lequel est inséré un article « Les Sociétés de secours aux blessés militaires et les médecins praticiens. Le Dispensaire de Compiègne ».

Cet article est un long réquisitoire contre cet établissement. Chargé de sa direction, je vous prie de vouloir bien insérer cette lettre rectificative dans le prochain numéro du *Concours Médical.*

Je n'ai pas à discuter les questions d'ordre administratif ou financier que le Comité de Compiègne a cru utile de solutionner. L'examen de la gestion de la Société ne relève que du Comité central, qui a non seulement approuvé les décisions du Comité de Compiègne, mais l'a financièrement aidé.

Les griefs d'ordre professionnel adressés au Dispensaire de Compiègne peuvent se résumer comme suit :

1° Le Dispensaire accepte sans contrôle des malades de toutes les catégories, pauvres, ouvriers, gens aisés ;

2° Il accapare tous les accidentés, parce que les Compagnies d'assurances y font soigner gratuitement leurs blessés.

Dès la création du Dispensaire, j'ai fait placarder dans le vestibule une affiche faite de gros caractères, spécifiant que les consultations et les pansements étaient exclusivement réservés aux ouvriers et aux indigents. Je puis affirmer que cet avis a été suivi. J'exerce et je fais exercer un contrôle sérieux sur les malades qui se présentent. Quand par hasard l'un d'eux est en mesure de payer son médecin, je l'invite à ne pas revenir. Je ne puis cependant le mettre brutalement à la porte, le menaçant de poursuites judiciaires ! Je ne puis également demander aux très rares malades dont j'ignore la situation sociale un certificat d'indigence !

Ce que je puis affirmer, c'est que s'il passe à travers les mailles du filet quelques malades aisés, ils sont bien rares et ne fréquentent pas plusieurs fois la consultation.

En outre, répondant à des plaintes qui m'ont été *indirectement* adressées, j'ai fait offrir à mes confrères de prendre communication des fiches et des registres de consultation de médecine et de chirurgie, et de me signaler les abus.

Et puis, que vaut le grief de soigner gratuitement les ouvriers ? Sans faire de sentimentalité, peut-on admettre qu'un ouvrier qui gagne 4 francs par jour (salaire moyen de Compiègne), tout en faisant des prodiges d'économie, puisse avec ce salaire élever une famille, la nourrir, la loger et payer le médecin ? J'omets à dessein les frais pharmaceutiques, parce le Dispensaire ne fournit aucun médicament.

J'avoue qu'assez fréquemment les blessés, victimes d'accidents du travail, sont soignés au Dispensaire. Mais affirmer que tous les accidentés y viennent est exagéré. J'ai demandé aux agents des deux Compagnies d'assurances dont les portefeuilles sont les plus importants les relevés de leurs sinistres. Ils ont eu, à Compiègne, en 1910, 75 sinistres, 35 ont été soignés par les 3 médecins du Dispensaire, les 40 autres l'ont été par nos confrères.

Mais j'ajoute bien vite que les soins donnés aux victimes ne sont point gratuits.

Tout d'abord, les Compagnies doivent fournir, les prenant chez les pharmaciens de la ville, les objets de pansement. Les ouvriers affiliés à des

Sociétés de secours mutuels font la même démarche.

Les sinistrés se présentent ensuite à nos consultations particulières, retirent leurs certificats et viennent nous demander de surveiller leur traitement. En fin d'année, nous envoyons aux Compagnies d'assurances nos notes d'honoraires, au tarif de l'abonnement, qui est celui adopté par presque tous les médecins de Compagnie.

De la sorte, les Compagnies d'assurances n'ont qu'un seul avantage, qu'elles partagent du reste avec le blessé, c'est de voir celui-ci admirablement soigné, et guéri plus vite que s'il se pansait lui-même.

Que voilà étrangement réduit le préjudice minimum de 25 à 30.000 fr. causé annuellement aux médecins de la région !

Cette appréciation est encore fausse parce qu'elle est basée sur le chiffre de pansements faits au Dispensaire.

Vous n'ignorez pas que tous les dispensaires ont leurs clients habituels, véritables figurants qui viennent chaque jour se faire panser, se faire examiner, ce sont les malades atteints d'ulcères de jambes, de néoplasmes, d'adénites suppurées, ce sont les tuberculeux, les cachectiques, bref, toute une catégorie de malheureux à qui on dispense, outre le traitement et la consultation, une parole réconfortante qui les aide à supporter leurs misères, et des soins qui leur donnent encore des illusions ! et ils sont légion.

Je laisse à mon confrère chargé du service de laryngologie le soin de vous dire quelles nombreuses démarches il a dû faire pour installer une consultation ; mais j'ajoute que je me suis formellement opposé à la venue d'un ophtalmologiste, parce qu'une consultation de maladies d'yeux avait lieu à l'hôpital.

Telles sont, Monsieur le Directeur, les rectifications que je vous prie de recevoir, et veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Compiègne, le 6 février 1911.

Dr Théry.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le professeur Pierre Delbet.

Fractures du col du fémur.

Je vous ai parlé déjà, dernièrement, des fractures du col du fémur. Les hasards de la clinique ayant fait entrer hier dans le service un malade atteint de cette affection, je vais vous en causer aujourd'hui à nouveau. Nous allons étudier ce malade, nous essayerons de déterminer la variété de fracture en présence de laquelle nous sommes, et je vous dirai quelques mots, enfin, du traitement à appliquer chez lui.

Cet homme est âgé de 33 ans. L'âge est ici un facteur intéressant. La règle classique veut que les fractures intra-articulaires du col fémoral se voient seulement chez les gens âgés et les fractures extra-articulaires chez les sujets jeunes. Eh bien ! cette règle est absolument fausse. En fait, on observe tout le contraire. Généralement, les fractures extra-articulaires sont l'apanage des vieillards, et les fractures intra-articulaires se rencontrent chez les sujets jeunes. Donc, l'âge de notre malade fait présumer plutôt une fracture intra-articulaire, soit une décapitation de la tête fémorale, soit une fracture transcervicale.

Voyez l'attitude du membre. Il est en rotation externe complète, la rotation n'étant arrêtée que par le plan sur lequel repose le membre. Recherchons si le blessé peut corriger cette attitude. Lorsqu'on voyait un malade capable de corriger la rotation externe du membre traumatisé, on en concluait qu'il n'avait pas de fracture. Ce fut là une cause d'erreurs fréquentes. Notre malade, qui est au 3e jour de son accident, est parfaitement capable de corriger son attitude vicieuse. Si, partant de là, nous disions qu'il n'a pas de fracture du col, mais une contusion de la hanche, nous ferions une conclusion erronée.

La mesure du raccourcissement du membre ne donne pas de résultat bien important pour préciser le siège de la fracture. Le raccourcissement, dans la fracture du col fémoral, se produit dans les conditions suivantes. Le segment interne se place en abduction forcée. Le col, au lieu d'être oblique en bas, devient horizontal, voire oblique en haut. Le fémur restant parallèle à celui du côté opposé, il résulte de ce fait une première cause de raccourcissement. En outre, il peut y avoir un certain degré de chevauchement ou d'engrènement. Quand la fracture est intra-articulaire, le chevauchement n'est pas très considérable, la capsule articulaire étant étroite et arrêtant ce chevauchement. Il peut être plus développé dans la fracture extra-articulaire. Un raccourcissement important fera donc penser à une fracture extra-articulaire, cervico-trochantérienne. En fait, la jambe malade se plaçant en légère flexion, les mesures ne sont pas toujours comparables. Pour faire une mensuration précise, il faut corriger l'attitude de la jambe. Ici, on note un raccourcissement de 2 centim. 1/2. C'est ce que l'on trouve dans la moyenne des cas. On ne

saurait tirer de là aucune conclusion bien nette quant au siège de la fracture.

Voyons les autres symptômes.

Examinons le triangle de Scarpa où les fragments osseux peuvent faire une saillie variable comme siège et comme intensité. Chez notre malade, nous n'apercevons pas grand'chose à l'œil nu. Recherchons s'il y a en dehors de l'artère fémorale,une masse résistante perceptible à la palpation et douloureuse à la pression. La contracture musculaire, assez accusée chez cet homme, rend notre examen délicat.

Comparant les deux côtés, nous ne saurions dire s'il y a ou non une différence manifeste. Bien entendu, la saillie ne s'observe que si la rotation persiste ; elle disparaît lorsqu'on corrige l'attitude vicieuse. Le manque de forte saillie est en faveur de la fracture trans-cervicale. Lorsque le segment de col attenant au grand trochanter est court, il ne détermine qu'un soulèvement faible dans le triangle de Scarpa. Nous trouvons, en outre, une douleur à la pression assez en dehors ; elle serait plus interne dans la fracture par décapitation et indique plutôt une fracture trans-cervicale.

Nous sommes ainsi amenés à penser à une fracture trans-cervicale du col du fémur. Les autres symptômes viennent également à l'appui de ce diagnostic. Je vous ai dit que dans la fracture cervico-trochantérienne, il y a pénétration des fragments. Quand on cherche à corriger l'attitude vicieuse, la rotation, on désengrène les fragments et on provoque des douleurs assez violentes. De telles douleurs plaident pour la fracture extra-articulaire, cervico-trochantérienne. Dans les fractures trans-cervicales, la correction n'est pas douloureuse. Or, pendant la correction de l'attitude vicieuse, notre malade, vous l'avez constaté, n'a accusé aucune douleur, aucune sensation pénible.

Nous allons rechercher un dernier symptôme dont je vous ai parlé dans une précédente leçon. Les muscles étant relâchés, si vous exercez des tractions sur le membre, vous abaissez le fragment externe. Lorsque vous cessez les tractions, la tonicité musculaire reproduit le raccourcissement, et pendant le mouvement d'ascension qui en résulte, il se produit un frottement d'un fragment sur l'autre. On sent un ressaut très appréciable. Ce signe se rencontre dans les fractures cervico-trochantériennes. Chez notre malade, la contraction musculaire nous empêche la recherche de ce phénomène.

Le diagnostic auquel nous sommes conduits est donc celui de fracture trans-cervicale du col du fémur. La radiographie a, d'ailleurs, confirmé notre diagnostic.

Il s'agit maintenant de savoir quel traitement nous aurons à appliquer. Vous savez que les fractures du col du fémur sont parmi celles qui se consolident le plus mal. Elles se consolident si mal même que beaucoup de chirurgiens sont arrivés à abandonner tout traitement. Si le malade est âgé, on se préoccupe avant tout de l'état général. Pour éviter les accidents de décubitus, graves chez les vieillards, on fait lever les patients dès que les douleurs sont disparues. Vous savez, en effet, que, pour les sujets d'âge avancé, la fracture du col fémoral est une façon de commencer à mourir.

Certains chirurgiens appliquent des appareils à extension continue. On a vu ainsi, dans quelques cas, des consolidations plus ou moins parfaites. D'autres fois, la consolidation n'est pas obtenue ou est incomplète. De telle sorte que le pronostic n'est pas seulement un pronostic grave au point de vue de la vie, puisque chez les vieillards le séjour au lit entraîne de la congestion pulmonaire qui peut être mortelle, c'est aussi un pronostic sérieux pour la fonction.

Dans les fractures cervico-trochantériennes accompagnées d'engrènement, on arrive plus facilement à une consolidation. Elle se produit d'autant mieux que l'on fait moins de tentatives de réduction. On peut avoir alors une consolidation, quelquefois assez solide, avec rotation externe et raccourcissement du membre. Les fractures intra-articulaires du col, par contre, se consolident ordinairement mal ou pas du tout. C'est là une règle qui s'applique, d'ailleurs, à toutes les fractures intra-articulaires, en général. On a soutenu, d'autre part, que dans les fractures par décapitation de la tête du fémur, le fragment interne n'avait pas une vitalité suffisante pour se consolider et qu'il était, de plus, condamné à la nécrose. On a proposé, en conséquence, son ablation. On a observé, c'est vrai, du sphacèle de la tête, mais dans des conditions spéciales. Ainsi, Lambotte traite ces fractures par l'enchevillement après arthrotomie. Ouvrant l'articulation, il fait courir des risques au malade et je suis convaincu que le sphacèle de la tête ainsi observé est dû à ce que l'articulation a été ouverte. Pour ma part, je n'ai jamais vu ce sphacèle. Nous savons que des vaisseaux arrivent à la tête par le ligament rond. Lorsqu'il y a fracture trans-cervicale, le fragment interne ne reçoit pas non plus d'autres vaisseaux que ceux du ligament rond. La nutrition doit être alors plutôt moins bonne puisqu'il y a plus de tissu osseux à nourrir. Si elle était insuffisante pour la tête décapitée, elle le serait plus encore pour le fragment interne dans la fracture trans-cervicale. Or, dans ce dernier cas, on n'observe pas de nécrose. Il est important d'être fixé sur ce point puisqu'on a proposé l'ablation de la tête, méthode dont je ne suis pas partisan.

Ce que je viens de dire sur la rareté de la consolidation de ces fractures nous porte à chercher un

autre procédé de traitement. Ce procédé, c'est l'enchevillement. Il permet de fixer l'un à l'autre les deux fragments. Lambotte le fait après arthrotomie, ce qui n'est pas sans inconvénient. Aussi, je me suis appliqué à trouver une technique qui permette l'enchevillement sans arthrotomie.

Je suis ennemi des méthodes qui consistent à traiter toutes les fractures à ciel ouvert. Lambotte se sert, dans son traitement des fractures en général, de plaques de métal percées de trous au travers desquels il introduit des vis qu'on enfonce dans l'os lui-même après avoir coapté convenablement les deux fragments.

Le résultat est une coaptation étroite et apparemment solide. Je suis opposé à cette méthode générale de traitement des fractures pour deux raisons. J'ai observé que si l'on ouvre le foyer d'une fracture, si l'on pratique une juxtaposition même excellente, même d'asepsie parfaite, la consolidation ne se fait jamais dans les mêmes conditions que si la fracture reste fermée. La deuxième objection, c'est que, quoi qu'on fasse, on ne peut pas, par des agrafes, par des plaques, obtenir une bonne contention pendant toute la durée de la consolidation. Voici, par exemple, un fait dont j'ai été témoin. Un individu, atteint de fracture du tibia, est traité par les plaques de Lambotte. L'asepsie reste parfaite puisque les plaques ne sont pas éliminées. Eh bien, au dix-septième jour, quand on enlève l'appareil plâtré pour le remplacer par un autre appareil, on constate de la mobilité des fragments aussi considérable qu'au début. Autour des vis, il se produit de l'ostéite raréfiante ; il se forme des trous, et plus rien n'est fixé. Voilà pourquoi je ne suis pas partisan de cette méthode, d'autant qu'une coaptation parfaite n'est pas du tout utile. Il n'est pas nécessaire d'avoir des fragments rigoureusement bout à bout. Ce n'est pas seulement l'os qui joue un rôle. L'état des muscles, des tendons, des articulations, joue peut-être un rôle plus grand. Si vous laissez les muscles s'atrophier, les tendons contracter des adhérences avec leurs gaines, les articulations se raidir, le résultat sera toujours mauvais. Dans une fracture, pour obtenir de bons résultats, il faut s'occuper des muscles, des tendons et des articulations.

Il est cependant des fractures où la question du traitement à ciel ouvert se pose. Ce sont celles où la consolidation ne se fait pas ordinairement : les fractures de l'olécrane, de la rotule, du col du fémur rentrent dans ce groupe. Ici, il s'agit d'obtenir avant tout une consolidation.

Je me suis appliqué, vous disai-je, à faire l'enchevillement sans arthrotomie, à introduire à la partie externe une grande vis allant jusque dans la tête fémorale. La fracture reste, dans ces conditions, fermée. On introduit une vis qui pénètre au-dessous du grand trochanter, à un centimètre au-dessous et on la dirige de manière à ce qu'elle passe au travers du col pour aller dans la tête. On fraye le chemin à la vis avec un perforateur. Cette opération n'est pas aussi facile qu'elle le paraît au premier abord. Il faut se rendre compte de l'obliquité du fémur, de l'angle formé par le col et le corps, angle variable, parfois droit, parfois très ouvert au contraire. Pour triompher de ces difficultés, j'ai fait construire un petit appareil, lequel, combiné avec la connaissance de la situation du centre de la tête fémorale, permet de guider la vis. Le centre de la tête fémorale (ou de la cavité cotyloïde) se trouve en un point situé à un centim. 1/2 environ, au-dessous de l'arcade de Fallope, sur une ligne suivant l'artère fémorale.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'appendicectomie à froid

Dans un article de la *Gaz. méd. de Nantes*, M. le Dr L. Sourdille relate un certain nombre d'observations d'appendicites opérées à froid, qui fournirent de fort mauvais résultats, alors que des appendicectomies précoces faites à chaud sauvèrent incontestablement la vie des malades.

« Aussi, dit-il, l'intervention s'impose parce que l'on n'est pas maître médicalement de l'évolution de l'appendicite, parce que surtout les manifestations cliniques de cette affection sont particulièrement insidieuses et que, sous la vessie de glace la mieux appliquée, le sphacèle de l'appendice peut se produire ou s'achever sans nous en aviser le moins du monde et qu'enfin ce sphacèle est une cause trop fréquente de mort (même après laparotomie faite à temps), soit par suppuration, soit par intoxication aiguë de l'organisme. »

Voici les conclusions de M. Sourdille :

« 1° Si le médecin est appelé au début ou pendant une crise :

a) Etant donnée l'énorme fréquence des appendicites graves par rapport au nombre des appendicites bénignes, le traitement chirurgical d'urgence doit être réclamé d'emblée par le médecin vis-à-vis du malade et de son entourage, quel que soit le temps écoulé depuis le début.

« *b*) Ce n'est qu'en cas de refus formel de la part du malade et de l'entourage qu'on sera autorisé à instituer le traitement médical classique.

« *c*) Si le signe de Delbet apparaît, c'est-à-dire si la douleur, d'abord soulagée, augmente de nouveau dans la région de l'appendice, malgré la continuation sans interruption du traitement médical (la glace en particulier), le médecin devra décliner toute responsabilité vis-à-vis du malade et insister plus que jamais sur la grandeur du danger.

« Ceci, *a fortiori*, si la douleur et les autres

symptômes, loin de diminuer, n'ont fait qu'empirer malgré ce traitement.

« *d*) En cas d'abcès appendiculaire ou de péritonite généralisée, le danger croît de minute en minute.

« 2° Dans les seuls cas où le médecin sera appelé quand la crise appendiculaire est complètement passée, il pourra conseiller l'opération éloignée.

« L'APPENDICITE, TOUT COMME UNE HERNIE ÉTRANGLÉE, DOIT ÊTRE OPÉRÉE DÈS LA PREMIÈRE HEURE. En un mot, l'appendicectomie à froid systématique a vécu. »

Nous croyons pour notre part que beaucoup de médecins prudents seront encore longtemps hostiles à une telle audace, et ils n'auront peut-être pas tort.

Traitement chirurgical des plaies contuses

Le *Journal de Lucas-Championnière* donne le résumé d'un article du Dr LAPASSET, de Rennes, sur le traitement chirurgical des plaies contuses qui mérite de fixer un instant notre attention.

« 1° *Soins immédiats.* Le seul traitement qui puisse avoir quelque efficacité au début, en attendant le transport à l'hôpital, consiste dans l'imprégnation de la perte de substance et de ses abords avec la teinture d'iode, sa protection par un pansement aseptique sec et absorbant, et l'immobilisation du membre. Pas de lavages, pas de pansements humides, même antiseptiques, pas d'imperméables. Mais il faut employer de la teinture d'iode fraîche, de 6 jours au plus.

« 2° *Injection préventive de sérum anti-tétanique.* Tous les blessés ayant reçu des plaies contuses sont injectés de sérum antitétanique, et cette injection est renouvelée 8 jours après.

« 3° *Excision des parties molles contuses.* Le plus tôt possible après l'accident, on devra exciser les bords contus de la plaie couche par couche de façon à ne conserver que des tissus sains. Avant toute opération, il faut faire avec grand soin la toilette de la région ; on se sert d'alcoolé de savon pour le rasage, puis de tampons imbibés d'eau oxygénée, d'alcool à 95° et d'éther pour décaper la peau par frictions.

« La plaie est de nouveau imprégnée de teinture d'iode qui a l'avantage de colorer les lambeaux de tissus déchiquetés et privés de vitalité assez énergiquement pour qu'on puisse les distinguer des parties saines et vivantes.

« Les incisions au bistouri doivent suivre les contours généraux de la plaie, en peau saine, mais économiquement, et se réunir obliquement aux deux extrémités de manière à débrider la blessure dans tous les sens et à obtenir une plaie fusiforme à bords bien nets et faciles à rapprocher.

« On excise ensuite soit au bistouri, soit aux ciseaux, le tissu cellulaire et les lambeaux fibro-périostiques déchiquetés, qui ne présenteraient qu'une vitalité ou une asepsie douteuses.

« Cette opération peut se faire sans anesthésie, car elle est facilement supportée par la plupart des patients. Au besoin, on peut comprimer le membre par une bande élastique serrée au-dessus de la blessure ou l'anesthésier directement, par l'application préalable d'un tampon imbibé de solution de cocaïne à 1/20.

« 4° *Suture.* — Si la blessure n'a pas dépassé le périoste, on peut simplement réunir la plaie avec quelques crins, ou mieux encore au moyen d'une suture enchevillée avec des épingles à insectes, en maillechort argenté, distantes d'environ 10 à 12 millimètres, autour desquelles est entortillé en double lacet un crin de Florence. Les épingles ont dans ce cas particulier de grands avantages sur la suture.

« Ces épingles sont enlevées du sixième au septième jour ; la cicatrice cutanée est alors suffisamment solide. On se contente de passer un peu de teinture d'iode sur la ligne de cicatrice et sur les piqûres d'épingles et de replacer un pansement protecteur pendant une semaine.

« 5° *Pansement.* — Le pansement comprend simplement la protection de la plaie par des compresses de gaze stérilisée absorbante, recouvertes de coton hydrophile et d'une bande modérément serrée. Avec la suture enchevillée, on glisse de chaque côté, sous les extrémités des épingles, une bande de gaze destinée à protéger la surface cutanée et à éviter le déplacement du pansement et le tiraillement des épingles.

« Il importe surtout de s'abstenir de pansements humides au sublimé, ou de pansements secs à l'iodoforme, qui souvent provoquent des érythèmes douloureux et nuisibles à la cicatrisation rapide.

« 6° *Traitement des fractures exposées.* — Si le traumatisme atteint le périoste et l'os, il est nécessaire de bien désinfecter les fistules osseuses ou les surfaces fragmentaires. Un jet de sérum artificiel chaud et oxygéné peut être utile pour entraîner les corps étrangers septiques ou les caillots sanguins ; mais ici encore, le badigeonnage à la teinture d'iode et le tamponnement à l'eau oxygénée assurent l'antisepsie d'une manière parfaite, surtout dans les fissures osseuses ou les traits de fracture sans déplacement, dans lesquels pénètre très facilement la teinture d'iode.

« L'os dénudé ou fracturé est alors recouvert avec soin par le périoste ou, à défaut, par des lambeaux de tissu cellulo-fibreux suturés au catgut fin.

« 7° *Drainage.* — Le drainage a paru rarement nécessaire. Pourtant, dans les cas de décollements étendus, de déchirures profondes, d'hémorrhagie abondante, un drain de sûreté à la partie déclive de la plaie donne une certaine sécurité. Après quarante-huit heures, on peut d'ailleurs l'enlever.

« On a, dans certains cas, utilisé l'action d'une ventouse sèche pour décongestionner et assécher les tissus infiltrés au voisinage des plaies. Mais l'application de ventouses, même de petit calibre, sur la région tibiale antérieure est rarement facile.

« 8° *Traitement des fractures articulaires.* —



Dans les cas de fracture articulaire, la conduite pourra varier selon les articulations atteintes. Pour le genou, on a obtenu un résultat parfait en combinant la désinfection, l'excision et la réunion primitive et totale de la plaie contuse et de la rotule avec arthrotomie d'emblée et drainage articulaire. »

Erratum. — Dans le numéro du 5 février dernier, une erreur typographique nous a fait dire, à propos du traitement des gangrènes par l'air chaud, qu'il était nécessaire d'employer de l'air entre 50° et 80°. M. le Dr Sigwalt nous prie de faire remarquer que c'est de l'air à 500° et 800° qu'il faut employer.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sténose de l'œsophage. — Dissociation de la sécrétion biliaire. — L'ascendance des paralytiques généraux. — Mal perforant guéri par la haute fréquence. — Ménorrhagie rebelle guérie par la radiothérapie. — Pseudo-section tendineuse.

M. Chauffard présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un mémoire de M. Guisez concernant une forme peu connue de sténose de l'œsophage : la *sténose inflammatoire ou cicatricielle spontanée.*

En dehors des sténoses consécutives aux traumatismes ou plaies, aux brûlures, aux ulcères cicatrisés, ou même aux contractures spasmodiques anciennes, il existe, dit M. Guisez, des rétrécissements œsophagiens serrés qui apparaissent et évoluent d'une manière absolument spontanée, sans l'intervention appréciable de toute cause ulcéreuse ou traumatique.

Cette variété de sténose œsophagienne n'est pas très rare. Elle détermine une dysphagie progressive, intermittente d'abord, tendant ensuite à devenir continue et assez marquée pour ne permettre bientôt plus qu'une alimentation liquide. La dysphagie s'accompagne de troubles variables, de sensations d'étouffement ou de gonflement cervical, de douleurs au creux épigastrique. Puis, apparaissent des vomiturations, des régurgitations de pituites glaireuses. La sténose occupe toujours une des extrémités de l'œsophage.

D'après M. Guisez, qui a étudié cette affection avec l'œsophagoscope, la filiation des accidents serait la suivante : au début, spasme simple ; dans un second temps, rétro-dilatation de l'œsophage et poussées d'œsophagite ; enfin, comme aboutissant, sténose véritablement cicatricielle.

— MM. Lemière et Brulé communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *dissociation de la sécrétion biliaire au cours de certaines affections hépatiques.*

Deux éléments tiennent une place prépondérante dans la constitution de la bile : les pigments et les sels. Les premiers ne sont qu'un simple déchet excrémentitiel, les seconds jouent un rôle dans la digestion et leur présence est nécessaire dans l'intestin pour l'absorption des graisses. Le syndrome ictère n'implique pas forcément la présence dans la circulation de ces deux éléments. On sait, en particulier, que dans les ictères hémolytiques, le foie étant indemne et l'ictère résultant d'une destruction exagérée des hématies, l'organisme est seulement imprégné de pigments, les sels biliaires ne passant pas dans le sang. Eh bien, ce fait ne serait pas exclusif aux ictères hémolytiques, et MM. Lemière et Brûlé ont pu reconnaître, au cours de certaines affections hépatiques avec ictère, cette dissociation de la sécrétion biliaire.

Les auteurs ont examiné systématiquement à l'ultra-microscope le sang de sujets ictériques. L'ultra-microscope a permis de découvrir dans le sang, à côté des cellules visibles au microscope ordinaire, d'autres éléments plus petits, plus rares, connus en Allemagne sous le nom d'« hémoconies ». Point intéressant : ces hémoconies sont liées intimement à la quantité de graisse contenue dans le plasma sanguin. La résorption des graisses au moment de la digestion intestinale se traduit par l'apparition, dans le plasma, de ces granulations faciles à déceler sur le champ noir de l'ultra-microscope. Dans ces conditions, lorsque la sécrétion des sels biliaires disparaît, les hémoconies disparaissent. La recherche des hémoconies, après ingestion alimentaire de graisse, permet dès lors d'apprécier l'état de la sécrétion des sels biliaires.

MM. Lemière et Brûlé sont arrivés, grâce à cette épreuve, à admettre la possibilité d'une dissociation de la sécrétion biliaire au cours de certaines lésions du foie, et à reconnaître l'existence d'ictères d'origine hépatique dus, comme les ictères hémolytiques, à l'imprégnation de l'économie par les seuls pigments, tandis que les sels biliaires continuent à être normalement sécrétés.

— MM. Marie (de Villejuif) et Beaussart exposent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur l'*ascendance des paralytiques généraux.*

Sur 142 malades, chez lesquels les antécédents héréditaires ont pu être précisés, l'ascendance a été la suivante :

Artério-sclérose	59 cas.
Vésanie	34 cas.
Alcoolisme	40 cas.
Hérédité similaire	18 cas.

On peut ainsi, de par ces antécédents spéciaux, s'expliquer la détermination cérébro-spinale de certaines para-syphilis.

— M. Oudin apporte à la *Société française d'Electrothérapie et de radiologie* une observation de *mal perforant plantaire guéri par la haute fréquence.* La lésion datait de 4 ans et siégeait au talon. La marche était rendue à peu près impossible par un gros bourgeon extrêmement douloureux. Différents traitements médicaux et chirurgicaux ayant été appliqués sans résultat,

on finit par faire le diagnostic d'épithélioma et le malade fut envoyé pour être soumis à la radiothérapie. M. Oudin fit une cautérisation par l'étincelle de haute fréquence qui amena la disparition momentanée du bourgeon. Un mois après, il y avait début de récidive, et on distinguait une fistule très profonde n'arrivant pourtant pas jusqu'à l'os. On soumit cette fistule à la haute fréquence pendant 5 minutes : la cicatrisation se produisit et se maintient depuis trois mois.

— M. HARET rapporte à la *Société française d'Electrothérapie* un cas de *ménorrhagie rebelle rapidement guérie par la radiothérapie.* Il s'agit d'une femme de 45 ans. Huit séances sur chaque ovaire, de 4H. chacune, avec filtration, amenèrent, en deux mois, la disparition des hémorrhagies et une diminution du volume de l'utérus. L'auteur a eu soin de localiser exclusivement les irradiations aux régions ovariennes.

M. LACAILLE confirme les bons résultats obtenus par la radiothérapie, mais il conseille d'irradier sur l'ovaire et sur l'utérus.

M. HÉLOT cite une femme de 22 ans qui, à la troisième séance, vit ses règles devenir normales et non douloureuses.

M. OUDIN rappelle qu'il a montré que l'application du radium dans l'utérus arrêtait l'hémorrhagie.

M. LAQUERRIÈRE estime, comme M. Lacaille, qu'il est utile d'irradier l'utérus en même temps que les ovaires.

— M. LAQUERRIÈRE relate à la *Société française d'Electrothérapie* une observation de *pseudo-section tendineuse*, suite d'accident du travail, où l'électro-diagnostic montra l'intégrité du tendon et où un traitement électrique consistant en exercices musculaires électriquement provoqués, amena rapidement la guérison. Il insiste sur l'utilité qu'il y aurait à examiner électriquement d'une façon systématique les sections tendineuses, car, dans sa seule pratique, il a eu l'occasion, plusieurs fois, de réformer ainsi un diagnostic clinique. P. L.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

III. Prélèvements très simples chez l'homme. Technique (Produits à prélever).

Avant de passer à la technique des prélèvements les plus simples chez l'homme, il y a lieu de définir ce qu'on entend par « fixer », du sang, de la pulpe d'organes, du pus, sur une lame. Cette définition sera donnée une fois pour toutes, Fixer les produits, c'est les rendre inaltérables, au cours des opérations consécutives qui auront lieu au laboratoire. Dans les cas qui nous occupent ici, les grands fixateurs sont l'alcool absolu (sang, par exemple), ou la chaleur (pus, par exemple).

Nous commencerons l'étude des prélèvements par ceux à pratiquer dans les cas de tétanos, morve, tuberculose, actinomycose, favus et teignes.

Tétanos. — Produits à prélever : pus dans les plaies, produits de raclage des plaies. Choisir les plaies où il y a le moins de pus, racler la surface de celles où il n'y a pas de pus. Si la nature de la plaie le permet, prélever en appliquant directement et légèrement une des faces de la lame sur le pus ; sinon, prélever avec un instrument quelconque, de préférence une spatule très mince (en platine, serait l'idéal), bien flambée et faire un frottis sur la lame ; faire beaucoup de lames (une douzaine au moins), car le bacille tétanique n'est pas toujours facile à trouver au niveau des plaies, sous le microscope.

Le bacille tétanique possédant des formes de résistance, on peut, au laboratoire, parvenir à l'isoler et à le cultiver et démontrer ainsi son existence lorsque l'examen microscopique n'a rien donné. Le praticien pourra donc envoyer au laboratoire un fragment de tissus prélevé aseptiquement dans la plaie et placé dans un petit tube stérilisé, sec (fig. 1) ; il pourra aussi envoyer

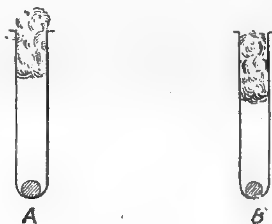


FIG. 1
Le tube A est mal bouché,
Le tube B est bien bouché.

dans un tube ou une boîte de carton un échantillon de la terre prélevé sur le lieu de l'accident

Morve. — Rappelons qu'elle est d'un diagnostic souvent difficile chez l'homme et que c'est, pour ce dernier, une maladie presque à coup sûr mortelle. Le prélèvement s'impose en cas de diagnostic douteux chez un sujet qui, de par sa profession, vit en contact avec des chevaux.

Prélèvements de pus, sanies, mucosités recueillies aseptiquement, soit directement, soit au moyen d'une pipette, qu'on transforme en ampoule comme il sera expliqué plus tard ou dans un petit tube (comme ci-dessus), provenant du pus des abcès, des mucosités naso-pharyngées, des lésions cutanées de la face.

Tuberculose. — Les prélèvements portent sur les crachats, les épanchements, le pus, l'urine, ou des pièces anatomiques provenant d'opérations ou de biopsies. Nous laisserons pour le moment de côté les biopsies, ayant à y revenir dans l'avant-dernier article de cette série.

Crachats. — Prélever, autant que possible

avec une spatule de platine préalablement flambée, une parcelle aussi minime que possible d'un grumeau purulent demi-solide se trouvant dans un crachat (le premier crachat du matin de préférence), et l'étaler soigneusement à la surface d'une lame, fixer à la chaleur, faire trois ou quatre lames semblables.

Epanchements. — D'où qu'ils viennent, de quelque cavité séreuse qu'ils soient extraits (plèvre, péritoine, etc.), ils doivent l'être aseptiquement. Prélever de la masse du liquide, au moyen d'une pipette stérilisée, dix à quinze centimètres tubes dans un tube à essai bouché par un bouchon de caoutchouc, le tout préalablement stérilisé à l'autoclave (fig. 2 et 3), ou fer-

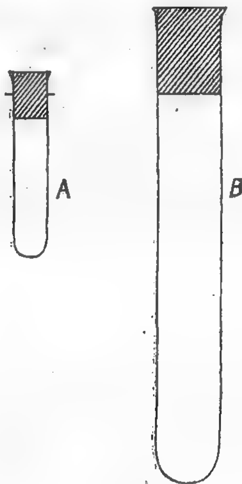


Fig. 2
Petit et grand tubes à essai munis de leur bouchon de caoutchouc.

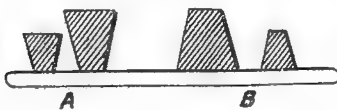


Fig. 3
En A, bouchons stériles mal placés sur la table pendant qu'on emplit les tubes.
En B, bouchons stériles bien posés.

mer à la lampe pour constituer une grosse ampoule, quand cela est possible.

Urine. — Opérer de même que pour l'épanchement, mais recueillir aseptiquement : antisepsie des organes génitaux externes, laisser perdre les premières portions de l'émission.

Tuberculose aspergillaire. — Prélèvements dans les crachats comme il a été dit ci-dessus pour la tuberculose pulmonaire.

Actinomycose. — Prélèvements du pus des abcès. Ecraser les grains suspects contenus dans le pus entre deux lames, ou s'il n'y a pas de grains, étaler sur une lame, avec soin, une parcelle minime de pus prélevé aseptiquement, fixer par la chaleur.

Favus et teignes. — Dans le cas de favus, recueillir des cheveux courts et des godets et les placer dans un petit tube bouché avec un bouchon de caoutchouc ; dans le cas de teigne, agir de même ; recueillir quelques cheveux courts, avec leur bulbe autant que possible.

On peut y joindre des squames en quantité quelconque.

Le matériel nouveau se compose donc de petits tubes à essai et de tubes à essais de grandeur habituelle stérilisés.

N. B. — Lorsqu'il s'agit de prélèvements dans les affections graves telles que le charbon, le tétanos, la morve et d'autres affections dont nous aurons à parler : choléra, etc., l'opérateur, outre la désinfection des instruments utilisés, procédera à une désinfection particulièrement énergique de ses mains ; une immersion de quelques secondes dans l'eau de Javel pure, dans le sublimé à saturation est recommandable, de même, dans l'acide chlorhydrique dilué ; bien rincer les mains à l'eau avant de les savonner ; le formol, l'acide phénique, le permanganate viennent ensuite. Brûler tous les linges ou objets souillés. L'usage d'un tablier pendant l'opération est nécessaire.

Dr René Martial.

THÉRAPEUTIQUE

Formes et traitement de la Bronchite chronique,

Par le Dr Comelliot.

Les bronchites chroniques s'établissent lentement et succèdent à une série de bronchites aiguës. Elle ont pour caractères principaux une absence habituelle de fièvre et une durée indéfinie.

Elles ont encore cette particularité de s'amender presque complètement en été, et de subir au contraire, en hiver et pendant les saisons pluvieuses des recrudescences fluxionnaires, des poussées aiguës.

La bronchite chronique commune se développe souvent chez les arthritiques et s'accompagne d'une expectoration muco-purulente ; dans des cas moins fréquents et qui s'observent surtout chez les asthmatiques, les crachats sont rares, perlés. C'est le catarrhe sec de Laënnec.

Les signes physiques sont évidemment en rapport avec ces deux modalités cliniques et, dans le premier cas, les gros râles humides, sous-crépitants, existent, tandis que dans le second cas, ce sont des ronchus ronflants et sibilants.

Mais ces allures de la bronchite chronique sont aisément modifiées et, à ce point de vue, il faut tenir compte du terrain sur lequel l'affec-

tion évolue. C'est ainsi que se constituent les diverses formes de la bronchite chronique.

La *bronchite asthmatique* se manifestera par des troubles dyspnéiques terminés par une sécrétion spéciale de crachats gluants qui ressemblent à des fragments de vermicelle cuit. L'accès fini, l'expectoration devient plus fluide et après quelques jours de catarrhe, tout rentre dans l'ordre jusqu'au prochain accès.

La *bronchite des goutteux* est caractérisée par des poussées aiguës, soit de catarrhe sec, soit de catarrhe suffocant et alors on peut les comparer à des accès de goutte aiguë uratique. Elle se manifeste encore par du catarrhe chronique vulgaire.

La *bronchite des diabétiques* est fréquente. Elle n'accuse pas de signes particuliers, sauf parfois sa localisation au sommet. On songe alors à la tuberculose, si fréquente chez le diabétique, mais l'analyse des crachats dépourvus de bacilles fait éliminer le diagnostic d'infection spécifique.

La *bronchite des brightiques* est fort intéressante à étudier. Elle se présente sous trois formes.

Dans un premier cas, pseudo-asthme albuminurique, il existe surtout une dyspnée intense survenant la nuit, et l'on entend, en certains endroits du poumon, souvent au sommet, des *foyers* de râles crépitants très localisés et faisant songer à la tuberculose. C'est là, en réalité, de l'œdème pulmonaire.

Dans un second cas, bronchite albuminurique proprement dite, il existe aussi une dyspnée vive et brusque, mais la toux fréquente est suivie d'une expectoration muqueuse abondante. L'auscultation a distingué deux sortes de râles. Tout d'abord, des foyers localisés de râles crépitants (œdème) et plus tard, des râles muqueux et sous-crépitants.

Dans un troisième cas, on constate des accidents pulmonaires aigus. Il y a des accès de dyspnée intense, des accès de toux, de l'expectoration profuse, parfois sanglante. L'auscultation fait entendre des râles de bronchite généralisée avec des râles crépitants dont la durée est longue.

La *bronchite des cardiaques* n'est pas autre chose que la manifestation d'un trouble circulatoire dans l'appareil cardio-pulmonaire. Elle est une preuve de la stase veineuse asystolique ou hyposystolique.

On distingue toutefois, depuis Lasègue, deux sortes de bronchite cardiaque. Des phénomènes de congestion passive à marche lente et progressive produisant une suffocation graduelle — bronchite des affections mitrales — et une forme plus violente, la bronchite des aortiques et des scléreux, qui est caractérisée par une congestion active et rapide du poumon.

Il y a des accès de suffocation violents, des accès de toux pénibles, sans expectoration et l'auscultation fait entendre des foyers disséminés de râles crépitants ou sous-crépitants.

On conçoit que, dans de semblables conditions, le traitement des bronchites chroniques doive varier suivant les indications du terrain et les causes productrices. D'une façon générale, il doit être divisé en deux parties distinctes :

1° Traitement pulmonaire proprement dit (infection, sécrétion, toux et complications possibles).

2° Traitement pathogénique.

On emploiera d'abord et dans tous les cas les balsamiques ou mieux, parce que ceux-ci fatiguent l'estomac, les comprimés Roche de Thiocol, 4 à 6 par jour ; chez les enfants le sirop Roche. On aseptise ainsi l'appareil broncho-pulmonaire, on fluidifie, puis on tarit l'expectoration et la toux diminue. Un autre avantage de ce traitement, c'est qu'on peut continuer *longtemps* l'usage du thiocol sous ces deux formes sans craintes d'inconvénients gastriques ; tandis que la terpine, le goudron, le copahu, etc., amènent en 10 ou 15 jours des troubles digestifs et parfois rénaux. De plus, l'expérience a montré que les comprimés Roche donnés à haute dose sont sans effets nuisibles dans la bronchite albuminurique où, cependant, l'élimination des médicaments est défectueuse. Dans le catarrhe *sec,* l'iodure sera largement ordonné.

En second lieu, on instituera une médication pathogénique. Aux goutteux, la lithine et les alcalins ; aux asthmatiques l'iodure, le cubèbe ; aux brightiques le régime lacté, la déchloruration et de temps en temps le lactate de strontium et le tanin. Chez les cardiaques en état de stase veineuse avec insuffisance myocardique, on fera appel soit aux injections intra-musculaires de digalène, soit à la spartéine, caféine. Mais la digitale restera le traitement de choix.

Parfois les accès de toux exigent une thérapeutique sédative immédiate. Employez alors l'opium ou mieux le pantopon (2 à 6 comprimés par jour) dans les catarrhes humides et le bromure ou le chloral dans le catarrhe sec.

BIBLIOGRAPHIE

Méthode physiologique de démorphinisation rapide basée sur 357 cas de guérison, par le Dr P. Sollier, ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

Le morphinomane satisfait, repu, a la peau sèche, la gorge sèche, l'intestin sec, le foie rétracté. Dès qu'il est en état de besoin, la peau se couvre d'une sueur abondante, la diarrhée et les vomissements font leur apparition. Ces faits de banale observation établissent d'une façon irréfutable que la morphine agit d'abord et surtout sur les glandes de toute nature pour en inhiber, pour en paralyser le fonctionnement, et que, dès que le poison cesse d'agir, toutes ces glandes se reprennent à sécréter abondamment.

Mais la morphine ne détermine pas seulement des troubles fonctionnels du système glandulaire ; elle en altère encore les épithéliums dont elle atteint les cellules dans leur vitalité, en commençant par la couche pariétale des acini, et en gagnant ensuite en profondeur, de telle sorte que, lorsque les éléments demeurés sains récupèrent leur activité sécrétoire, les produits de sécrétion ne peuvent s'é-

couler qu'en chassant devant eux les parties de tissu mortifiées ; ceci est encore démontré cliniquement par la desquamation qui se produit dans la convalescence de la démorphinisation, au niveau de la peau et de l'intestin.

C'est sur ces considérations que le Dr Sollier a basé sa méthode de sevrage, qui consiste essentiellement à « favoriser les fonctions glandulaires, à débarrasser l'organisme par tous ses émonctoires le plus rapidement et le plus énergiquement possibles,... et amener la désintoxication avec le minimum de difficulté et de douleur pour le sujet.

« Ce résultat est obtenu par l'emploi des cholagogues, des diurétiques, des sudorifiques, des sialagogues, et par-dessus tout des purgatifs répétés, non seulement pendant la période de diminution préparatoire au sevrage, mais pendant longtemps après le sevrage. Et, comme corollaire, abstention complète de tout substitutif, de tout narcotique ou hypnotique. »

La statistique du Dr Sollier porte aujourd'hui sur 357 cas, répartis sur une durée de vingt années, au cours desquelles, en contrôlant ses observations cliniques par des recherches de laboratoire sur l'hématologie des morphimomanes et des toxicomanes du même genre, il a perfectionné et simplifié de plus en plus sa méthode, de manière à l'employer avec le minimum d'inconvénients et avec le maximum de sécurité et d'efficacité.

Celui qui écrit ces lignes est d'autant mieux placé pour le faire qu'il a eu la bonne fortune, il y a quelque dix ans, de voir de très près l'application de cette méthode, d'y collaborer même dans une modeste mesure, et d'en observer les résultats. Il l'a utilisée pour ses propres malades avec un plein succès, et il peut porter en sa faveur un témoignage impartial et désintéressé.

La technique de Sollier exige trois conditions primordiales : d'une part, l'alitement et le repos complet du morphinomane pendant la période de sevrage proprement dit ; d'autre part, au moment du sevrage, la surveillance constante et immédiate du médecin, soit par lui-même, soit par un personnel exercé et enfin une convalescence de six à huit semaines. A propos de cette technique, il nous semble nécessaire et d'élémentaire équité de faire bonne justice de certaines légendes intéressées qui la représentent comme le pire des supplices, et le lieu où elle est mise en pratique, comme un enfer auprès duquel celui du Dante ne serait qu'un paradis. Séquestration, contrainte, violences, tous ces griefs imaginaires ne prévalent pas contre ce fait irréfutable que d'incorrigibles récidivistes, après en avoir goûté une première fois, n'ont pas hésité à revenir *proprio motu* la réclamer à nouveau à une et plusieurs reprises. Sans parler de tous ceux qui, après avoir essayé d'un autre procédé, ont fini par y recourir après avoir échoué, et même en cours de plein autre traitement. C'est certainement le plus bel éloge qu'on puisse en faire.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

SOU MÉDICAL

La Réadmission dans le « Sou Médical ».

Monsieur le Secrétaire général et cher confère,

Sous le titre : « Réadmission dans le « Sou médical », je viens de lire la lettre du Dr G..., et la réponse très belle que vous avez jugé à propos de lui faire.

Je proteste néanmoins contre votre conclusion. Vous dites très gentiment à ce confrère : « Revenez sur votre décision, vous n'aurez pas à vous repentir ».

Que le « Sou » fasse de la propagande tant qu'il voudra, de la propagande intensive même — et j'y contribue par mes modestes moyens — c'est nécessaire ; mais conservons de justes limites.

Comment ! voilà un confrère qui « *après mûres réflexions* ET SANS AVOIR RIEN A REPROCHER AU « SOU » sauf le prix de la cotisation, peu en rapport, dit-il, avec les services qu'il peut rendre», voilà un confrère, dis-je, qui donne sa démission : il trouve plus conforme à ses intérêts de s'assurer pour 10.000 fr. à une assurance avec une prime de 20 fr.; il trouve également que le Syndicat local le défend assez contre les autres déboires de la profession : en somme il trouve le « Sou » inutile et là-dessus il nous tire sa révérence, et vous voudriez le faire revenir sur sa détermination. Vos arguments sont de premier ordre, même pour un esprit préconçu ; mais permettez-moi de vous dire qu'ils ne valent rien pour celui qui voit dans le « Sou » une œuvre particulariste.

Voyez-vous ça ! le « Sou » ne rend pas des services proportionnels aux charges. — Oui-da ! Vous voilà surpris ! Cette seule phrase peint admirablement la mentalité des confrères qui pensent n'avoir pas assez pour leurs 20 francs. Pour qu'un confrère dans le genre du Dr G..., y puisse trouver son compte, il aurait fallu — que dis-je — il faudrait que le « Sou » ne s'occupât que de lui :

1° Comme agent de recouvrement à l'*œi*

2° Comme agent de publicité ;

3° Le défendre dans tous les cas, même mauvais et quand cela n'intéresse que lui ;

4° Assurer toutes les responsabilités civile *et même pénale*, si cela pouvait se faire ;

5° Lui donner conseils, consultations, avocat, avoué, huissier, etc. ;

6° Faire les petites courses ;

7° Enfin, procurer des billets de théâtre au rabais, sinon *gratis pro Deo*.

Mais, où je trouve la chose véritablement monumentale, c'est quand le Dr G... dit naïvement : « Si plus tard les circonstances changent, si je suis FORCÉ de me conformer aux prescriptions de l'article 9, etc., etc.». Ce mot *forcé*, ne trouvez-vous pas, mon cher confrère, que c'est une perle.

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

c) Enfin, quand le malade aisé, pour la commodité d'une opération, difficile à pratiquer dans son domicile, a été admis à l'hôpital comme malade payant, mais admis dans la salle commune. Je parle surtout de « salle commune » parce que, dans mon hôpital, il n'y en a pas d'autre ; les chambres particulières n'existent pas. Y a-t-il une loi précise ou un règlement d'administration publique de la matière ?

2° En qualité de membre d'une commission sanitaire locale, je désirerais savoir 1° quelle est exactement la moyenne générale de la mortalité en France. Nous étions en désaccord ces jours-ci et les opinions variaient de 19 à 22 ‰.

d) Quel est le moyen pratique de désinfection employé pour stériliser l'eau des bains, dans la fièvre typhoïde par exemple ? A 8 ou 10 bains par jour, c'est parfois 6 à 8 hectolitres d'eau à stériliser. Par quel procédé ? Je n'ai rien trouvé dans les revues.

Réponse. — 1° Si le règlement de votre hôpital ne comporte rien concernant le paiement d'honoraires au médecin de l'établissement par les malades payants, vous n'avez aucun droit réel contre vos clients. En justice, alors que vous plaiderez que ce qui n'est pas défendu est permis, on vous répondra que le médecin d'hôpital touche une indemnité de cet établissement pour soigner tous les malades qui y sont admis.

Or, ni la loi de 1851, ni le règlement modèle de 1899 ne comportent de règles pour le paiement des frais médicaux des hospitalisés payants.

Il serait donc utile autant que prudent que vous soumettiez à la délibération de la commission administrative de votre hôpital une demande établissant votre droit aux honoraires de la part des malades aisés admis à l'hôpital.

Vous pourriez par exemple prendre comme indication le règlement admis par l'hôpital d'Oyonnax, que vous trouverez dans le *Bulletin* de l'Union des Syndicats, 1907, p. 137.

2° La mortalité moyenne de la France est de 20 ‰.

3° Nous n'avons aucun renseignement sur cette question.

Dr T., à R., à *Concours*. — Je tiens à vous remercier de votre lettre du 31

Suite page XVI.

Cette lettre, me comble de joie, carelle me fournit des arguments péremptoires pour défendre la proposition que j'ai faite à la dernière Assemblée générale du « Sou ». Là-dessus, ce confrère donne sa démission, mais il regrette cependant de ne pouvoir être réadmis au « Sou » — *de plano* — le jour où quelque chose le *forcerait* à y rentrer: il voudrait que l'article 9 soit abrogé ou plutôt il regrette cet article, car sans lui les portes du « Sou » seraient largement ouvertes à l'enfant prodigue.

Vraiment, je suis ahuri de lire de telles choses, écrites de bonne foi, j'en suis certain, par un homme instruit. Je me demande ce qu'ils pensent de nous, ces confrères qui partagent la manière de voir du Dr G... et qui admettent qu'un groupe de médecins prévoyants soit à la merci de ceux qui ne viennent à lui que dans la peine et au moment du besoin; mais je trouve que cela a un nom et s'appelle: « exploiter ses confrères »; oui, exploiter, car en somme pour le confrère qui dit le mot « le jour où je serais FORCÉ », ce mot forcé veut dire en langage clair: le jour où il aurait une sale affaire sur les bras. Je ne vois pas la différence qu'il y aurait entre un confrère qui attendrait une maladie chronique pour venir à l'Amicale et celui qui aurait une affaire plus ou moins bonne, plus ou moins difficile à résoudre, enfin plus ou moins propre et qui demanderait à entrer au « Sou ».

Ce n'est plus faire acte de solidarité et de prévoyance: c'est une pure spéculation, d'autant plus blâmable qu'elle est préméditée. Il faudrait que mes confrères du « Sou » soient bien naïfs pour admettre cette manière de voir, et je crois que si on ne prenait pas les devants par des mesures spéciales, le « Sou » ne ferait pas de vieux jours. C'est dans cette prévision que j'ai fait ma proposition à l'Assemblée générale et que je la soutiendrai de toute mon énergie devant le conseil d'administration.

Si mes 20 fr. servent éventuellement à me défendre et au besoin à attaquer, il faut aussi qu'ils servent aux autres: le « Sou » n'est pas une assurance, c'est une ligue de défense et de solidarité mutuelles, et à ce titre, l'intérêt de ses membres en général doit primer l'intérêt particulier.

Excusez-moi, je vous prie, de vous avoir si longuement entretenu avec ma prose et pris quelques minutes de votre temps; encore ai-je dû me réfréner pour ne pas m'étendre davantage.

Je termine, mon cher confrère, comme j'ai commencé: — de la propagande — toujours de plus en plus intense si possible — mais du racolage, jamais. Le « Sou » est assez connu aujourd'hui pour se passer facilement de ceux qui n'entrent chez lui qu'en vue de leur intérêt particulier immédiat.

Votre très cordialement dévoué,

A. FARAGGI.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les ouvriers infirmiers-panseurs

5 février 1911.

Mon cher confrère,

Je vous adresse une triste perle découpée dans *Le Journal* du 4 février 1911.

A l'Hôtel-de-Ville

Contre les accidents du travail.

M. H. Galli, conseiller municipal du quartier de l'Arsenal et président du conseil général de la Seine, vient d'être saisi d'une intéressante question qu'il déposera en lui donnant tout son appui sur le bureau du conseil, à la prochaine session.

Cette pétition émane du professeur Rémy, agrégé de la Faculté de médecine, qui demande l'autorisation d'ouvrir des cours dans les écoles professionnelles de la Ville de Paris, en vue de former des moniteurs dont le rôle serait le suivant:

Ces élèves apprendraient à donner les premiers soins aux accidentés du travail dans les ateliers où ils sont appelés à entrer comme ouvriers.

Ils constitueraient ainsi une sorte de première ligne de secours pour les ouvriers victimes d'accidents, en attendant l'intervention du médecin.

Le professeur Rémy a d'ailleurs commencé ses cours qui sont suivis par une certaine catégorie d'ouvriers. et il semble que les résultats acquis sont déjà appréciables. — Ed. L.

Ainsi le Pr Rémy va instituer un nouveau diplôme: celui d'ouvrier-médecin! Etablir « une « première ligne de secours pour les ouvriers vic- « times d'accidents en attendant l'intervention « du médecin »... de la Cie! Quel bon confrère! »

Quand donc l'ouvrier ouvrira-t-il les yeux et se rendra-t-il compte du joli rôle que, sous le couvert de la philanthropie, on veut faire jouer aux « moniteurs Rémy »? Mais ce seront les premiers gendarmes du patron en attendant l'arrivée du juge d'instruction de l'Assurance!

Qu'est-ce donc que ce Pr Rémy qui risque d'écraser ses petits confrères en détournant d'eux les maigres honoraires qu'on leur alloue si avaricieusement au plus grand bien du coffre-fort, des grandes Cies? Ce ne peut-être un des nôtres.

Il me semble qu'une pétition en sens contraire pourrait être remise à M. Galli pour éviter d'aussi intolérables abus.

Bien cordialement.

Dr SANSON.

Réponse

Nous aimons à croire que le seul intérêt du malade a été en jeu dans la proposition de M. le Dr Rémy. En attendant les soins du médecin, le blessé reçoit les secours d'un camarade qui *sait se laver les mains*, qui a appris à se servir de la boîte de secours et surtout à ne pas

infecter la plaie : *primo non nocere*. Ainsi compris, c'est parfait.

Mais la pratique ne réservera-t-elle pas des déboires ?

Ces élèves de M. Rémy ne se croiront-ils pas médecins, à la suite de la teinture scientifique qu'ils auront reçue ? Fera-t-on toujours appeler le médecin et n'aura-t-on pas tendance à ne voir que des accidents sans gravité, dont les pansements ultérieurs pourront être faits soit à l'usine même, par le camarade infirmier-panseur, soit par le pharmacien voisin ?

N'est-il pas à craindre que le rôle du médecin se bornera à ne faire qu'un certificat d'accident du travail ?

N'est-il pas à redouter que cette rédaction du certificat ne soit réservée qu'au seul médecin de compagnie ?

Ne pourra-t-on pas prétendre que les Cies d'assurances vont pouvoir de la sorte faire des économies sur les honoraires médicaux ?

En un mot, ne va-t-on pas créer une nouvelle classe de demi-savants, qui imiteront, par la suite les abus de ces Dames de la Croix-Rouge ? Ne voit-on pas en effet ces dernières s'entraîner en vue des guerres futures, en faisant des pansements et en donnant des consultations à tout venant dans leurs dispensaires ?

Enfin, l'intérêt du public, celui qui pour nous doit tout primer, retirera-t-il de sérieux bénéfices de cette nouvelle organisation ?

Les demi-savants font toujours trop de zèle. Souvent ils dépassent la mesure et conseillent des traitements intempestifs. Ils oublient ou ignorent l'adage : le mieux est l'ennemi du bien.

Et je conclus : cette invention ne me dit rien qui vaille.

P. B.

Encore une manière de tourner la loi de 1905 et le libre choix du médecin.

Mon cher Confrère,

Connaissez-vous le coup du téléphone ? Le voici :

Un industriel veut faire soigner ses blessés par un médecin de son choix, il les envoie chez un pharmacien. Puis *il téléphone* au médecin qu'il a choisi d'aller chez M. X., pharmacien ; qu'un blessé l'y attend.

Le médecin va chez le pharmacien, trouve le blessé, le soigne et le tour est joué.

Ou plutôt aurait été joué, si le blessé, furieux, n'était venu de suite chez moi.

Mais, malgré tout, il a été pansé par le médecin de la compagnie.

A vous bien cordialement,

Dr GUILLEMONAT.

N. B. — Le médecin de la Compagnie, qui accepte à forfait 6 fr. par accident du travail, me reproche actuellement d'avoir défait son pansement sans l'avertir !

Il oublie que, dans son cabinet, un médecin est toujours libre de faire ce que réclame le blessé qui lui fait confiance.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Un médecin d'hôpital est-il en droit de réclamer des honoraires aux malades payants ?

A M. le Directeur du *Concours médical*,

Permettez à un vieil abonné du *Concours* de vous importuner avec la question si controversée des *Honoraires des chirurgiens d'hôpitaux en province*. Voici les faits :

Il y a six ans, j'étais chargé, en remplacement d'un confrère âgé de 80 ans, de diriger et de mettre sur pied le service de chirurgie de l'hôpital départemental à X.

Grâce à l'assistance et au dévouement inlassable d'un confrère ami, le Dr J..., nous avons actuellement 180 chloroformisations annuelles.

Mon traitement, fixé par le Conseil Général, s'élève à 1.200 fr., celui de mon assistant à 300 fr.

Sur la foi des textes (je lis assidument le *Concours*), je me suis permis, en face de l'extension du service, d'exiger une rétribution personnelle des pensionnaires qui voulaient bien affronter mon bistouri, c'est-à-dire qu'en plus de la journée d'hospitalisation (5 fr. 1re classe, 3 fr. 2e classe), je demandais, oh ! j'étais bien modeste, 120 fr. par exemple pour une *hystérectomie* et 80 fr. pour une *cure radicale de hernie* et je partageais avec mon assistant. Nous arrivions ainsi à augmenter de 900 fr. chacun nos émoluments départementaux.

Or, nous n'avons jamais eu la moindre discussion avec nos opérés sur le chapitre paiement et, ma foi, malgré beaucoup de travail, de risque, de responsabilité, nous continuions à faire de la chirurgie en toute sécurité, lorsqu'un jeune interne de Paris est venu s'installer à X., a ouvert une clinique chirurgicale et après avoir vilainement essayé de me déposséder de mon service à l'hôpital départemental, cherche en ce moment à me *créer de graves ennuis à propos des honoraires* que j'ai réclamés à mes opérés. Si l'affaire, qui a déjà été portée *insidieusement* devant le président de la Commission de surveillance (cette commission est plutôt hostile), était portée devant les tribunaux et qu'on fît appel, comme témoins, aux clients qui m'ont versé une rétribution à leur sortie de l'hôpital, en quelle posture me trouverais-je ? Je sais pertinemment que déjà quelques opérés ont été consultés par le jeune confrère sur la conduite qu'ils tiendraient en présence du tribunal.

J'avais bien proposé à la Commission de nous allouer une modeste rétribution sur le prix de la journée d'hospitalisation, mais elle s'est montrée réfractaire et hostile à ma proposition.

Quelle ligne de conduite suivre ? Suis-je dans mon *droit strict*, en réclamant, *après entente préalable avec le futur opéré*, un prix d'intervention ? Dois-je abandonner toute idée d'une rémunération en dehors du traitement départemental ?

En ce qui concerne les sociétaires de secours

mutuels, les *accidentés du travail* bien entendu, tout est gratuit. *Mais pour cette dernière classe d'opérés*, est-ce que je ne puis pas faire régler par le patron les certificats et rapports réclamés *fréquemment* par le Président du tribunal qui désire se renseigner sur l'état d'un blessé ?

Réponse.

Avant de répondre à votre question, à savoir si vous avez le droit de réclamer des honoraires aux malades payants hospitalisés, je déplace un peu l'affaire et je pose cette interrogation : l'hôpital a-t-il réellement le droit d'admettre des malades non indigents ? En droit absolu, oui, parce que la loi du 7 août 1851 ne le lui interdit pas ; puis, parce que chaque hôpital est libre de faire ce qui lui plaît. C'est de l'arbitraire, mais c'est comme cela.

En équité, il n'en est pas de même. Il semble, aux yeux de toute personne sensée, que l'hôpital doit être la maison de secours des indigents malades ; il vient à l'esprit de tout le monde que, pour être admis dans cet établissement, il faut être dénué de ressources et ne pouvoir recevoir chez soi les soins nécessités par la maladie.

L'histoire nous enseigne que, dans les temps passés, l'hôpital n'était pas un lieu de délices ; n'y allaient que les miséreux. Et même, à l'heure actuelle, nous voyons, dans nos campagnes, une certaine répugnance pour aller à l'hôpital, à cause du nom redouté d'hôpital, puis, parce que beaucoup ont encore la fierté de se faire soigner chez eux. De même à Paris, où sévit l'abus du pourboire : le pauvre est mal soigné s'il n'a pas les moyens de glisser la pièce à l'infirmier.

Mais, en raison du confort moderne des hôpitaux et poussés surtout par le besoin de paraître et de faire du luxe, certains habitants des villes de condition aisée ont vaincu leurs répugnances : guidés par l'intérêt, ils préfèrent aller se faire soigner, à cause *des prix infimes*, dans des établissements qui ne devraient être peuplés que par des pauvres.

Effectivement le règlement modèle des hôpitaux du 25 décembre 1899 ne parle, dans ses articles 28 et 29, que des malades indigents, hospitalisés en vertu de la loi du 7 août 1851 (lorsqu'un individu privé de ressources . . .) et de celle du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

L'admission des malades non indigents est prévue à l'art. 31 : « Hors les cas prévus aux articles 28 et 29, par application des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893, l'hôpital reçoit les malades appartenant à des entreprises de travaux, sociétés de secours mutuels, domestiques, etc . . . ».

C'est net et clair. Malgré ce texte, les commissions administratives admettent des payants de quelque condition qu'ils soient, pour augmenter les ressources de l'hôpital et pour donner du renom à leur établissement.

Quant à savoir si pareil procédé lèse ou non les intérêts du corps médical, on n'en a cure.

Néanmoins, certains médecins se sont refusés à cette exploitation ; ils n'ont pas voulu se contenter des appels au dévouement, sacerdoce, humanité et autres balançoires qui n'ont cours qu'auprès de nous, mais nullement chez nos fournisseurs ou chez le percepteur.

Ils ont donc exigé (et souvent ce fut l'expression réelle que l'administration de l'hôpital prît une délibération, aux termes de laquelle les praticiens devaient soigner les indigents hospitalisés pour une indemnité annuelle, mais leur donnant la faculté de réclamer des honoraires de tout malade payant et non privé de ressources.

La question se pose donc de savoir si votre hôpital a cette clause dans son règlement.

Si oui, reportez-vous à la consultation de Me Gatineau (*Concours* 1904, p. 12) : « . . . . . . Quant au droit des médecins d'hôpital de réclamer des honoraires aux malades non indigents, lorsque les règlements de l'hôpital le leur réservent, *ou lorsqu'une convention particulière a été passée à cet égard entre eux et les intéressés*, il a été reconnu par l'arrêt de la Cour de Montpellier du 26 mars 1900 et le Jugement du Tribunal civil d'Agen du 17 mai 1902.

« On peut invoquer la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur du 22 novembre 1902 comme autorisant les administrations hospitalières à réserver aux médecins le droit de réclamer des honoraires pour soins donnés aux hospitalisés non indigents . . . . . »

Tel paraît être votre cas, mais, d'après votre lettre, il nous semble que le règlement administratif de votre hôpital est muet sur le point de savoir si vous avez le droit de réclamer des honoraires aux payants.

Reportez-vous alors au *Concours*, 1904, p. 31. Vous y lirez un très intéressant jugement du juge de paix d'Oyonnax qui dit : « . . . . Qu'en effet, en recherchant quelle a été la commune intention des parties contractantes, d'une part, la commission administrative, d'autre part, les médecins, il ressort *du mutisme* des statuts et délibérations à cet égard que l'une, la commission, a voulu ne pas interdire aux médecins le droit de réclamer des honoraires aux malades payants ; l'autre, les médecins, ont voulu et entendu rester libres de demander ou non des honoraires aux malades hospitalisés payants ».

Vous voyez combien complexe est la question, alors que certains viendront reprocher au praticien de toucher des deux mains lorsqu'il reçoit, d'une part, son traitement infime que lui donne l'hôpital et, d'autre part, lorsqu'il réclame aux malades payants un complément d'honoraires. Tous ces ennuis découlent de ce qu'un monsieur, lorsqu'il est arrivé, grâce à la politique, maire ou conseiller municipal, est *ipso facto* apte à tout administrer, à tout diriger dans sa commune.

Un médecin ne peut faire entendre sa voix autorisée, au sein de la commission administrative d'un hôpital, s'il s'agit de discuter un point du fonctionnement, ou des modifications, ou autres, pour les soins à donner à des malades, que lorsqu'il est lui-même membre de cette commission, oh ! non comme médecin, mais comme conseiller municipal.

On ne se doute pas du tort considérable que la politique fait actuellement. Espérons que le syndicalisme viendra rappeler tous ces enragés à un

peu plus de bon sens, pour ne pas nommer un danseur, parce qu'électeur influent, là où devrait être un calculateur. Parions que dans votre affaire, il y a encore des dessous politiques ?

Conclusion : Si vous pouvez prouver que vous avez averti, avant l'hospitalisation, vos malades qu'ils vous devront des honoraires en plus des journées d'hôpital dues à l'économe, vous êtes resté dans votre droit strict. A défaut d'autres arguments, invoquez l'éternelle loi de l'offre et de la demande : vos clients ont accepté vos conditions, de quoi se plaignent les autres ? Qu'ont-ils à y voir ?

D'autre part, vous avez parfaitement le droit de vous faire payer les certificats faits pour accidentés du travail soignés à l'hôpital.

Donc, il nous semble que vous n'avez rien à redouter des tribunaux.

Seulement, quand une clinique chirurgicale pour payants s'ouvre dans la localité, est-il correct que vous la concurrenciez en vous appuyant sur les ressources de l'Assistance publique ? C'est là une question qu'il faut faire trancher par votre syndicat au plus tôt.

P. B.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'Inspection médicale de la vue dans les écoles

Rapport présenté au nom de la deuxième Commission par le Docteur Profichet au Conseil général de la Seine-Inférieure.

Un projet de loi relatif à l'Inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées a été déposé le 23 mars 1910 par le Gouvernement et rapporté ces jours derniers, au nom de la Commission de l'Enseignement et des Beaux-Arts, par M. Ferdinand Buisson.

Son rapport conclut à l'adoption, sans modification, du projet du Gouvernement.

Nous sommes en droit de penser que si la nouvelle loi doit subir quelques retouches lors de la discussion au Parlement, les grandes lignes subsisteront.

Or, l'article premier stipule : *que le service sera organisé dans chaque département dans les conditions prévues aux articles* 4 *et* 5 *de la loi du* 15 *juillet* 1893 *sur l'assistance médicale gratuite*.

C'est dire la part que le Conseil Général sera appelé à prendre, dans un avenir rapproché, à l'application d'une loi qui aura pour effet d'étendre à toutes les communes le bénéfice des mesures d'hygiène et de prophylaxie qui sont à l'heure actuelle le privilège de quelques centres.

L'Inspection des écoles a été en effet peu ou point appliquée.

Préconisée dès 1879 par J. Ferry, inscrite dans la loi de 1886 sur la réorganisation de l'enseignement primaire, elle ne fit l'objet d'aucun règlement précis, si l'on en excepte le décret du 18 janvier 1887, fixant les attributions et la nomination des médecins inspecteurs.

Aussi les municipalités, soucieuses d'établir le contrôle de l'hygiène scolaire, obéirent-elles aux inspirations du milieu. Paris a vécu jusqu'à ce jour sous le régime de l'arrêté préfectoral du 15 décembre 1883, qui a servi de guide à beaucoup d'autres villes.

Le Havre, par contre, rattacha dès l'origine l'inspection médicale des écoles à son Bureau d'Hygiène.

Les auteurs du projet se préoccupent moins de modifier ce qui existe ou d'unifier la méthode que d'étendre à toutes les communes le bénéfice de l'Inspection. Ceci ressort clairement de l'exposé des motifs et de l'article 4 du projet de loi qui spécifie que le nouveau régime ne portera aucune atteinte aux organisations déjà établies, pourvu que celles-ci répondent aux conditions exigées par la loi.

Ces dispositions autorisent toutes les initiatives, bien plus, elles semblent les commander.

Notre beau département ne peut rester en arrière. Il lui appartient même d'indiquer des solutions.

Dans le programme de l'Inspection des écoles, nous ne retiendrons pas ce qui a trait aux locaux et mobilier scolaires, et au régime scolaire des établissements (alimentation, chauffage, éclairage, soins de propreté, etc.). Depuis longtemps, l'autorité académique, bien informée, a pris les mesures indispensables pour assurer l'hygiène du milieu.

Deux points seuls retiendront l'attention de cette Assemblée, le contrôle de l'état sanitaire des élèves et la prophylaxie des maladies contagieuses.

Cette question des mesures hygiéniques spéciales relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses vient d'être heureusement résolue en déchargeant tout simplement le service de l'Inspection médicale des écoles de ce soin pour le reporter sur notre service d'hygiène départemental.

Le nº 21 du *Recueil des actes administratifs*, à la date du 25 août 1910, contient des instructions applicables au 1er octobre prochain. Nous ne pouvons que féliciter M. le Préfet de cette heureuse initiative.

Reste à organiser le contrôle de l'état sanitaire des élèves.

Que dit à ce sujet le paragraphe du projet de loi :

« Le médecin-inspecteur procède au moins deux fois par an à l'examen individuel des élèves. Cet examen doit porter notamment sur l'état des voies respiratoires, du système cutané, sur les organes de la vue et de l'ouïe, la dentition, etc. »

Le médecin a donc pour mission non seulement de dépister les maladies contagieuses ou parasitaires, mais encore de procéder à l'examen général de l'enfant et à des *examens spéciaux*, tel que *l'examen de la vue*.

Ainsi se trouve posée dans la loi l'indication de *l'inspection oculistique dans les écoles*.

Nous estimons que cette *inspection oculistique* devra être organisée à part, tant en raison des connaissances spéciales qu'elle exige du médecin, que de la fréquence et de la gravité des lésions oculaires de l'enfance.

L'étude entreprise, à notre demande, par le docteur Carlo, oculiste au Havre, apporte des faits précis et irréfutables que nous publions en marge de ce rapport. Les résultats de ses recherches sont bien faits pour lever tous les doutes.

Sur 1,600 enfants pris dans quatre écoles, représentant dans leur ensemble la moyenne de la population du Havre, 497 (près du tiers) ont été reconnus anormaux du fait de la vision. Parmi ceux-ci, 101 sont atteints de myopie ordinaire, 65 de myopie maligne, soit un sur dix.

Or, la grande majorité de ces lésions sont ignorées des malades et des parents et, par conséquent,

d'autant plus désastreuses dans leurs effets, puisque l'on sait qu'elles iront s'aggravant insidieusement jusqu'aux complications qui amèneront une diminution de la vision ne permettant plus le travail, ou même jusqu'à la cécité absolue.

Envisagé au seul point de vue scolaire, le contrôle de la vue chez l'enfant apparaît comme une nécessité. L'organisation d'une inspection oculistique se trouverait amplement justifiée par les *avantages immédiats* que l'enfant en retirerait.

Mais il est une autre considération tout aussi importante à laquelle les membres de cette Assemblée ne manqueront pas de prêter la plus grande attention.

Parmi les incurables, bénéficiaires de la loi de 1905, il existe un grand nombre d'aveugles dont l'infirmité eût été évitable, si la lésion oculaire qui lui a donné naissance avait été dépistée assez tôt et traitée convenablement — le plus souvent dès l'enfance.

Parmi ces lésions, la myopie, affection bénigne en apparence et trop souvent négligée, apparaît comme l'une des causes principales de la cécité chez l'adulte.

M. le docteur Victor Rocher, notre distingué médecin en chef de l'Hôpital Ophtalmologique départemental, a bien voulu nous confirmer cette opinion et nous faire remarquer quelles étaient pour nos budgets d'assistance les conséquences désastreuses d'un tel état de choses.

D'autre part, dans une lettre adressée le 31 mai 19.0 à M. le Préfet de la Seine-Inférieure, M. le Ministre de l'Intérieur s'exprime ainsi :

« M. l'Inspecteur général Rondel, ayant constaté que la myopie mal soignée est soixante fois sur cent la cause de la cécité, voudrait qu'un spécialiste inspectât les écoles dans ce but ou que les enfants myopes lui fussent amenés. »

Nous avons l'avantage d'ajouter à la parole autorisée de M. l'Inspecteur général Rondel la force persuasive d'un document statistique établi avec la plus grande conscience par notre excellent confrère et ami, le docteur Carlo, à l'esprit de méthode et à la bonne volonté duquel nous tenons à rendre hommage. Ses connaissances professionnelles autant que ses titres scientifiques nous sont le sûr garant que les chiffres qu'il publie sont sincères et exacts et que ses conclusions doivent être prises en considération.

L'inspection oculistique des écoles est nécessaire au point de vue scolaire et social, elle est commandée par le souci que nous avons de sauvegarder nos budgets d'assistance.

Pour ces raisons, nous avons l'honneur, d'accord avec votre deuxième Commission, de soumettre à l'agrément de l'Assemblée départementale la prise en considération du vœu suivant :

« *Que, sans attendre la réorganisation de l'inspection médicale des écoles, actuellement soumise au Parlement, il soit organisé, dans le département, une inspection oculistique au moins annuelle de tous les enfants des écoles primaires publiques.* »

Vérification des décès.

Sur ce sujet, nous avons reçu la lettre suivante :

« La Tremblade, 26 janvier 1911.

Monsieur le Rédacteur en chef,

D'après les journaux du 25 courant, une rentière de Bourges, âgée de 84 ans, a bien failli être enterrée vivante.

En effet, au moment où l'on soudait son cercueil en zinc, elle a eu la chance de se faire entendre.

Comme nous sommes tous menacés du même sort, on devrait bien se mettre d'accord, une bonne fois, sur le meilleur procédé de constatation de la mort.

Après expériences comparatives, le plus simple et le plus sûr, selon moi, est celui de la phlyctène gazeuse.

En effet, on trouve partout une bougie ou une lampe.

On peut reproduire cette phlyctène, à volonté, en déplaçant la flamme.

La douleur produite sur le vivant, par cette opération, est des plus vives, et pourrait souvent suffire, à elle seule, à réveiller d'un évanouissement.

Enfin et surtout, par ce procédé, la réaction inflammatoire (sérosité, rougeur, gonflement, etc.) doit forcément se produire en peu de temps, si la circulation n'est pas complètement abolie.

La constatation du décès, qui devrait exister partout, devrait mentionner l'application de ce procédé.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, mes sincères salutations.

Docteur Guillou.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

Circulaire d'un Syndicat à d'autres Syndicats.

Syndicat général des médecins de la Nièvre. — La Charité, 20 décembre 1910. — Monsieur le Président,

Vous savez qu'un projet de loi sur l'Inspection médicale des écoles, dont M. Ferdinand Buisson, député de Paris, est le rapporteur, a été récemment déposé sur le Bureau de la Chambre et viendra sans doute prochainement en discussion.

Naturellement on n'a pas consulté, pour l'élaboration de ce projet de loi, le corps médical organisé dont le concours est pourtant indispensable à la bonne application de la loi.

Le Syndicat des Médecins de la Nièvre a pensé qu'il serait bon, avant que la discussion ne s'engage au Parlement, que les médecins fassent entendre leur voix et disent comment ils comprennent cette inspection médicale des écoles. C'est pourquoi nous avions mis à l'ordre du jour de notre récente Assemblée générale la discussion d'un rapport de notre confrère Régnier (de Decize) sur cette question.

Vous trouverez ci-contre le projet d'organisation arrêté en séance.

Nous vous prions, Monsieur le Président, de le lire attentivement et de le soumettre à votre Syndicat à sa prochaine Assemblée générale si elle doit avoir lieu prochainement. Dans le cas contraire, vous pourriez peut-être le faire connaître d'urgence au Bureau seulement et nous transmettre le plus rapidement possible les observations qu'il vous aurait suggérées

Nous constituerons un dossier de toutes les réponses reçues et nous nous occuperons de le faire parvenir en haut lieu, et notamment au groupe mé-

dical parlementaire qui vient de se reconsituer (1). Mais nous nous permettons d'insister sur la nécessité de faire vite, car il est probable que la loi viendra en discussion après le vote du budget.

Nous voulons encore attirer votre attention sur un fait intéressant pour le corps médical et qui nécessite de notre part une intervention active : nous voulons parler de la modification de l'article de la loi sur la déclaration des maladies contagieuses, qui met cette déclaration à notre charge.

Vous savez que la Commission du Sénat est disposée à faire de cette déclaration une obligation, en premier lieu, pour les chefs de famille, d'institution, etc... en un mot, pour les représentants du malade, et que c'est à défaut de la déclaration faite par ces responsables que le médecin sera tenu de déclarer lui-même.

Or, ne vous semble-t-il pas qu'en fait, dans l'immense majorité des cas, les familles se déchargeront sur nous de ce devoir, si l'on ne trouve pas un moyen de les forcer, dans une certaine mesure, à l'accomplir ?

Ce moyen nous paraît consister dans l'avertissement aux familles qu'elles auront à payer, en cas de négligence de leur part, un honoraire spécial au médecin pour la rédaction de son certificat de déclaration.

Le texte de la loi dirait, par exemple :

« Le médecin traitant, une fois son diagnostic « posé, rédigera un certificat qu'il remettra aux « intéressés qui seront tenus de l'envoyer eux-mê« mes à l'administration compétente. Celle-ci en « accusera réception dans les trois jours au méde« cin. Ce dernier, à défaut de cet accusé de récep« tion, devra faire lui-même cette déclaration ; « mais, *dans ce cas*, il sera autorisé à réclamer « aux intéressés le prix d'un certificat (5 fr. mini« mum). »

Si, Monsieur le Président, vous trouvez cette proposition intéressante pour les médecins, nous vous prions de la soumettre en même temps que celle relative à l'Inspection médicale des écoles à votre Syndicat ou à votre Bureau et de nous informer dans le plus bref délai possible de vos décisions à leur sujet.

Il est enfin une question à l'ordre du jour de tous les Syndicats, qui est déjà venue en étude et discussion à notre assemblée départementale : il s'agit *des rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels*.

Notre Syndicat a décidé d'établir le libre choix du médecin par le malade — et le paiement à la visite avec tarif réduit (2 fr. par consultation au cabinet ou visite dans l'agglomération — indemnité kilométrique de 0 fr. 75 à l'aller ; — pour les interventions, réduction de vingt pour cent sur le tarif général précedemment établi).

Cette décision, portée en fin de l'année 1909 à la connaissauce des Sociétés de secours mutuels du département, a été bien acceptée d'une façon presque générale — et elle est entrée en vigueur à peu près partout dès le 1er janvier 1910.

L'occasion s'offrant à nous de correspondre avec tous les Syndicats médicaux de France, nous sommes heureux de vous faire connaître le résultat obtenu dans notre département. Ce qui est possible ici l'est aussi ailleurs, et si vous ne nous avez pas devancés dans cette voie, nous ne saurions trop vous engager à nous y suivre.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Président du Syndicat général des Médecins de la Nièvre,

Dr Perdriat.

(1) Nous pensons que nos confrères ne feront cette démarche que par l'intermédiaire de l'Union des Syndicats, seule qualifiée pour parler au nom du corps médical. Et pourquoi n'ajouterions-nous pas que nous sommes surpris de voir des Syndicats comme ceux de la Meurthe-et-Moselle et de la Nièvre ne pas user de l'Union des Syndicats pour saisir les Syndicats des questions d'intérêt général. N. D. L. R.

Projet d'organisation de l'inspection médicale des écoles dans le département de la Nièvre

Article premier. — Il sera créé dans le département de la Nièvre un service d'inspection médicale et d'hygiène des établissements publics ou privés d'enseignement primaire et des écoles maternelles.

Art. 2. — L'organisation de ce service sera établie par l'administration préfectorale après entente avec le Syndicat des médecins de la Nièvre, qui nomme à cet effet une commission de *cinq membres* chargée de faire aboutir le projet.

Art. 3. — Tous les médecins qui résident dans la commune ou tous ceux qui visitent habituellement celle-ci, au cours de leurs tournées de clientèle, seront appelés, s'ils le désirent, à participer à ce service.

Art. 4. — Il sera créé à cet effet des circonscriptions comme cela a *été proposé pour la vaccination.* Ces circonscriptions seront les mêmes pour les deux services et il y aura roulement des circonscriptions entre les médecins qui en seront chargés.

Art. 5. — Chaque école sera visitée au moins deux fois par an, soit avant le départ des élèves pour les vacances, soit à leur retour.

Art. 6. — Après chaque visite, les médecins inspecteurs constateront sur un registre — laissé entre les mains du directeur ou de la directrice d'école — les faits qu'ils auront observés ou qui leur auront été signalés, mais seulement en ce qui touche l'hygiène, la salubrité des bâtiments scolaires ou la santé des enfants et des maîtres. Toute indication de personnalité sera soigneusement évitée.

Art. 7. — Les médecins inspecteurs examineront les enfants afin de s'assurer d'abord si tous sont vaccinés, ensuite s'ils n'ont pas quelque infirmité (surdité, myopie, etc.) exigeant des précautions spéciales à l'école, enfin s'ils ne sont pas atteints de quelque maladie contagieuse ou transmissible.

Art. 8. — Ils prescriront le renvoi provisoire des enfants reconnus atteints d'affections contagieuses. Les enfants ainsi exclus momentanément ne seront réadmis à fréquenter l'école que sur la présentation d'un certificat médical de guérison et d'innocuité, établi sur papier libre, *par leur médecin habituel.*

Art. 9. — Il sera établi pour chaque élève un livret sanitaire. Les livrets d'une même école seront conservés par le directeur ou la directrice dans une armoire fermée à clef. La première page de ce livret sera détachable et à souche. Sur la page seront inscrits les nom, prénoms et domicile de l'enfant, ainsi qu'un numéro matricule qui sera seul répété sur la souche. La première page sera remise sous enveloppe fermée a l'adresse des parents au directeur ou à la directrice d'école qui sera chargé de la faire parvenir.

Le médecin inspecteur aura, de son côté, une liste nominative des élèves avec leurs numéros matricules, liste qu'il remettra après chaque inspection au directeur ou à la directrice sous enveloppe cachetée et qui ne pourra être ouverte que lors de

l'inspection suivante par le médecin qui en sera chargé.

Le médecin consignera sur le livret toutes les indications utiles relatives à la santé de l'enfant.

Lorsque ce sera nécessaire, le médecin inspecteur indiquera sur des feuilles détachables, placées à la fin du livret, que l'enfant est malade et (s'il y a lieu) que son renvoi provisoire de l'école s'impose. Cette feuille sera adressée sous enveloppe fermée aux parents de l'enfant. Elle ne contiendra aucune désignation de maladie ni indication de traitement. Elle portera en plus l'invitation aux parents de faire soigner *l'enfant par leur médecin habituel.*

Art. 10. — En cas de contamination grave d'une école, les médecins inspecteurs réclameront, s'il y a lieu, la fermeture de celle-ci. Elle sera soumise à une désinfection complète suivant les procédés indiqués et ne pourra être réouverte qu'après les délais fixés. Les vêtements des enfants atteints seront au préalable soigneusement désinfectés.

Ce projet ainsi présenté :

a) Consacre la participation de tous les médecins au service, *puisque* nous sommes tous de fanatiques égalitaires et *parce que* l'inspection médicale de toutes les écoles est une charge tellement lourde qu'il faut la répartir entre tous, sous peine de la rendre imparfaite, inefficace, parce que et de plus très onéreuse pour les budgets appelés à en faire les frais. Elle n'est possible qu'à condition d'être faite par *tous les médecins au cours de leurs tournées de clientèle* ;

b) Réserve toute l'autorité de l'Administration par la création de circonscriptions ;

c) Respecte le secret professionnel par l'établissement de livrets avec matricule et sans nom ;

d) Laisse intact le principe du libre choix pour les soins à donner aux enfants.

A la suite de la discussion et de l'adoption de ce projet, le Syndicat a nommé une Commission de cinq membres (art. 2 du projet) composée de : Dr Perdriat (de la Charité), Dr Laurent père (de St-Saulge), Dr Lehmann (de Nevers), Drs Petit et Régnier (de Decize).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DE CREIL (Oise).

19 *août* 1910.

Accident du travail. Contestation d'honoraires. Appréciation sévère par le juge de la mauvaise volonté d'une Compagnie d'assurance plaidant sous le nom du patron.

Attendu que les défendeurs contestent partie du rapport de M. le Chirurgien Chaput en ce que les motifs invoqués pour maintenir l'ensemble des honoraires réclamés par le docteur Costes sont sans fondement et ne peuvent être pris en considération ; qu'à l'appui de leurs dires, ils analysent en leurs conclusions les qualités professionnelles du demandeur et la régularité du traitement et soins donnés à l'accidenté S... ;

Attendu que l'expert, dont le talent chirurgical est réputé, a entendu en son cabinet les dires et explications des parties et avec sa coutumière impartialité, a apprécié toutes les objections des défendeurs ; que ses conclusions tendent à ce que la note d'honoraires présentée par le docteur Costes, s'élevant à la somme de 798 francs, n'a lieu d'être réduite que de 1 franc 25 ; que cependant les défendeurs, ou plutôt la Compagnie X., ergote sur les honoraires, discute et critique traitement et opérations du docteur Costes ; que la dite Compagnie, par un mercantilisme trop fréquent, oublie que l'ensemble du corps médical est composé d'honnêtes et consciencieux praticiens ; que les médecins de l'Oise sont dévoués à leurs malades et ont la respectabilité professionnelle ;

D'autre part :

Attendu que le tribunal, n'ayant aucune qualité requise pour apprécier l'efficacité du traitement médical ou les résultats d'une opération chirurgicale, a nommé, du consentement des parties, M. le docteur Chaput, chirurgien en chef de l'hôpital Lariboisière, à l'effet de dresser rapport tant sur la question d'honoraires que l'opportunité des opérations auxquelles l'accidenté a été soumis ;

Attendu que le rapport de l'expert présente toute l'impartialité permettant au tribunal de l'entériner purement et simplement.

Par ces motifs :

Jugeant en premier ressort ;

Retenons les conclusions du rapport de M. le docteur Chaput, entérinons ledit rapport ;

En conséquence ;

Condamnons la Société des Etablissements P., à payer au docteur Costes la somme de 796 francs 75 pour causes sus-énoncées ;

La condamnons en outre aux intérêts de droit et aux dépens.

VARIÉTÉS

Les Séniles.

Un de nos confrères, le docteur Bonnefoy (de Cannes), a fait, de l'action des courants de haute fréquence sur la circulation du sang, l'objet de nombreuses recherches physiologiques et cliniques. Il applique ces courants avec le plus grand succès à toute une catégorie de sujets qu'il appelle les *séniles,* appellation qui ne convient pas exclusivement à des personnes d'un âge avancé : « Elles sont souvent d'un âge moyen, écrit-il, quelquefois même en pleine jeunesse, et, cependant, leur attitude est bien celle de vieillards plus ou moins déprimés, auxquels tout exercice, toute marche un peu longue, sont pénibles et même impossibles. La plupart du temps, ils sont loin de se douter de leur état, et on les étonnerait bien si on leur disait que ce qualificatif s'applique à eux. Ils sont légion sur notre littoral méditerranéen. Dès que les premiers froids se font sentir, ils accourent de toutes les contrées de l'Europe et même de l'Amérique, avides d'un climat plus doux. Ils

ont quitté leur pays, parce que l'hiver y est rude et pour eux insupportable. Ils craignent le froid et ils viennent simplement se chauffer au soleil, en attendant que le printemps leur permette de retourner dans leurs foyers ».

Le docteur Bonnefoy a eu l'occasion de traiter nombre de ces patients, sans appétit, sans sommeil, qui sentent leur forces diminuer progressivement, dont les jambes chancelantes se trouvent parfois impuissantes à supporter le poids de leur corps, pourtant fort amaigri, dans bien des cas.

Il existe un état de frigidité manifeste du côté des extrémités, en particulier vers les pieds et les mains, qu'il est facile de relever au thermomètre, C'est surtout, lorsqu'à l'hypertension initiale a succédé l'hypotension, que la cyanose est prononcée à la face et aux membres.

Sans parler des diverses ressources que la thérapeutique met à notre disposition pour exciter les fonctions digestives de ces malades, pour tonifier leur cœur, faciliter la circulation périphérique et arrêter la marche progressive de cette déchéance, je me bornerai à proclamer les bienfaits des courants de haute fréquence et de haute tension. Ayant été témoin, l'hiver dernier, des résultats obtenus, les ayant utilisés pour mon propre compte, j'ai tenu à signaler leur action sur la circulation, par suite de la dilatation du réseau vasculaire périphérique, et, par conséquent, de l'augmentation de l'activité circulatoire.

Bien entendu, il faut le temps nécessaire, de la prudence et une technique spéciale pour aboutir à une action régulatrice, pour que le cœur reprenne son équilibre, soit qu'il se trouve à la période d'excitation, soit qu'il soit arrivé à la période d'affaiblissement.

Il est bon de savoir que les nerfs vaso-moteurs ne sont impressionnés par les courants de haute fréquence que pour un temps donné, au-delà duquel ils ne réagissent plus. Ce n'est pas, toutefois, au bout de trois ou quatre séances, que leur action sur la chaleur du corps peut se manifester. Il en faut un plus grand nombre, huit ou dix au moins, souvent même davantage, et encore cette chaleur ne se produit-elle pas de suite sur toutes les parties du corps ; elle se fait sentir graduellement d'abord sur les mains et les avant-bras, puis sur les bras, le tronc, les genoux, et enfin aux jambes et aux pieds.

C'est *indirectement* que les courants de haute fréquence diminuent l'hypertension, et indirectement aussi qu'ils ont une action si favorable sur l'état du cœur, puisqu'ils permettent à cet organe de faire un effort moins grand pour forcer la résistance des petits vaisseaux.

Inutile, d'ailleurs, de s'appesantir sur les théories ; elles sont toujours faciles à étayer, au moins en apparence, avec un peu de bonne volonté. — Après les hésitations du début et les emballements qui ont suivi, les critiques n'ont pas manqué. Ils sont nombreux, ceux qui, s'appuyant sur des contradictions plus apparentes que réelles, en ont tiré des conclusions peu bienveillantes pour l'électrothérapie. Les Allemands, qui ont la plaisanterie un peu lourde, ont même été jusqu'à dire : courants de haute fréquence = courants de haute finance.

On aurait tort, évidemment, de vouloir en faire une panacée, d'affirmer que le régime alimentaire et l'hygiène, même sans drogues, doivent déposer les armes devant la toute-puissance de l'électricité. Huchard a eu raison de protester contre ces exagérations, d'affirmer :

1° Qu'il y a des artério-scléroses avec hypotension ;

2° Que l'hypertension est souvent un moyen de défense salutaire de l'organisme, quand elle reste modérée ;

3° Qu'elle est entretenue dans la permanence par des causes diverses, parmi lesquelles l'alimentation ;

4° Que l'hypertension n'est pas toute la maladie, qu'en supprimant celle-là, on ne guérit pas celle-ci, surtout quand la sclérose est constituée.

Ces réflexions ne doivent pas faire rejeter en bloc les courants de haute fréquence, au moyen du lit condensateur et non sous forme d'auto-conduction avec le grand solénoïde, dont l'action hypotensive a paru négative au professeur Bergonié. Les résultats cliniques sont si nombreux et si probants qu'on peut dire que cette méthode est appelée à rendre les plus grands services, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une circulation sanguine défectueuse.

Pour bien préciser et garder la mesure entre les opinions divergentes, surtout en ce qui concerne l'application des courants de haute fréquence sur les hypotendus, après avoir recherché les causes de cette hypotension et déterminé par quelle modalité on devra la combattre, il est facile de se rallier aux conclusions de Bonnefoy : « S'agit-il d'un malade anémique, exsangue, déprimé par une longue maladie ; s'agit-il d'un surmené intellectuel, d'un neurasthénique, dans ces cas, c'est au bain statique, c'est à la franklinisation, avec ou sans étincelles, que l'on devra avoir recours.

« Mais si on se trouve en présence d'un arthritique, en présence de certaines débilités séniles, avec troubles trophiques et vaso-moteurs, consécutifs soit à des infections venues du dehors, soit à des auto-intoxications, il ne doit pas y avoir d'hésitation possible ; c'est au courant de haute fréquence que l'on devra s'adresser, et un courant de 200 à 600 milliampères au maximum est largement suffisant pour produire tout le résultat voulu, à condition, bien entendu, que les appareils employés soient suffisants pour donner un voltage très élevé, qui permette la pénétration des ondes électriques ».

Il est généralement admis que dans diverses formes d'insomnie, mais surtout dans celle des surmenés, des neurasthéniques et des hystériques, on est en droit d'attendre d'heureux effets de l'électrisation franklinienne. Or, certains esprits seraient disposés à admettre que cette électrisation agit simplement par suggestion : « Il est certain que, pour des esprits facilement suggestionnables, surtout chez des jeunes sujets, la vue des appareils électriques, l'apparition des étincelles des condensateurs qui se déchargent, la sensation particulière que l'on éprouve sur le tabouret iso-

lateur, peuvent amener des guérisons auxquelles l'action électrique est tout à fait étrangère. Mais ceci n'est pas l'électrothérapie, bien que constituant un moyen de thérapeutique, que le médecin est légitimement autorisé à employer, s'il juge qu'il peut espérer en obtenir de bons résultats chez des malades aisément suggestionnables (Bonnefoy).

Au mois de février dernier, j'ai retrouvé, dans une maison de santé du Cannet, un excellent confrère, le docteur de G..., qui, après une existence laborieusement et dignement remplie, était arrivé littéralement fourbu sur le littoral. Il me disait avec des accents de gratitude dans la voix que le docteur Sauvage était parvenu à le suggestionner pour lui rendre le sommeil qu'il avait perdu et dont la privation lui était si pénible. « C'est déjà pour moi, ajoutait-il, un grand bienfait, et je me réveille comme transformé après une bonne nuit réparatrice. »

Certainement, les courants de haute fréquence ont une action propre, qu'on ne peut révoquer en doute, mais quand même il y aurait, dans leur influence, une part de suggestion, il ne faudrait pas la dédaigner. Il faudrait encore la bénir et l'entretenir, cette bienheureuse suggestion, qui est capable de relever un organisme déchu, de lui apporter un réconfort appréciable, de rajeunir ces séniles penchés prématurément vers la tombe, de les restituer à la vie sociale et aux joies de la famille.

Ce n'est pas seulement dans le public que les neurasthéniques abondent ; ils sont nombreux dans notre petit monde médical, les surmenés, les abattus, les découragés et, lorsqu'ils se sentent à bout de forces, ceux qui ont été les plus sceptiques se raccrochent docilement à toutes les branches et ne demandent pas mieux qu'on leur tende une main secourable, qu'on leur fasse entrevoir un sort meilleur, qui leur permettra de reprendre le collier professionnel. Il paraît parfois bien lourd, mais beaucoup ne peuvent pas s'en passer, non seulement par habitude, pour éviter le désœuvrement, mais aussi par nécessité.

Qu'il me soit permis de conclure ainsi : Règle générale, nous ne connaissons pas bien les ressources que l'électricité met à notre service. Moi-même qui vous en parle, je ne possède pas bien ferré là-dessus, je ne possède que les notions indispensables à mon rôle de vulgarisateur ; mais elles me suffisent pour affirmer que nous nous trouvons en présence d'une force qu'on a su maîtriser, qu'on sait manier scientifiquement et avec les réserves voulues, variables selon les cas. Je ne saurais trop vous engager d'y avoir recours, pour autrui comme pour votre propre compte, au moins lorsque vous aurez vainement épuisé les formules pharmaceutiques qui sont à votre disposition, et dont l'action est trop souvent aussi fugace qu'aléatoire.

Dr Grellety
(de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

Mort héroïque d'un médecin français. — Invité par les autorités chinoises à aller combattre la peste à Foudziadian, le docteur Mesny, qui dirigeait l'école de médecine chinoise de Tien-Tsin, où il était professeur, s'était consacré à cette tâche avec une complète abnégation. La fatalité voulut que la contagion l'atteignit dès le premier jour. Ayant diagnostiqué la maladie sur lui-même, le docteur Mesny fit preuve d'une admirable maîtrise de soi. Afin de ne pas exposer la vie de ses collègues, il demanda lui-même une voiture, sortit de sa chambre après s'être enveloppé dans un drap imbibé d'une solution de sublimé, et se rendit au baraquement des pestiférés.

Arrivé au baraquement, le docteur Mesny déclara qu'il serait mort dans deux jours, et demanda qu'on avisât sa famille de son décès.

Les médecins russes firent l'impossible pour sauver leur confrère ; mais lui, toujours soucieux de ne pas transmettre la maladie, ne souffrait même pas qu'on prît sa température.

— **Un concours pour l'Internat de l'Asile national des convalescents du Vésinet** (S.-et-O.), s'ouvrira le lundi 6 mars prochain au ministère de l'intérieur, salle Telmont.

Ce concours est ouvert seulement aux étudiants en médecine.

On trouvera au secrétariat de l'asile et chez le concierge de la Faculté de médecine, des exemplaires de l'arrêté ministériel qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

— **La Société de biologie** consacre une somme de 2.500 francs à l'attribution de **subventions** à des recherches intéressant les sciences biologiques. Les demandes peuvent être adressées, *jusqu'au* 1er *mars*, au Président de la Société. Les candidats sont priés d'indiquer pour quels moyens matériels de travail leurs recherches nécessitent une subvention.

— **Les stations thermales.** — Le groupe interparlementaire qui a pris en mains les intérêts de nos stations thermales et climatériques, pour les mettre en état de lutter utilement contre l'inquiétante concurrence de leurs rivales allemandes, s'est réuni au Sénat sous la présidence de M. Astier, sénateur de l'Ardèche.

La question de la cure-taxe a été étudiée d'abord et le groupe, après avoir pris connaissance de la lettre de M. Maringer, directeur au ministère de l'Intérieur, a décidé de faire immédiatement les démarches nécessaires pour arriver à la prompte publication du décret d'administration publique qui rendra possible l'application de la loi, et permettra, dès la saison prochaine, à toutes nos stations, de posséder enfin les ressources budgétaires qui jusqu'ici leur manquent totalement pour faire les perfectionnements et embellissements susceptibles d'attirer l'étranger.

— Nous sommes heureux de saluer l'apparition d'un nouveau confrère :

Le Répertoire de Médecine internationale, Revue et Revue des Revues publiant sous forme de résumés distribués en feuillets mobiles, la substance des principales publications médico-chirurgicales du monde entier.

C'est là un effort qui mérite tous les encouragements.

Les abonnements sont reçus à la Librairie Médicale Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris (VIe).

— **L'industrie hôtelière.** — Une école préparatoire à l'industrie hôtelière vient de se créer en France. Il n'est jamais trop tard pour bien faire.

Il existe depuis longtemps, en Allemagne et, croyons-nous, en Suisse, des établissements de ce genre ; mais nous n'avions dans notre pays rien de semblable, et les jeunes Français qui voulaient suivre les cours spéciaux étaient obligés de s'expatrier pour demander à l'étranger les connaissances qui sont nécessaires dans la profession dont il s'agit.

Cette création est des plus intéressantes pour tous nos centres climatiques et balnéaires et plus particulièrement pour nos grandes hydropoles spécialisées dans le traitement des affections du tube digestif (Vichy, Châtel-Guyon, Pougues, Vals, etc.).

On sait en effet le rôle important que joue l'hôtelier dans nos stations thermales où, tout comme la langue d'Esope, il peut-être la pire ou la meilleure des institutions, selon la façon dont il comprend et remplit ses devoirs.

—**La lutte médicale en Italie.** — L'année 1911 s'est ouverte en Italie avec de très graves incidents médicaux.

La situation d'une grande partie du corps médical italien, dans les bourgs et les campagnes, est réellement pénible. Le médecin rural italien, appelé *Condotto*, est en réalité un fonctionnaire faisant de la médecine et de l'hygiène (dans la mesure du possible) pour un traitement fixe. Il est soumis à des lois générales et à des règlements communaux et doit ses soins gratuits à toute la population.

La rigidité des lois et l'exploitation générale dont ils sont l'objet ont poussé les médecins condotti à de graves résolutions.

Dans la province de Mantoue, la douce patrie de Virgile, les médecins condotti viennent de donner leur démission collective.

L'organe professionnel des médecins : *Il medico condotto* nous apprend sous le titre : « la première bataille » la démission de 50 médecins et le journal adresse un appel de solidarité à tous les confrères condotti d'Italie.

Les médecins condotti estiment qu'au moment où l'Italie va célébrer le cinquantenaire de sa résurrection politique, il est grand temps d'écouter la voix de ceux qui ont combattu avec héroïsme et abnégation, pendant ces 50 années, pour la science et l'hygiène.

Ils réclament une loi concrète réformant le statut médical des médecins fonctionnaires publics

Ce qu'ils veulent :

Les médecins soigneront gratuitement tous les pauvres, au sens légal du mot et en plus toutes les familles dont le revenu est inférieur à 2.000 francs. Les autres habitants paieront les honoraires suivant un tarif établi par l'association médicale.

Les communes paieront une indemnité de déplacement qui ne sera pas inférieure à 500 francs.

Les médecins ne seront tenus à prévenir d'une absence que dans le cas où elle dépasserait 12 heures.

Le médecin condotto aura droit à un congé annuel d'un mois pris en une fois ou par fractions.

Le médecin condotto jouira d'un traitement minimum de 3000 francs pour une population maximum de 2.000 habitants.

La limite inférieure du traitement sera de 2.500 francs, quel que soit le chiffre de la population du ressort desservi.

Si la commune veut établir la service médical pour tous les habitants, sans distinction, elle devra s'entendre avec son médecin pour la fixation du traitement.

Le médecin condotto devra donner un préavis de trois mois avant de démissionner.

Si une loi venait à augmenter les charges médicales, la commune devra supporter une majoration d'honoraires.

La simple lecture de ces modestes revendications nous en apprend très long sur la situation misérable actuelle des médecins italiens.

Le ciel et la législature préservent notre pays de cette servitude légale dénommée fonctionnarisme médical !!

Dr L. D.

(*Le Scalpel.*)

Que le corps médical français prenne garde ! S'il n'y met rapidement bon ordre en s'adaptant aux besoins des sociétés civilisées modernes, et, si en même temps, il ne se sent pas les coudes, le sort des médecins fonctionnaires italiens est peut-être, hélas! le lot que l'avenir lui réserve.

— **Morphine et mort fine.** — A propos de l'anecdote que contait ici même récemment le Dr Poullain, d'Ouistreham, notre distingué confrère, le Dr Martin, de la Chapelle-Basse-Mer, veut bien nous apprendre que dans les environs de Nantes, le populaire a coutume de dire d'un malade qui va mourir ou qui vient de mourir : « Il va mauphiner, il est mauphiné ».

Il y a là un rapprochement curieux, en effet, et les amateurs de recherches linguistiques sur les dialectes, les patois et les expressions de terroir y trouveront matière à exercer leur sagacité.

Notre confrère nous raconte encore qu'il a été quelque peu désorienté en entendant dire d'une parturiente qu'elle avait été atteinte de la maladie de « la lubine ». A la réflexion, il comprit qu'il s'agissait d'albumine dans les urines.

A rapprocher de l'huile « d'Henri V » et du sirop de « saleté pareille ».

— **Une Revue d'un nouveau genre.** — C'est d'une Revue d'ivrognes qu'il s'agit, mais d'ivrognes convertis. C'est à New-York qu'elle vient d'avoir lieu, avant une grande conférence sur l'antialcoolisme.

Des membres de l'œuvre philanthropique bien connue dans le monde entier sous le nom d'Armée du salut avaient réuni pour la circonstance un grand nombre des ivrognes qu'ils étaient parvenus à guérir de leur vice et à rendre tempérants. Ces braves gens ont été heureux de saisir l'occasion de témoigner à ceux qui les avaient guéris leur profonde reconnaissance.

Cette Revue, comme on n'en avait jamais vu, a produit une grande impression et l'on projette d'en faire une du même genre à Londres.

Nous lui souhaitons bon succès ; tous les moyens dont nous disposons doivent être employés pour lutter contre l'épouvantable fléau de l'alcoolisme.

(*J. des Institut.*)

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 9 Dimanche 26 FÉVRIER 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE (15 Février 1911)

Les membres de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, spécialement convoqués pour la révision des statuts, se sont réunis en Assemblée générale extraordinaire à Paris, 23, rue de Dunkerque, le mercredi 15 février à deux heures, sous la présidence de M. le Dr Lande, Président.

L'Assemblée nomme comme assesseurs MM. les Drs Barada et Hiblot et comme secrétaire M. le Dr Boudin.

Le Président constate que la convocation a été faite dans le n° 6 du *Concours médicat* (5 février 1911), et que le projet de modification statutaire a été publié en même temps; il déclare que l'Assemblée générale extraordinaire est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

M. le Président Lande expose brièvement la nécessité des modifications proposées.

M. le Dr Maurat donne lecture de plusieurs lettres, notamment de MM. Dore, Lepage, Delthil, Médail, etc. Bien que certaines aient été destinées à l'Association Amicale, il a cru devoir les lire avant toute discussion, afin que l'Assemblée générale fût pleinement éclairée et que ses membres pussent, s'ils le jugeaient bon, faire leurs et défendre les arguments exposés.

Après les explications fournies par MM. Jeanne, Gassot et Lande, et personne ne demandant la parole, le président met aux voix les résolutions suivantes :

1° *L'Assemblée générale décide qu'il y a lieu de réviser les statuts de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, notamment de renoncer au régime légal de l'approbation pour demeurer société de secours mutuels libre régie par la loi de* 1898.

(Adopté à l'unanimité.)

2° *L'Assemblée générale décide qu'il y a lieu d'adopter le projet de fusion avec l'Association amicale des Médecins français pour former une société unique sous le nom de : Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français.*

(Adopté à l'unanimité.)

En conséquence de ces décisions, le Président propose de passer à la discussion du projet de statuts proposés. (*Assentiment.*)

M. Gassot fait observer que quelques modifications sont présentées au texte publié dans le *Concours médical*, la Commission s'étant efforcée de donner satisfaction, dans la mesure du possible, aux observations qui lui ont été adressées en temps utile.

Le Président donne lecture des articles du projet qui sont successivement adoptés ; il met ensuite aux voix l'ensemble du projet, qui est adopté à l'unanimité.

L'Assemblée générale délègue tous pouvoirs à M. le Dr Jeanne pour effectuer le dépôt légal de la modification statutaire qui vient d'être votée.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Les Assesseurs, Barada, Hiblot.

Le Président, Lande.

Le secrétaire P. Boudin.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE (15 Février 1911)

Les membres de l'Association amicale des Médecins français, spécialement convoqués pour la révision des statuts, se sont réunis en Assemblée générale extraordinaire à Paris, au siège social, 23, rue de Dunkerque, le mercredi 15 février 1911, à trois heures sous la présidence de M. le Dr Maurat, président.

L'Assemblée générale désigne comme assesseurs MM. les Drs Barada et Bresselle, et comme secrétaire, M. le Dr Boudin.

Le Président constate que la convocation a été faite dans le n° 6 du *Concours médical* (5 février 1911), et que le projet de modification statutaire a été publié dans le même numéro ; il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

M. le Président a donné précédemment lecture des lettres qu'il a reçues ; il croit inutile de renouveler cette lecture. (*Assentiment.*) Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix la résolution suivante :

L'Assemblée générale décide qu'il y a lieu de procéder à une modification des statuts et de fusionner avec la Caisse des pensions de retraite du corps médical français pour former une société unique sous le nom de : Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français.

(Adopté à l'unanimité.)

En conséquence de cette décision, le Président propose de passer à la discussion des statuts proposés. (*Assentiment.*)

Le Président donne lecture des articles du projet, qui sont successivement adoptés ; il met ensuite aux voix l'ensemble du projet, qui est adopté à l'unanimité.

L'Assemblée générale délègue tous pouvoirs à M. le Dr Jeanne pour effectuer le dépôt légal de la modification statutaire qui vient d'être votée.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée

Les Assesseurs, Barada, Bresselle.

Le Président, Maurat.

Le Secrétaire, P. Boudin.

Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps Médical Français

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE CONSTITUTIVE (15 Février 1911)

Les membres de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français et les membres de l'Association amicale des médecins français, en conséquence des résolutions prises dans leurs Assemblées générales extraordinaires respectives, se sont réunis le 15 février 1911, à trois heures et demie, au siège social de l'Association Amicale, 23, rue de Dunkerque, Paris, en une Assemblée générale commune, pour adopter les statuts d'une Société de Secours mutuels libre qui, sous le nom de « Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français », les groupera en une Société unique.

L'Assemblée générale désigne comme président M. le Dr Lande, comme assesseurs, MM. les Drs Barada et Bresselle, et comme secrétaire, M. le Dr Boudin.

Le Président, après avoir constaté la constitution régulière de l'Assemblée générale, donne lecture du projet de statuts, qui est adopté arti-

cle par article d'abord, et ensuite dans son ensemble, à l'unanimité.

En conséquence des articles 8 et 9 des statuts qui viennent d'être adoptés, le Président invite l'Assemblée générale à nommer au scrutin secret les quinze membres du Conseil d'administration.

Par acclamation, l'Assemblée générale, nomme comme présidents d'honneur MM. les Drs Lande et Gairal.

Sont nommés :

Président : M. le Dr Maurat, *de Chantilly.*
Vice-présidents : M. le Dr Verdalle, *de Cannes* ;
M. le Dr Delefosse, *de Paris* ;
M. le Dr J. Noir, *de Paris.*
Secrétaire général : M. le Dr Mignon, *du Vésinet.*
Secrétaire-général adjoint : M. le Dr Bresselle, *du Vésinet.*
Trésorier : M. le Dr A. Gassot, *de Chevilly.*
Trésorier adjoint : M. le Dr Vimont, *de Paris.*
Secrétaire des séances : M. le Dr Jeanne, *de Paris.*
Administrateurs : M. le Dr de Ranse, *de Paris* ;
M. le Dr H. Cézilly, *de Coye* ;
M. le Dr Diverneresse, *de St-Mandé* ;
M. le Dr de Grissac, *d'Argenteuil* ;
M. le Dr Bellencontre, *de Paris* ;
M. le Dr Boudin, *de Paris.*

L'Assemblée générale charge le Conseil de procéder, lors de sa prochaine réunion, au tirage au sort déterminant l'ordre de sortie entre les membres du conseil, conformément à l'article 10.

En exécution de l'article 30, l'Assemblée générale désigne comme commissaires des comptes :

Pour la première section : M. le Dr Delpeut, *de St-Chéron* ; M. le Dr Barada, *de Betz.*

Pour la seconde section : M. le Dr Moreau, *de Versailles* ; M. le Dr Ravanier, *de Paris.*

Pour la troisième section : M. le Dr Camescasse, *de St-Arnoult* ; M. le Dr Truelle, *de Paris.*

En exécution de l'article 20, l'Assemblée générale désigne comme membres du Conseil d'arbitrage :

M. le Dr Lande, *Président d'honneur,* de Bordeaux ;
M. le Dr Gairal, *Président d'honneur,* de Carignan ;
M. le Dr Lepage, *Secrétaire général de l'A. G.,* de Paris ;
M. le Dr Barbanneau, *Président du Syndicat de la Vendée,* de Pouzauges.

L'Assemblée générale donne tous pouvoirs à M. le Dr Jeanne pour effectuer le dépôt légal des statuts de la Mutualité familiale et professionnelle et de la liste des Administrateurs.

Le Président fait remarquer que les statuts sont muets sur les rapports avec l'Association générale des médecins de France, car les conseils ont fait observer qu'une convention temporaire ne pouvait faire l'objet de dispositions statutaires. Il est désirable cependant que l'entente avec l'A. G. se poursuive et la Mutualité familiale n'a nullement l'intention de rompre cette entente.

L'Assemblée générale adopte, en conséquence de sa communauté de vues avec le Président, la résolution suivante :

Résolution

L'Assemblée générale, considérant, d'une part, que la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, constituée par la fusion de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français et de l'Association Amicale des médecins Français, doit assurer l'exécution des contrats qui lient ces sociétés à l'Association générale des médecins de France ;

Considérant d'autre part que l'obligation pour les sociétaires de la Mutualité familiale de faire partie de l'Association générale doit avoir pour conséquence une subvention globale de la Mutualité par l'Association générale et que, sans cette subvention globale, la dite obligation ne saurait s'expliquer ;

Décide qu'il y a lieu de réclamer de l'Association générale la révision des deux conventions du 9 novembre 1905 avec la Caisse des pensions et l'Association amicale,

Et charge son Conseil d'administration de négocier avec le Conseil général de l'Association générale une entente nouvelle sur les bases suivantes :

1° L'affiliation à l'une des Sociétés constituant l'Association générale continuera à être une des conditions imposées pour entrer dans la Mutualité familiale ;

2° L'Association générale continuera à déléguer un ou plusieurs de ses membres aux séances du conseil d'administration de la Mutualité familiale, et un ou plusieurs membres aux opérations de contrôle des commissions des comptes ;

3° L'Association générale continuera à payer les cotisations des membres de la Mutualité qui seraient dans l'impossibilité de le faire, mais de plus elle accordera chaque année une subvention globale à la Mutualité ;

4° Les conventions concernant spécialement la combinaison D de l'Amicale (devenue combinaison V de la Mutualité familiale) resteront sans modifications, sauf l'obligation pour les femmes bénéficiaires éventuelles, de faire partie de l'Association générale, obligation qui serait supprimée.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance es levée.

Les assesseurs, BARADA, BRESSELLE,
Le Président, LANDE.
Le secrétaire, P. BOUDIN

Articles des statuts qui ont subi une modification.

Texte adopté (1).

I. Société. — Objet. — Siège.

ARTICLE PREMIER.

Une Société de Secours mutuels professionnelle et familiale, libre et régie par la loi du 1er avril 1898, est établie à Paris, 132, rue du Faubourg-Saint-Denis,

(1) Voir n° 6 (5 février 1911).

sous le nom de MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Elle est constituée par la fusion des deux Sociétés préexistantes : la *Caisse des Pensions de retraite du corps médical français* et l'*Association Amicale des médecins français.*

Elle recrute ses membres participants parmi les docteurs en médecine et officiers de santé de nationalité française, légalement autorisés à exercer leur profession en France.

Les femmes de médecins peuvent faire partie de la Société dans les conditions prévues par les présents statuts.

ARTICLE 4.

La Mutualité Familiale et professionnelle du corps médical français se compose :

1° De membres *participants* ayant tous droit aux avantages prévus par les statuts sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies ou des risques apportés ;

2° De membres *honoraires* qui paient une cotisation fixée à dix francs, sans prendre part aux bénéfices attribués aux membres participants.

Les personnes, institutions ou associations qui auront fait à la Société des dons manuels, souscriptions ou générosités quelconques d'au moins 100 francs, seront inscrites avec le titre de *Bienfaiteurs* sur une liste qui sera aussi publiée chaque année.

III. Administration générale.

ARTICLE 8.

La Société est administrée par un Conseil composé de quinze membres et comprenant :

Un président ;
Trois vice-présidents ;
Un secrétaire général ;
Un secrétaire général adjoint ;
Un trésorier ;
Un trésorier adjoint ;
Un secrétaire des séances ;
Six administrateurs.

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. Toutefois, il pourra être attribué aux secrétaires généraux et trésoriers une allocation annuelle selon le développement de la Société.

Ces fonctions ne peuvent être confiées qu'à des sociétaires français non déchus de leurs droits civils et civiques.

ARTICLE 10.

Les membres du Conseil sont élus pour une durée de six années.

Le renouvellement de leur mandat se fait par tiers tous les deux ans.

A cet effet, lors de la première Assemblée générale, il sera dressé trois listes :

La première comprenant le président, un vice-président, le secrétaire des séances et deux administrateurs ;

La seconde comprenant un vice-président, le secrétaire général, le trésorier-adjoint et deux administrateurs ;

La troisième comprenant un vice-président, le secrétaire général adjoint, le trésorier et deux administrateurs.

Le sort désignera celles de ces trois listes qui seront soumises à la réélection après une période de deux années et de quatre années seulement.

ARTICLE 13.

Le Conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le Président et au moins quatre fois par an, à la fin de chaque trimestre.

Il ne peut délibérer valablement que si le tiers au moins des membres qui le composent assiste à la séance.

Dans l'intervalle des réunions, le Bureau, comprenant au moins le Président, le secrétaire général, le trésorier et le secrétaire des séances, est chargé de l'expédition des affaires courantes.

IV. Assemblées générales.

ARTICLE 18.

Les membres de la Société sont réunis en Assemblée générale ordinaire une fois chaque année, sur la convocation du Président et à l'époque fixée par le Conseil, pour entendre la lecture des rapports qui lui sont présentés et statuer sur les comptes ainsi que sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil.

Ces comptes et rapports sont publiés au moins dans le *Concours médical* quinze jours à l'avance.

Des Assemblées générales extraordinaires peuvent être convoquées s'il y a lieu.

La convocation en est obligatoire, si elle est demandée, soit par le quart des membres de la société, soit par la majorité des membres du Conseil.

La convocation est faite par simple avis inséré dans le *Concours médical* et les journaux qui publient les actes de la Société. Elle fait mention de l'ordre du jour.

VII. Administration financière.

ARTICLE 22.

Les recettes de la Société sont :

1° Les cotisations des membres participants attribuées aux caisses correspondant aux combinaisons auxquelles elles s'adressent ;

2° Les sommes complémentaires payées par les sociétaires suivant les combinaisons choisies et affectées aux frais de gestion ;

3° Les cotisations des membres honoraires ;

4° Les dons manuels, souscriptions, etc...,des membres bienfaiteurs ou sociétés bienfaitrices, attribués selon la volonté des donateurs, ou en cas d'absence de cette volonté, affectés par le Conseil ;

5° Les dons et legs autorisés par l'Autorité compétente, attribués comme ci-dessus ;

6° Les intérêts ou revenus du capital social affectés à chaque caisse pour la part qui la concerne.

Les dépenses sont :

1° Les indemnités de maladie et d'invalidité ;
2° Les pensions aux sociétaires ;
3° Les pensions aux veuves ;
4° Les frais de gestion.

ARTICLE 28

Les fonds de la Société sont déposés dans une ou plusieurs caisses publiques désignées par le Conseil d'administration.

Le trésorier ne devra laisser en compte-courant, libre et sans emploi, que la somme nécessaire aux besoins du service courant.

Les autres sommes devront être immédiatement placées en valeurs françaises ou étrangères, figurant à la cote officielle de la Bourse de Paris ou en placements en première hypothèque sur immeubles de rapport.

Les valeurs seront déposées dans les caisses publiques désignées par le Conseil. Elles n'en pourront être retirées que dans les conditions déterminées par l'article 16.

La Société se réserve le droit d'user des conditions présentées par la Caisse nationale des retraites.

X. Modifications aux Statuts.

ARTICLE 32.

Les propositions de modifications aux statuts ne pourront être présentées à l'Assemblée générale que sur l'initiative du Conseil d'administration ou sur une demande signée de trente sociétaires et soumise au Conseil un an à l'avance.

Le projet de modification est publié au moins dans le *Concours médical*, désigné pour les convocations, quinze jours avant l'Assemblée générale extraordinaire à laquelle il sera soumis.

Toute modification aux statuts doit être déposée conformément à la loi du 1er avril 1898.

XII. Liquidation.

ARTICLE 34.

La liquidation s'opérera de la façon suivante :

Une fois les dettes envers les tiers acquittées, l'actif social de chaque combinaison sera réparti entre les sociétaires jusqu'à concurrence des sommes par eux versées, avec intérêts à 3 % si l'actif le permet.

Le surplus, s'il en existe, sera attribué conformément aux décisions de l'Assemblée générale qui aura prononcé la dissolution.

Cette liquidation sera poursuivie par deux ou trois liquidateurs nommés par l'Assemblée générale et pris parmi les sociétaires.

Tous les documents et registres intéressant la Société seront remis aux liquidateurs, et les sociétaires auront le droit d'en prendre connaissance.

Les pouvoirs les plus étendus sont confiés aux liquidateurs pour retirer les fonds, vendre les titres, opérer tous transferts, donner toutes quittances, poursuivre tous recouvrements, régler tous différents et faire, en un mot, tous actes que leur mission comporte.

Indemnité maladie-accidents

Ancienne Association Amicale.

Combinaison MA.

ARTICLE 36.

Tout candidat, pour être admis, doit :

1° Répondre à un questionnaire sur son état de santé et sur ses antécédents ;

2° Subir un examen médical devant un confrère que lui aura désigné le Conseil d'administration et qui enverra, directement au secrétaire général, le certificat qu'il aura rédigé à la suite de cet examen.

ARTICLE 38.

Tout sociétaire tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires, renonce au droit à l'indemnité.

Renoncent pareillement à ce droit à l'indemnité, les femmes sociétaires pour l'incapacité de travail résultant de l'accouchement et ne dépassant pas 21 jours après cet accouchement.

ARTICLE 39

Tout membre admis à la Combinaison MA paie une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée (voir le tableau annexé).

L'âge d'entrée est celui que le sociétaire atteint dans l'année de son admission.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Toute cotisation versée demeure la propriété de la Société et ne peut faire l'objet d'une répétition quelconque, sauf la réserve formulée à l'article 51.

Tableau des cotisations.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable annuellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable annuellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

Il est loisible aux sociétaires de souscrire seulement une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité (1).

ARTICLE 51

Il existait antérieurement une combinaison B assurant la participation pendant la vie entière des sociétaires.

Cette combinaison a été fermée le 17 avril 1904 : elle ne subsiste que pour les anciens sociétaires dont la situation n'est pas changée.

Il est permis aux adhérents inscrits à la combinaison B, d'entrer à la combinaison R de la Caisse des Pensions. La différence des primes entre la combinaison B et la combinaison A qui reste seule en vigueur, leur est alors remboursée à titre de ristourne et en déduction sur la première cotisation de la combinaison R.

Caisse des Pensions de Retraites

(*Combinaisons P et R*)

ARTICLE 54.

La Caisse offre à ses adhérents deux combinaisons :

La Combinaison P qui sert la pension à 60 ans d'âge. La limite d'entrée est alors 45 ans.

La combinaison R qui sert la pension à 65 ans. La limite d'entrée est de 50 ans.

Malgré cette limitation d'âge destinée au calcul des primes pour les retraites à 60 et 65 ans, il sera toujours possible d'entrer à la Caisse *à quelque âge que ce soit*, en versant une cotisation spécialement calculée par l'actuaire pour une pension qui sera servie 15 ans plus tard.

Dans tous les cas, une participation de quinze années est indispensable à l'obtention de la pension.

ARTICLE 55.

Dans ces diverses combinaisons, la part de pension est de cent vingt francs.

(1) Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée Générale pourra décider un jour la possibilité du versement de cotisation double pour obtenir double indemnité.

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser dix (soit 1.200 fr. de pension).

ARTICLE 57.

Les sociétaires ont la faculté de contre-assurer leurs primes dans le but de garantir à leurs ayants droit le remboursement de leurs versements, y compris les primes de contre-assurance, au cas où ils viendraient à mourir avant la date où la retraite leur est acquise ou bien leur serait acquise s'ils avaient continué régulièrement leurs versements. En cas de décès du sociétaire après cette date, les héritiers n'ont aucun droit à un remboursement quelconque.

La contre-assurance ne peut s'appliquer qu'aux primes restant à verser au moment où le participant demande à profiter de la contre-assurance ; *en aucun cas, elle ne peut porter sur des primes déjà versées.*

ARTICLE 58.

En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant, Toutefois, sa pension ne pourra, dans aucun cas, être liquidée, s'il n'a pas versé au moins cinq cotisations annuelles.

Si le participant a versé au moins cinq cotisations annuelles au moment où il atteint l'âge fixé pour la retraite par la combinaison à laquelle il est inscrit, il lui sera servi une retraite calculée selon ses versements et suivant les bases qui ont servi à l'établissement des tarifs.

Il pourra être, après interruption des versements, autorisé à verser soit un arrérage, soit une annuité nouvelle qu'il aura à payer jusqu'à un âge déterminé pour récupérer la retraite totale. Mais l'arrérage ni l'annuité nouvelle ne pourront en aucun cas être versés pendant les quatre dernières années précédant l'âge de la retraite.

Sera considéré comme interruption le non-paiement d'une annuité.

Tout retard de plus d'un mois dans le paiement de la cotisation, entraîne pour le retardataire le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0 f. 50 % de la cotisation par mois représentant les intérêts viagers et les frais de correspondance et de rappel.

ARTICLE 59.

Les femmes des adhérents, faisant partie elles-mêmes de la Caisse, pourront, à la mort de leur mari ou en cas de divorce, choisir entre les alternatives suivantes :

1° Continuer le versement de leurs primes dans les conditions ordinaires pour toucher leur retraite à partir de 60 ans.

2° Si elles ont déjà versé leurs cotisations pendant cinq ans au moins, cesser le versement de ces cotisations pour jouir à soixante ans d'une retraite réduite en proportion du capital constitué par leurs versements.

3° Si elles n'ont pas encore versé leurs cotisations pendant cinq ans, continuer à verser leurs primes jusqu'à concurrence de la cinquième, pour rentrer dans la catégorie précédente et s'assurer une retraite proportionnelle.

ARTICLE 60.

Le droit à la retraite s'ouvre, pour chaque adhérent, au 1er janvier qui suit l'année où il aura atteint l'âge fixé par la combinaison choisie et après quinze années de participation.

Toute augmentation du nombre des parts donne lieu pour la retraite correspondant à ces nouvelles parts, aux obligations indiquées ci-dessus.

Caisse des Veuves et des Orphelins.

(Combinaison V)

ARTICLE 65.

Tout candidat pour être admis doit :

1° Subir un examen médical devant les confrères que lui aura désignés le Conseil d'administration et qui enverront directement au secrétaire général les certificats qu'ils auront délivrés à la suite de leur examen.

2° Présenter un bulletin de mariage ainsi que le bulletin de naissance de sa femme, bénéficiaire éventuelle (1)

ARTICLE 66

Tout membre admis à la caisse paie, pour une pension type de 600 francs, une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée (voir le tableau annexé).

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

Il est loisible aux sociétaires de ne souscrire que pour un, deux, trois ou quatre cinquièmes de la pension type, c'est-à dire pour 120, 240, 360, 480 francs de pension.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique (2).

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

ARTICLE 73.

Dans le cas de décès de la mère, la pension type attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins ;
200 fr. pour trois orphelins ;
150 fr. pour quatre orphelins ;
120 fr. pour cinq orphelins.

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse, en aucun cas, dépasser six cents francs par famille, ni trois cents francs par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas réversible sur ses frères et sœurs

PROPOS DU JOUR

La responsabilité médicale

M. le Dr P. Delbet a consacré une conférence des Amis de l'Université de Paris, faite récemment à l'amphithéâtre Richelieu de la Sorbonne, à l'examen de cette question toujours d'actualité : la responsabilité du chirurgien.

Les arguments et les cas de conscience exposés par M. Delbet n'avaient certes rien de vraiment nouveau pour nous médecins.

(1) Ces pièces, *destinées à une société de secours mutuels*, sont délivrées sur papier libre par les mairies.

(2) Dans ce cas, si le sociétaire vient à mourir avant d'être en possession de ses droits, c'est-à-dire dans le délai de six mois, la somme par lui versée est restituée à ses héritiers sous déduction de la somme qu'il aurait versée comme prime annuelle.

Tout a été dit, ou presque tout, sur la responsabilité médicale depuis que Brouardel a publié en 1897 ses leçons sur ce sujet en un volume de près de 500 pages.

Mais M. Pierre Delbet s'adressait à un public non médical, et sa conférence devenait évidemment pour ce dernier d'un passionnant intérêt. Cet intérêt était accru par le récent jugement condamnant M. le Dr B... chirurgien des hôpitaux de Paris, et le conférencier s'est plus particulièrement attaché à la critique de ce jugement.

M. Delbet n'a pas voulu examiner l'affaire à fond et a tenu, au moins provisoirement, pour vraie la vérité légale, c'est-à-dire l'hypothèse admise par le tribunal. Pour ce dernier, deux compresses auraient été oubliées, à la suite d'une opération, dans la cavité d'un kyste végétant de l'ovaire, que le chirurgien ne pouvait complètement extirper. Ces deux compresses auraient, par la suite, pénétré dans l'intestin, et auraient été expulsées par l'anus plusieurs mois après l'opération.

Même en admettant la réalité de cette hypothèse, M. Delbet trouve surprenants les attendus du jugement et leur conclusion : la condamnation du chirurgien à 5.000 francs de dommages intérêts.

Le premier de ces attendus affirme « qu'il « est impossible de méconnaître et d'oublier que « si la demanderesse est encore vivante aujour- « d'hui, elle le doit très vraisemblablement, pour « ne pas dire très certainement, à l'intervention « du docteur B. »

Et, après cette proclamation du mérite du Dr B.. qui, par une opération, a sauvé *très vraisemblablement, pour ne pas dire très certainement,* la vie d'une malade, le tribunal conclut, avec une logique qui nous déroute, en attribuant à titre d'honoraires au chirurgien 5.000 francs de dommages-intérêts à payer à celle qui, en le poursuivant, lui témoigne à sa façon une singulière reconnaissance.

Nous partageons l'étonnement de M. P. Delbet ; la lecture de ce jugement nous rappelle une des conceptions les plus étranges sorties de l'imagination de Victor Hugo. Dans une de ces admirables épopées en prose, qualifiées du nom de roman, *Quatre-vingt-treize,* V. Hugo nous dépeint la lutte passionnante d'un matelot contre un canon déchaîné par son imprévoyance et qui, sous les secousses du roulis et du tangage, brise tout dans l'entrepont et compromet l'existence du vaisseau. A force d'habileté, de sang-froid et d'audace, le matelot, risquant mille fois sa vie, parvient à se rendre maître du canon et à sauver le navire. Le commandant le fait monter sur le pont, le félicite de son héroïsme, détache sa croix de St-Louis et la fixe sur la poitrine du marin puis ordonne froidement de le fusiller, récompensant à la fois son courage et punissant sa négligence.

Nous n'avons garde de prétendre que le récit de V. Hugo soit comparable au cas du Dr B. ; nous le rapprochons seulement du jugement qui le frappe. Mais si ces sortes de paradoxes font merveille dans un roman, nous ne les apprécions plus de même dans la vie réelle, et surtout au prétoire.

La responsabilité médicale a toujours existé et doit, à notre avis, toujours exister. Chacun doit être tenu de réparer ses fautes, et nous trouvons étrange et déplorable que seuls, les magistrats échappent à toute responsabilité. Mais cette responsabilité médicale, d'après Brouardel lui-même, n'a jamais pu être définie avec précision. Il importe de lui fixer des limites. Ces limites doivent s'arrêter à la *faute lourde* nettement établie, comme, sur notre proposition, l'a récemment demandé, en un ordre du jour, le Conseil d'Administration du Syndicat des médecins de la Seine. L'esprit critique des magistrats pourra encore s'exercer dans un champ assez vaste pour arriver à préciser ce qu'est la faute lourde.

Jusqu'à notre époque, la doctrine de la faute lourde a été admise par la jurisprudence ; nous ne devons pas, comme le disait Brouardel, « la laisser entamer : c'est la sauvegarde du corps médical, c'est celle qui assure le libre développement du progrès scientifique ».

Cette doctrine de la faute lourde a été établie en un procès célèbre, vers 1835, par le Procureur général Dupin, et elle a une telle importance que nous croyons devoir la citer :

« Il ne s'agit pas, disait Dupin en ses conclusions, de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à le tenter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile et tomber sous l'examen des tribunaux.

« Assurément, il serait injuste et absurde de prétendre qu'un médecin ou un chirurgien réponde indéfiniment des résultats qu'on voudrait attribuer à l'ignorance et à l'impéritie.

« Mais réciproquement, il serait injuste et dangereux pour la société de proclamer comme un principe absolu qu'en aucun cas ils ne sont responsables dans l'exercice de leur art.

« Un jugement qui se serait décidé par l'une



ou l'autre de ces deux raisons ne pourrait échapper à la cassation. »

Nous ne réclamons pas non plus le privilège burlesque que Molière octroyait au médecin dans l'intermède du *Malade Imaginaire* :

Dono tibi et concedo
Virtutem et puissanciam
Medicandi,
Purgandi,
Seignandi,
Perçandi,
Taillandi,
Coupandi,
Et occidendi,
Impune per totam terram.

Mais nous ferons remarquer avec l'auteur de l'*Esprit des Lois*, cité d'ailleurs par Dupin au cours de sa plaidoierie, que si les lois romaines punissaient cruellement les médecins pour leur négligence et leur impéritie, il ne saurait en être de même chez nous.

« A Rome, objectait en effet Montesquieu, s'ingérait de la médecine qui voulait ; mais parmi nous, les médecins sont obligés de faire des études et de prendre certains grades ; ils sont censés connaître leur art. » (1).

J. Noir.

(1) Montesquieu. *Esprit des Lois*, L. 29, ch, 14.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Kirmisson.

La Grenouillette.

J'ai fait venir, pour vous la présenter, une fillette qui offre un exemple intéressant de grenouillette. C'est une enfant, de bonne santé habituelle, entrée à l'hôpital, il y a quinze jours. Trois semaines avant son admission dans le service, sa mère s'est aperçue qu'elle avait une tuméfaction anormale du plancher de la bouche gênant la déglutition.

Lorsque vous regardez la petite malade, vous êtes frappés de la déformation considérable de son nez. La partie cartilagineuse de celui-ci paraît rentrer dans la partie osseuse ; le nez est un peu en lorgnette, mais ceci n'a aucun rapport avec la grenouillette.

Quand on fait ouvrir la bouche de l'enfant, on aperçoit une tuméfaction considérable qui soulève tout le plancher buccal, occupe la ligne médiane et se prolonge de chaque côté. La tumeur n'est pas régulièrement coupée en deux par le filet de la langue : la partie droite est plus volumineuse que la gauche. Vous notez encore la coloration bleutée de la lésion qui tranche avec la coloration du filet et des papilles. Quant à la consistance, elle est tout à fait molle, fluctuante, manifestement liquide. La langue est soulevée par la masse pathologique.

Nous constatons, d'autre part, à la région sous-maxillaire droite, l'existence d'une tuméfaction volumineuse, arrondie, sans adhérences de la peau, de consistance molle, analogue à celle de la tumeur du plancher de la bouche. Il était indiqué de rechercher si l'on pouvait transmettre la fluctuation de la tumeur sublinguale à la tumeur sous-maxillaire. Cette recherche a été négative et on ne sent pas entre les deux lésions de communication évidente. Il est probable qu'elles sont indépendantes. Il était utile, enfin, de s'enquérir de la perméabilité du canal de Wharton. C'est une exploration délicate. Chez cette enfant, on n'a pas réussi, dans deux tentatives, à pénétrer dans le canal. Nous pourrons renouveler ces tentatives.

Remarquez, en passant, l'état des dents de la petite malade. On voit sur les incisives médianes, à la mâchoire supérieure, des encoches nettes, en cupules, caractérisant la déformation dentaire de Hutchinson. Rapproché de la déformation nasale, ceci indique l'hérédo-syphilis. Nous n'avons trouvé aucun autre signe d'hérédo-syphilis.

Nous sommes donc en présence d'un exemple de grenouillette remarquable par son volume, et par ce fait qu'il y a aussi une grenouillette sus-hyoïdienne coexistante.

La question des grenouillettes est une des questions les plus obscures de la pathologie chirurgicale. Le nom de grenouillette n'a d'ailleurs aucun sens. On l'a donné peut-être à cause de la présence en cette région des veines ranines (rana, grenouille), ou à cause du défaut de prononciation que provoque l'affection. On a décrit sous ce nom des tumeurs très dissemblables, des tumeurs kystiques des glandes salivaires, des masses graisseuses, des angiomes (grenouillette sanguine). De là, découle une certaine confusion.

On en distingue deux variétés, la grenouillette sub-linguale et la grenouillette sus-hyoïdienne, qui sont isolées, ou associées, comme chez notre petite malade. La plus fréquente est la grenouil-

lette sub-linguale. Elle occupe le plancher buccal, soulève la langue et la région du frein, et forme là, sur un des côtés du plancher de la bouche, une tuméfaction mollasse, bleutée, contenant un liquide muqueux, filant. Ce liquide n'a pas cependant les caractères de la salive ; il ne réagit pas comme celle-ci aux agents chimiques.

Les grenouillettes s'observent chez les sujets jeunes. Pour ma part, j'ai été frappé du nombre de grenouillettes que j'ai rencontrées chez les enfants.

La pathogénie de cette affection est très discutée. On est d'accord pour en placer le siège dans les glandes salivaires. On a pensé qu'il s'agissait d'une dilatation du canal de Wharton. A la vérité, en dehors de quelques rares exemples d'oblitération congénitale du canal de Wharton, cette oblitération ne se voit pas. Il arrive que le canal de Warton est le siège de corps étrangers, de calculs. Le canal, alors, se distend ; la glande se distend également, mais elle offre une tuméfaction douloureuse, à tel point que l'on a décrit ces accidents sous le nom de coliques salivaires. Or, ces phénomènes aigus n'existent pas dans la grenouillette. Donc, dans l'immense majorité des cas, le canal de Warton n'entre pour rien dans la genèse des grenouillettes.

On a incriminé les glandules sub-linguales, l'oblitération des petits canaux secondaires de la glande sub-linguale amenant l'ectasie des petites glandules.

Je vous ai dit que la grenouillette sus-hyoïdienne était moins fréquente que la grenouillette sub-linguale. Les caractères de la lésion sont ceux de la grenouillette sub-linguale. C'est une tumeur sous-maxillaire arrondie, régulière, plus ou moins molle, ayant l'apparence d'une tumeur liquide. Elle s'observe le plus ordinairement en coïncidence avec la grenouillette sub-linguale. On rencontre des faits où la grenouillette sub-linguale guérie est suivie de grenouillette sus-hyoïdienne, et on s'est demandé si la récidive ne se faisait pas du côté sus-hyoïdien. Gosselin, dans son article du *Compendium*, s'était rallié à cette opinion. On a discuté pour savoir si la lésion sus-hyoïdienne était indépendante ou si elle ne constituait pas un prolongement de la lésion sub-linguale. Il existe des tumeurs qui renvoient la fluctuation de l'une à l'autre, et d'autres, au contraire, où on ne peut pas renvoyer le flot. Il est possible que les deux ordres de faits soient réels. M. Dieu a présenté une observation dans laquelle il a pu démontrer le prolongement entre les deux grenouillettes. Depuis lors, un anatomiste, M. Marc Sée, dit avoir rencontré des petits prolongements de la glande sub-linguale. De même, Morestin a vu, à la faveur d'écartement des fibres musculaires, des petites glandes sub-linguales venant proéminer à la région sus-hyoïdienne.

A côté de cette pathogénie qui fait de la grenouillette un kyste salivaire, Recklinghausen en a élevé une autre. Il a montré que la grenouillette pouvait se développer aux dépens des glandes de Blandin ou de Nühn. On est allé plus loin. On a observé des cas dans lesquels la lésion émanait du canal de Bockdaleck ; d'autres où elle pouvait tenir à des inclusions analogues aux kystes dermoïdes.

Vous le voyez, la question de la pathogénie des grenouillettes est assez obscure. On admet généralement leur développement aux dépens des glandes salivaires, mais cette notion ne répond pas à tous les cas. Bon nombre ont une autre origine. A côté des kystes liquides, il y a des tumeurs enkystées, des kystes dermoïdes, des lipomes du plancher de la bouche. J'ai soigné, dernièrement, en ville, un petit malade intéressant à ce point de vue. C'est un enfant de 11 ans qui m'a été présenté pour une tumeur sous-maxillaire ayant subi des poussées. Je ne trouvai rien du côté buccal. J'extirpai la tumeur et l'examen montra qu'il s'agissait d'un kyste séreux congénital.

Le traitement des grenouillettes n'a pas moins préoccupé les chirurgiens que la pathogénie. Il est difficile de faire une extirpation complète de la lésion, qui est adhérente aux organes du plancher de la bouche. On s'est ingénié à trouver des procédés qui, tout en ne comportant pas l'extirpation, soient néanmoins suffisants. On s'est adressé aux injections modificatrices de teinture d'iode, de chlorure de zinc. On a fait des excisions partielles suivies de cautérisations du fond de la poche. On peut arriver ainsi à la guérison, mais les récidives sont à craindre.

Quand il s'agit d'une grenouillette sus-hyoïdienne, les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour préconiser l'extirpation. L'intervention cause une petite cicatrice, mais celle-ci peut être ordinairement cachée. J'ai l'intention, chez notre petite malade, de pratiquer l'extirpation. S'il y a communication entre les deux tumeurs, la grenouillette sublinguale se videra d'elle-même. Sinon, nous aurons à traiter ensuite cette grenouillette sub-linguale.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les signes physiques des kystes hydatiques de la convexité du foie

Le professeur Chauffard vient, de nouveau, attirer notre attention dans le *Journal médical français*, sur les difficultés du diagnostic des kystes hydatiques de la convexité du foie et les pleurésies droites.

« Tout d'abord, dit M. Chauffard, pour comprendre la nature et la valeur des signes, qui permettent le diagnostic des kystes hydatiques de la convexité du foie, il faut tenir compte des conditions anatomiques très spéciales dans lesquelles évoluent ces collections liquides enkystées.

« Quel que soit le siège initial de la greffe parasitaire, dès que le kyste vivant est formé, il tend incessamment à accroître son volume ; il s'accroît, parce que sa *tension vitale interne* l'emporte sur la résistance passive du parenchyme hépatique, mais par cela même, il cherche sa voie dans le *sens de la moindre résistance.* La greffe est-elle dans la région supérieure de l'organe, le kyste ne tarde pas à atteindre le bord convexe du foie, puis, dans son progrès ascendant, il déborde par une plus ou moins grande partie de sa sphère l'enceinte hépatique ; il refoule de bas en haut le diaphragme et le poumon droit, et il peut arriver à remplir de sa masse la majeure partie de l'hémithorax droit.

« Arrivé ainsi à son maximum de développement, le kyste de la convexité forme une vaste collection, dont les caractères physiques principaux sont les suivants :

« Union intime, par sa base, avec la masse hépatique ; rapport direct, par sa périphérie, avec la paroi interne de l'hémithorax droit ; tension intérieure considérable, et il suffit d'avoir vu ouvrir par le chirurgien un kyste de ce genre, pour constater avec quelle force sont projetés au dehors liquide et vésicules.

« *Toute la symptomatologie physique des kystes de la convexité s'explique par les données anatomiques précédentes, mais en tenant compte*, nécessairement, du volume de la collection liquide.

« Si le kyste est *petit,* s'il ne dépasse pas, par exemple, les dimensions d'une grosse orange, il est évident que ni la percussion, ni l'auscultation ne pourront en révéler l'existence.

« Seul l'*examen radioscopique* montrera une saillie hémisphérique refoulant le diaphragme, et suggérera la possibilité, mais non la certitude, d'un kyste hydatique, — des tumeurs gommeuses ou néoplasiques du foie pouvant donner une image très analogue.

« Le kyste est-il arrivé à un plus haut degré de développement, il remplit la base de l'hémithorax droit, puis se moule sur la face interne du gril costal, remonte de plus en plus haut dans la cavité thoracique, déjette les côtes en position inspiratoire. Dès lors, apparaissent des signes très analogues à ceux des *grands épanchements pleurétiques droits.* Toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit se dilate et s'immobilise en ampliation inspiratoire ; les espaces intercostaux se dilatent et le signe du cordeau de Pitres devient constatable ; par le fait du refoulement du poumon droit, le murmure vésiculaire s'éteint et fait place au silence, la percussion donne une matité hydrique, et les vibrations thoraciques sont abolies ; enfin, le bord inférieur du foie se montre notablement abaissé.

« On comprend que, en présence de pareils signes physiques, il puisse devenir très malaisé de faire le diagnostic différentiel d'une pleurésie droite à grand épanchement et d'un kyste hydatique de la convexité ; de fait, l'erreur n'est pas très rare, et plus d'un médecin, croyant ponctionner une pleurésie, a eu la surprise de voir apparaître un liquide eau de roche, qu'il n'attendait pas.

« Aujourd'hui, on peut recourir, quand on en a la facilité, à l'examen radioscopique. Mais, pour le praticien, M. Chauffard indique deux signes nouveaux qu'il recommande à l'attention de tous.

« Le premier de ces signes est le *flot transthoracique.*

« Pour le constater, il faut examiner le malade debout, et le thorax mis à nu. La main gauche est placée horizontalement sur la partie du thorax postérieur, au dessous de la pointe de l'omoplate droite, tandis que les doigts de la main droite percutent en avant, légèrement, et à petits coups séparés, au niveau de la cinquième ou de la sixième côte ou des espaces intercostaux correspondants. La main gauche reçoit et perçoit alors une ondulation profonde et vibratoire, moins élastique que le frémissement hydatique, qui semble se propager d'avant en arrière, véritable sensation de flot transthoracique.

« La même manœuvre faite en sens inverse (percussion postérieure et palpation antérieure) donne un résultat beaucoup moins net. »

Cette sensation très spéciale est facilement reconnue quand on l'a une fois perçue. Elle est propre aux grands kystes de la convexité et ne se retrouve ni dans les pleurésies droites, ni dans les grands abcès dysentériques du dôme du foie.

M. Chauffard signale un 2e symptôme : le *ballottement sus-hépatique.*

« Ici, on examine le malade couché à plat et le thorax bien tendu, voici ce que l'on constate : La main gauche est appliquée *en avant* et transversalement au niveau du deuxième et du troisième espace intercostal droit ; les doigts de la main droite, tournés vers le haut du corps, sont placés *au-dessous* du rebord hépatique, au point le plus abaissé du lobe droit ; une fois le bord tranchant du foie ainsi accroché, une série de petites secousses dirigées de bas en haut, ébranlent et remontent, pour ainsi dire, toute la masse hépato-kystique. Or, à chaque saccade, la main gauche perçoit *un choc léger, dirigé de bas en haut, au niveau du deuxième espace intercostal droit.*

« On ne peut mieux comparer cette sensation qu'au ballottement que la palpation bimanuelle permet de provoquer au niveau d'un gros rein, d'une vésicule dilatée, d'une rate hypertrophiée et mobile.

« Ce n'est pas le foie seulement que l'on se renvoie ainsi d'une main à l'autre, c'est l'ensemble solidaire du foie et du kyste, et c'est celui-ci, dans sa portion ascendante et extra-hépatique, qui vient se mobiliser ; le nom de *ballottement*

sus-hépatique me paraît donc assez bien convenir à ce nouveau signe.

« Le signe du flot et le signe du ballottement ne font pas double emploi ; ils se complètent et relèvent de la même pathogénie : l'existence d'une vaste collection enkystée, tendue, rénitente et sous tension forte, en rapport intime avec la paroi intercostale élargie, et faisant corps avec la masse du parenchyme hépatique. »

A l'aide de ces deux signes, on peut arriver à apprécier assez exactement les dimensions ou tout au moins, deux dimensions des kystes hydatiques de la convexité du foie.

L'Iboga du Congo et l'Ibogaïne

L'*Iboga* est une plante qui croît dans les régions de l'Afrique occidentale et surtout au Congo. Elle a été importée en France par l'explorateur *J. Dybowski*, qui avait remarqué au cours de ses nombreux voyages que les nègres en faisaient une notable consommation, prétendant, dit le Dr *A. Landrin*, qui a consacré à ce végétal exotique un très intéressant travail, que « l'absorption de la plante permet de résister à « une longue fatigue, en enlevant tout besoin « de sommeil, et de fournir une ration supplé- « mentaire de travail... »

Ed. Landrin qui l'a étudiée aussi complètement que possible, en a extrait un alcaloïde nettement défini qu'il a nommé Ibogaïne, susceptible de se combiner avec les acides pour former des sels dont le plus communément utilisé est le chlorhydrate. Les expériences de laboratoire, ainsi que les essais cliniques qui en ont été faits dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans le service et sous la direction du prof. *Huchard*, permettent de préciser l'action physiologique de l'Ibogaïne, et, par conséquent, ses indications thérapeutiques. Cette action est complexe et s'exerce sur la circulation, les contractions cardiaques étant à la fois ralenties et augmentées d'énergie ; sur le système nerveux central, dont l'excitabilité est accrue ; sur les échanges nutritifs, l'oxygène étant absorbé en plus grande quantité et l'acide carbonique éliminé plus abondamment.

Il s'agit donc d'un médicament tonique musculaire et nerveux, toni-cardiaque et excitant de la nutrition, qui doit être avantageusement prescrit dans tous les cas où il y a lieu de produire un effet stimulant sur l'organisme.

La dose moyenne d'Ibogaïne est de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour, sous différentes formes, ce médicament se prêtant à tous les modes de préparation pharmaceutique. Mais il est préférable de recourir aux dragées Nyrdahl, dosées à 0 gr. 005 de principe actif, très faciles à administrer et dont on ordonnera 3 à 6 quotidiennement et plus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Ostéite des nacriers. — Plaie du poumon et du foie par balle de revolver. — Ostéomyélite de l'astragale. — Masque ecchymotique de la face. — Calcul de la glande sous-maxillaire révélé par la radiographie. — Interventions chirurgicales dans les pieds bots.

M. Broca présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un cas d'*ostéite des nacriers* observé par M. Ombredanne. Le malade offrait une ostéo-périostite diaphysaire. L'âge du sujet (15 ans), l'allure du processus morbide, l'épaississement périostique, s'accordaient bien avec ce que l'on connaît de l'ostéite des nacriers. Le traitement spécifique était resté sans effet. De plus, la forme diffuse de la lésion, sa localisation périostique, les douleurs spontanées qu'elle déterminait, cadraient mal avec l'hypothèse de tuberculose. La marche lente, d'autre part, la localisation d'emblée diaphysaire, l'intégrité apparente de l'os après un temps relativement long, l'absence de phénomènes aigus au début, éloignaient l'idée d'ostéomyélite chronique d'emblée.

On sait que l'ostéite des nacriers a coutume de s'arrêter, en laissant des hyperostoses plus ou moins grosses, lorsque le sujet devient adulte.

M. Rochard remarque que l'ostéite des nacriers paraît être une maladie bien connue dans certains milieux. Dans le quartier du Combat, centre de la manipulation de la nacre, à Paris, on peut voir sur les murs des affiches signalant cette affection aux ouvriers.

— M. Potherat rapporte à la *Société de chirurgie* un cas de *plaie de la plèvre, du poumon, du diaphragme et du foie par projectile de revolver*.

Il s'agit d'un jeune homme qui avait reçu une balle de revolver dans la région thoracique droite. Au moment de son admission à l'hôpital, le blessé ne semblait pas très sérieusement atteint. Quelques heures plus tard, l'état s'aggrava, et des signes évidents d'hémorrhagie interne abondante (petitesse et fréquence du pouls, pâleur des téguments, refroidissement des extrémités) se montrèrent.

L'opération révéla des lésions multiples de la plèvre, du poumon, du diaphragme et du foie. Le foie avait été traversé par le projectile. Le blessé guérit.

—M. Walther présente à la *Société de chirurgie* un garçon de 15 ans qu'il a soigné à l'hôpital de la Pitié dans les conditions suivantes :

L'état général du patient était très grave ; la température était élevée, à grandes oscillations ; des râles humides s'entendaient sur toute la hauteur des deux poumons. Localement, le pied droit était le siège d'un œdème énorme, avec une fistule sur la face interne, une fistule sur la face externe. Il existait deux gros abcès non ouverts à la partie interne de la jambe. Le diagnostic porté avait été celui de tuberculose de

l'astragale accompagnant des lésions pulmonaires avancées.

Il s'agissait, en réalité, d'*ostéomyélite*. L'affection avait débuté un mois auparavant, brusquement, après une légère entorse, chez un sujet ayant déjà des furoncles multiples. La seule extirpation du foyer (l'astragale) amena la disparition des phénomènes locaux et généraux, et la guérison du malade.

—M. DEMOULIN signale, à la *Société de chirurgie*, un nouvel exemple de *masque ecchymotique de la face*.

Le patient en question, en voulant franchir la bordure d'un trottoir, glissa et tomba sur le dos. Apercevant alors un autobus qui venait sur lui, il fit un violent effort pour se blottir contre le trottoir et se coucher dans le ruisseau. L'autobus ne l'atteignit que légèrement. Transporté à l'hôpital, le blessé ne fut trouvé atteint d'aucune lésion grave, mais il offrait un masque facial très net ainsi caractérisé : bouffissure de la face, teinte violacée du front, des paupières, ecchymoses d'un rouge intense sous les conjonctives bulbaires, ecchymoses bleuâtres au niveau des plis qui séparent les paupières inférieures des joues, teinte violacée sur la lèvre supérieure, les ailes du nez, la lèvre inférieure. Sur la région antérieure du thorax, autre plaque violacée descendant en se dégradant jusqu'à la partie inférieure du sternum.

La pression des doigts faisait disparaître la coloration bleuâtre, momentanément, mais non les macules parsemant le fond violacé. L'inspection de la cavité buccale révélait de nombreuses taches rougeâtres, sur la voûte palatine, le voile du palais, le pharynx.

Le masque ecchymotique facial est décrit aussi sous les noms d'infiltration ecchymotique diffuse de la face, asphyxie cutanée cervico-faciale, masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale. On l'a considéré comme une conséquence de traumatismes violents du thorax et de l'abdomen, ou des deux à la fois, et on l'a expliqué par la compression brusque des gros réservoir veineux de ces cavités, déterminant un reflux intense du sang dans le système cave supérieur. Chez le malade de M. Demoulin, le seul mécanisme pouvant être invoqué est celui de l'effort thoraco-abdominal fait par le sujet pour éviter le choc de l'autobus.

— M. JUDET expose, à la *Société des chirurgiens de Paris*, une observation de *calcul de la glande sous-maxillaire, extrait après radiographie*.

Les phénomènes constatés (poussées douloureuses de tuméfaction de la glande sous-maxillaire, issue de pus sous la langue, au niveau de l'orifice du canal de Warthon, quand on pressait sur la tuméfaction sus-hyoïdienne) faisaient penser à une inflammation suppurative chronique de la glande. Le cathétérisme du canal de Warthon restait négatif. M. Judet pratiqua une résection presque totale de la glande. Une fistule ayant persisté, il fit faire une radiographie qui révéla un calcul, dont l'ablation, après incision du plancher buccal, amena la guérison. L'auteur estime, comme conclusion, qu'il convient de tenter l'examen radiographique chez tous les malades atteints de suppuration chronique de la glande sous-maxillaire.

— La *Société des chirurgiens de Paris* discute la question des *interventions chirurgicales dans les pieds bots*.

M. MONNIER, dans les cas très légers, chez les enfants de quelques mois, a recours au simple massage, sans ténotomie ni appareil, prolongé un an ou deux. Dans les autres cas, pendant les deux ou trois premières années, il s'adresse à la ténotomie, au massage forcé, aux appareils plâtrés maintenant le pied en hypercorrection, puis aux appareils orthopédiques. A partir de 4 ans, il conseille la ténotomie, et, si la résistance est trop grande, le Phelpo-Kirmisson ou le Phelpo-Félizet ou l'évidement de l'astragale. Pour les pieds bots paralytiques, il pratique quelquefois la greffe anastomotique tendineuse, ordinairement l'arthrodèse complexe, parfois l'ablation de l'astragale.

M. JUDET est partisan de toujours traiter le pied bot dans la première enfance par l'hypercorrection modelante, et de réserver les résections aux pieds-bots invétérés âgés.

Pour M. MAYET, les procédés de douceur, à part quelques cas particulièrement bénins, ne donnent pas de résultats constants. La plupart du temps, ce sont des pieds bots mal guéris qu'on doit plus tard opérer. Le traitement de choix est la réduction forcée sous chloroforme, suivie d'application d'appareils exagérant encore cette hypercorrection. Les interventions osseuses ne conviennent qu'aux cas graves. P. L.

UROLOGIE CLINIQUE

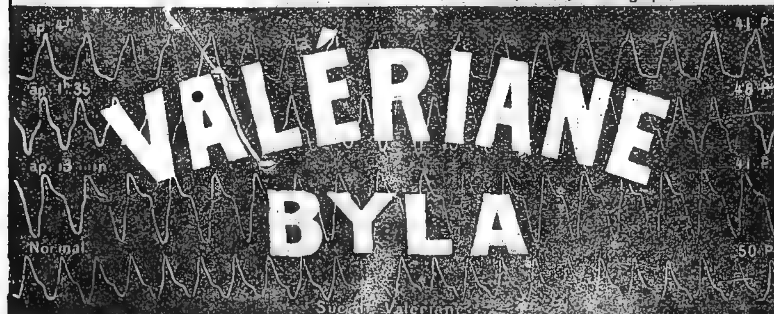
Recherche et dosage de l'albumine (1).

Une des réactions caractéristiques de l'albumine est sa facile coagulation par la chaleur ; c'est cette propriété qui est le plus souvent utilisée pour sa recherche et son dosage. Si on chauffe avec une lampe à alcool quelques centimètres cubes d'urine dans un tube à essai, et si cette urine contient de l'albumine, il se forme un précipité ou un louche fort net. Cette réaction est-elle caractéristique de l'albumine ? Non, car bien d'autres produits peuvent précipiter dans les mêmes conditions.

Si l'urine est neutre ou faiblement acide, les phosphates et les carbonates terreux, solubles seulement en présence de gaz carbonique, précipitent, l'ébullition ayant favorisé le départ de ce

(1) Un de nos lecteurs, M. le Dr Martinet, de Villenauxe (Aube) nous demande d'apprécier dans un article les différents procédés cliniques de recherche et de dosage de l'albumine ; en réponse à cette demande, nous avons prié un chimiste distingué d'étudier la question.


LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés
10 min
Injection
Energétène de Gui
GUI
BYLA
SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE
Chaque Flacon 3f.50 .LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE A GENTILLY (Seine)


LES ÉNERGÈTENES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiqt & Physiologiquemt titrés
VALÉRIANE
BYLA
Normal
SUCS DE SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE
Chaque Flacon 3f.50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE A GENTILLY (Seine)

gaz. Si on ajoute alors une petite quantité d'un acide, les phosphates et les carbonates se redissolvent, l'albumine seule reste indissoute. L'acide acétique, que l'on employait jusqu'à ces derniers temps, n'est pas à conseiller, car il a la propriété de dissoudre certaines albumines, en donnant des acéto-albumines solubles ; de plus, il précipite la mucine et les peptones, qui existent toujours dans les urines : d'où causes d'erreur. L'acide qui me paraît le plus avantageux à employer, est l'*acide trichloracétique,* qui ne solubilise aucune albumine et ne précipite pas les peptones. On l'emploie en solution de 1 gr. d'acide dans 3 gr. d'eau.

Si, sous l'action de la chaleur, l'urine essayée ne donne aucun précipité, peut-on, dans tous les cas, en conclure qu'elle ne renferme pas trace d'albumine ? Non, car si l'urine essayée avait une réaction nettement alcaline, l'albumine se serait transformée en alcali-albumine soluble et il serait impossible d'obtenir sa coagulation par la chaleur. Il est à remarquer, en outre, que certaines urines fortement albumineuses, additionnées d'eau pour obtenir une dilution convenable, ne précipitent plus par la chaleur ; il suffit dans ce cas, pour obtenir la précipitation, d'ajouter un sel minéral neutre, du sulfate de soude par exemple.

Le procédé par la chaleur et l'acide trichloracétique, ainsi modifié, est d'une extrême sensibilité ; c'est lui qu'il y aura lieu d'employer toutes les fois qu'on aura à rechercher de l'albumine dans une urine ; dans les cas douteux, on pourra, comme contrôle, recourir aux autres procédés qui tous sont d'un emploi plus délicat ou nécessitent l'usage de réactifs plus ou moins compliqués.

Je ne rappellerai ici que pour mémoire le procédé à l'*acide nitrique* ou de l'anneau de Heller : ce procédé est assez délicat à employer ; il faut verser peu à peu l'acide dans l'urine à froid, au moyen d'un tube effilé ; de plus, l'albumine qui se précipite est souvent impure, mêlée de cristaux d'azotate d'urée, peu solubles.

Le réactif le plus sensible de l'albumine est sans contredit l'iodomercurate de potassium ou *réactif de Tanret* dont voici la formule :

Bichlorure de mercure..............	2 gr. 11
Iodure de potassium..................	3 gr. 187
Acide acétique cristallisable........	31 cc³
Eau........................Q.S. ad.	100 cc³

On fait dissoudre le chlorure mercurique dans l'eau bouillante, on le verse dans l'iodure de potassium préalablement dissous à froid, on ajoute l'acide acétique, puis l'eau de façon à obtenir après refroidissement 100 cc³.

Ce réactif ne précipite pas que l'albumine ; il précipite aussi les peptones et les alcaloïdes, mais si on ajoute de l'alcool ou si on chauffe, le précipité dû aux peptones et aux alcaloïdes se redissout ; seul le précipité d'albumine reste indissous. Toutefois, si l'urine ne contient que très peu d'albumine, le précipité peut se dissoudre sous l'action de la chaleur ; mais il reparaîtra dans tous les cas par refroidissement.

Je ne ferai que citer les procédés au ferrocyanure de potassium et à l'acide acétique, et celui à l'acide picrique : ils sont bien moins sensibles que les précédents.

Dosage. — Si la recherche de l'albumine est, en somme, assez aisée, son dosage est une question bien autrement délicate. Malgré les nombreux travaux qui ont été faits sur cette question, il n'existe actuellement qu'un seul procédé vraiment pratique et rigoureux de dosage de l'albumine, c'est la *méthode pondérale* : on porte un poids déterminé d'urine à l'ébullition pour coaguler l'albumine et on ajoute quelques gouttes d'acide trichloracétique ; on filtre, lave à l'eau, puis à l'alcool, sèche et pèse. Malheureusement, ce procédé, aussi simple qu'il est précis, ne peut être employé en général par le médecin, car il exige l'emploi d'une balance de précision, instrument délicat et coûteux que seul le pharmacien possède, dans les petites localités du moins. Aussi force en est au praticien, non muni d'un véritable laboratoire d'analyse, de se rabattre sur les méthodes volumétriques, quelles que soient leurs défauts.

Bien des méthodes volumétriques ont été proposées, mais aucune ne présente une grande sensibilité ; ce ne sont que des procédés d'approximation, bons pour un examen rapide et non pour un véritable dosage. La méthode des dépôts ou du tube d'Esbach est la plus répandue : elle est, en effet, rapide et commode : il suffit de précipiter dans un tube spécial, mais peu coûteux, l'urine par le *réactif citro-citrique d'Esbach.*

Acide picrique....................	1 gr.
Acide citrique....................	2 gr.
Eau......................q. s. ad	100 cmc.

On retourne le tube une dizaine de fois sans secousses, puis après 24 heures de repos, on lit la graduation correspondante à la surface supérieure du dépôt. Ce procédé est défectueux ; souvent, en effet, le précipité ne se tasse pas suffisamment et on trouve trop d'albumine, ou même il flotte et on ne peut plus faire de lecture. De plus, le réactif d'Esbach précipite, outre l'albumine, les peptones.

On peut pourtant, même en présence de peptones, doser par ce procédé l'albumine avec une approximation de 1 à 1,5 % ; il suffit de faire 2 essais identiques au moyen de 2 tubes d'Esbach ; dans l'un, on met de l'urine privée préalablement de son albumine par la chaleur, et dans l'autre de l'urine à étudier ; on opère rigoureusement de la même façon pour les 2 tubes. La différence des lectures donne la quantité d'albumine.

Le *réactif de Boureau* :

Acide sulfosalicylique..............	5 gr.
Acide sulfophénique.................	15 gr.

ne précipite ni les peptones, ni les alcaloïdes ; malheureusement, au point de vue du dosage, ce procédé présente les mêmes inconvénients que celui du tube d'Esbach, car c'est aussi une méthode de dépôts.

Il en est de même du *procédé d'Amann* dont le réactif, plus sensible que le précédent, a l'incon-

vénient d'avoir une formule un peu compliquée.

Je ne ferai que citer les méthodes de dosage basées sur le temps que met à se former l'anneau de Heller dans la réaction de l'acide azotique sur l'urine albumineuse ; ce procédé est encore plus approximatif que les précédents.

En résumé, la recherche de l'albumine est aisée ; la méthode par la chaleur et l'acide trichloracétique donne presque toujours de bons résultats ; dans les cas douteux, on aura recours au réactif de Tanret, épreuve plus sensible. Quant au dosage, la méthode des dépôts est peu rigoureuse, les résultats ne sont précis qu'à 1 % près environ, ce n'est là qu'un procédé d'approximation.

- I L'urine est chauffée à l'ébullition.
  - Précipité
    - Soluble dans l'acide trichloracétique = Phosphates et carbonates terreux.
    - Insoluble dans l'acide trichloracétique = Albumine.
  - Pas de précipité
    - L'urine était acide = Rien.
    - Elle était alcaline. — Il faut recommencer l'opération, en ayant soin d'aciduler au préalable avec de l'acide trichloracétique.
- II (cas douteux) L'urine est traitée par le réactif de Tanret.
  - Précipité
    - Soluble à chaud
      - Ne reparaît pas par refroidissement = Peptone et alcaloïdes.
      - Reparaît par refroidissement = Albumine en faible quantité.
    - Insoluble à chaud = Albumine.
  - Pas de précipité.............................. Pas d'albumine.

V. Volmar,
Ingénieur-Chimiste,
Licencié ès-sciences.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Ectasies de la cornée.

Nous avons vu qu'à la suite d'une perforation de la cornée par ulcère infectieux avec hernie de l'iris, il se produisait un bombement du tissu de cicatrice (formé par l'iris) qui pouvait intéresser la cornée entière. C'est le *staphylome opaque* qui peut être, comme la lésion d'origine, total ou partiel.

Il peut se produire aussi, à la suite d'ulcères non perforants, ou de pannus, ou de kératite interstitielle, un amincissement du tissu cornéen opaque qui s'ectasie.

Ce sont là des ectasies d'origine infectieuse ou inflammatoire.

Les ectasies spontanées, que l'on appelle encore *staphylomes transparents, pellucides*, et qui sont des malformations coïncidant avec des états congénitaux ou acquis (malformations craniennes, cataractes, constitutions débiles), comprennent le *kératocône*, c'est-à-dire la cornée conique, et le *kératoglobe*, simple variété globuleuse de la même affection.

Il s'agit là d'un amincissement avec diminution de résistance de la cornée qui n'a rien à voir avec un processus inflammatoire et qui peut d'ailleurs coïncider avec une intégrité parfaite des milieux de l'œil et de ses membranes. Cependant le sommet du cône s'opacifie un peu à la longue (fig. I et 2).



Fig. 1

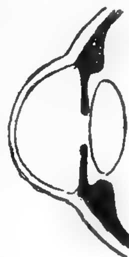


Fig. 2

Il en résulte une augmentation de la réfraction des rayons qui pénètrent dans l'œil et une myopie non corrigeable parce que précisément cette ectasie n'est pas limitée, au moins pour le kératocône, par une surface sphérique et ne peut être corrigée par le port de verres employés en oculistique et qui sont le plus ordinairement sphériques. La surface du kératocône étant hyperbolique, le vice de réfraction ne pourrait théoriquement être corrigé que par des verres à surfaces présentant les mêmes qualités géométriques, ce qui est pratiquement à peu près impossible ; aussi aucune des corrections essayées ne donne de bons résultats.

Théoriquement, il n'en est pas de même pour le kératoglobe, bien que la bonne correction soit loin d'être la règle à cause de l'irrégularité même de l'ectasie cornéenne.

Le kératocône très prononcé se reconnaît à sa procidence sur un œil de profil. Moins prononcé, il se reconnaît à la déformation des images en sablier. La flamme d'une bougie paraît rétrécie en son milieu et étalée à ses extrémités.

Cette affection apparaît entre 10 et 20 ans, dans les deux yeux, évolue pendant plusieurs années, puis s'arrête sans complications inflammatoires, mais aussi sans retour de la cornée à son état normal.

Le traitement consistera, dans les cas plus prononcés, dans le port de verres concaves, les seuls qui pourront améliorer la vision tant que la déformation de surface ne sera pas encore trop éloignée de la forme sphérique.

La compression ouatée, avec ou sans paracentèse, pourra donner des résultats et sera à conseiller.

On conseillera aussi comme traitement chirurgical la cautérisation répétée du sommet du cône au galvano, et une iridectomie qui aura pour but de déplacer la pupille en dehors de l'opacité produite.

Un mot maintenant sur les moyens d'améliorer la vue ou de préserver le malade de complications graves dans les staphylomes opaques.

Le staphylome partiel sera justiciable d'un traitement qui améliore la vision.

Les pointes de feu avec bandeau compressif tendront à amener l'aplatissement de la cicatrice. D'autre part, l'iridectomie, qui sera large, permettra une pupille en face de la cornée saine et préviendra les accidents du glaucome secondaire, complication fréquente des ectasies d'origine inflammatoire.

Dans le staphylome total, le traitement doit s'inspirer de cette considération que la vision est perdue, mais que le globe est compromis par le risque d'accidents secondaires graves et aussi que la difformité très gênante qui en résulte permet une intervention dans un but esthétique. L'excision du staphylome réunit toutes ces conditions d'un bon traitement palliatif en faisant disparaître une cicatrice sensible constamment irritée et exposée à l'infection, en rendant au globe une forme à peu près sphérique, ou bien, dans les cas les plus malheureux, en laisant un bon moignon pour la prothèse.

Cette excision porte seulement sur la cornée dont toute la partie staphylomateuse est enlevée. On a eu soin tout d'abord de passer des fils dans la partie de la membrane située en arrière du trait de résection pour pouvoir, aussitôt après, fermer les lèvres béantes et conserver le vitré. On a ainsi un moignon vivant, sinon utile pour la vision.

Dr F. CHABRUT.

CHRONIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Autour d'un gros numéro : Le 606.

O syphilis, on désespère
Alors qu'on espère toujours !

L'apparition du « 606 » dans la thérapeutique de la syphilis marquera d'une pierre noire les fastes scientifiques. On a vu, à cette occasion, éclore des mœurs nouvelles et jusqu'alors insoupçonnées, dont il est permis de se demander s'il vaut mieux se hâter de s'en gausser, pour n'être point tenté d'en gémir. Mœurs peu recommandables, propres tout au plus à jeter le discrédit sur une méthode qu'un peu plus de mesure eût mise sans doute d'emblée à la place qu'elle mérite d'occuper vraisemblablement dans l'art de guérir ; mœurs qui n'ont guère réussi, quant à présent, qu'à faire naître des discussions passionnées, et partant, suspectes, dans les milieux médicaux, en même temps qu'elles créaient parmi les praticiens un état de malaise qu'il est grand temps de chercher à dissiper. Il n'en allait rien moins que de l'holocauste des vieux procédés éprouvés par des années et des siècles même d'expérience et d'application, sur l'autel du nouveau dieu du brumeux Olympe germanique.

On a vu pour la première fois, dans un monde où la pondération est généralement la principale des règles de conduite, la science et l'art entrer en antagonisme : la science, qui progresse à pas lents à la conquête de la vérité, n'admettant comme acquis que ce qui est péremptoirement démontré, irréfutablement établi, regardant le reste comme ingénieuses hypothèses, susceptibles seulement d'aider sa marche en avant ; l'art, qui devrait toujours se contenter de mettre en pratique les données de celle-ci, et qui là, s'est hâté de la dépasser dans un but dont l'utilitarisme étroit, sur le terrain d'un nationalisme de goût plus que douteux, n'a point échappé aux esprits clairvoyants et désintéressés qui, sans parti pris, se sont trouvés juges des coups.

Ce « 606 » fameux, qui défraye les chroniques médicales et les revues de fin d'année depuis quelques six mois, a fait couler des torrents d'encre et des flux de paroles, ... de verbiage. Son nom même est matière à étonnement. Nous n'étions pas habitués à voir désigner un médicament prôné comme le plus sérieux d'entre tous, — la panacée de la terrible avarie ! — par un nombre qui rappelle le premier terme dont on a coutume de numéroter les automobiles. Pour moi, dussè-je passer pour un barbare, pour un briseur d'idoles, je ne puis, je l'avoue, lire ou prononcer ce nombre « 606 », sans qu'immédiatement s'évoque dans mon esprit le souvenir des phrases qu'on emploie pour exercer l'élocution des enfants : « Si ces six saucisses-là .... », d'autant que la saucisse est par excellence un produit d'Outre-Rhin, et que le rapprochement ne s'en impose que davantage.

Parlons sérieusement.

D'aucuns y tiennent comme à un hommage rendu au labeur du professeur Ehrlich qui, avant d'en arriver là, a découvert ou préparé 605 autres composés arsenicaux. Ils ajoutent, car ce sont les enthousiastes du savant allemand, que celui-ci est demeuré étranger au vacarme fait autour de sa géniale trouvaille et à l'exploitation commerciale qui s'en est suivie, et dont il n'a tiré nul profit matériel. A Dieu ne plaise que nous cherchions à nous inscrire en faux contre le témoignage porté en sa faveur. Nous croyons volontiers qu'il n'est pour rien dans le lancement du « Salvarsan » (l'arsenic sauveur) qui se vend en ampoules de 68 centigrammes, à raison de 7,50 l'une aux pharmaciens, et de 12,50 au public, prix exorbitants si on les rapproche de la valeur insignifiante des matières premières et de la fabrication (1). On peut toutefois reprocher au maître de Francfort d'avoir méconnu de propos délibéré les travaux qui, de longue date, ont préparé les siens et qui ont servi de base à ceux-ci ; et le professeur A. Gauthier, dont la modestie n'a d'égales que sa haute probité et son indiscutable autorité, a bien fait de sortir de sa réserve habituelle pour rappeler au monde savant que, faisant état des recherches de Bunsen sur l'acide cacodylique en 1846, il a, il y a dix ans, mis la question de l'arsenic organique à un point tel que, dès cette époque, ce dernier est entré du premier coup, et avec quel succès ! dans la pratique médicale. Parlant du cacodylate de soude et de *l'arrhénal*, il a pu dire, sans crainte d'être démenti :

Certain de leur innocuité et de leur efficacité, même dans la syphilis, je m'en suis tenu à ces deux composés. En communion au besoin avec le mercure dans les cas les plus rebelles, j'affirme leur puissance, même quand la syphilis a frappé la rétine et est en train d'amener la cécité qu'ils arrêtent, même quand le tréponème pâle a envahi les centres nerveux. On ne saurait mettre en doute les observations de guérison de syphilis de MM. Balzer et Hallopeau faites avec l'hectine, de M. Salmon avec l'atoxyl, des médecins allemands ou français avec l'énésol ou le 606. Mais on ne saurait présenter chacun de ces corps comme des spécifiques nouveaux, ni même donner le dernier venu comme supérieur aux autres, alors qu'on n'a pas fait l'effet comparatif de ces médicaments en tenant compte des dangers ou des inconvénients qu'il impose aux malades. Créer de nouveaux arsenicaux organiques, fussent-ils au nombre de 606, ce n'est pas créer une méthode thérapeutique nouvelle, mais simplement des substances chimiques nouvelles (2).

Ce qui stupéfie, ce qui confond l'imagination, en effet, c'est cette sorte de légèreté et d'inconscience avec laquelle des hommes sérieux, des savants notoires, ont pu affirmer que la médecine tenait définitivement le remède merveilleux, le spécifique incontestable et incontesté d'une maladie qui poursuit l'homme, non seulement pendant toute son existence, mais encore dans sa postérité jusqu'à la n^{e} génération ! Ils n'ignorent pas pourtant, ces imprudents, combien sont fréquentes les manifestations du tertiarisme tardif, de la parasyphilis localisée sur le système nerveux, et qui surviennent à l'âge mûr, chez des sujets qu'on avait pu croire radicalement guéris longtemps auparavant, avec d'autant plus de raison qu'ils avaient été atteints bénignement d'une infection, ayant même pu passer inaperçue !

Aussi G. Baudouin fut-il particulièrement inspiré quand il s'est écrié :

C'est seulement dans vingt-cinq ans qu'on aura le droit de formuler une appréciation complète et définitive sur le 606. Nous nous hâtons trop de le juger (1).

Se baser sur la réaction de Wassermann et sur ses résultats pour affirmer la complète et parfaite guérison de la syphilis, à la suite de la médication arséno-benzolique, c'est avoir trop aveuglément confiance dans des expériences de laboratoire, des plus intéressantes sans doute, mais qui réellement ne sont pas suffisamment concluantes. D'abord, le séro-diagnostic de Wassermann n'est pas exclusivement propre à l'infection syhilitique ; il se montre également positif dans la trypanosomiase et dans le paludisme. Et quelles variations même dans sa manière d'être dans l'avarie, à la suite de l'emploi du « 606 » ! Ecoutez Jeanselme et Touraine :

La réaction de Wassermann devient négative dans un laps de temps variable de 7 à 24 jours après l'injection. Il est des cas où, négative avant l'injection, elle devient positive momentanément pendant une dizaine de jours. Mais le plus souvent, elle reste négative et la guérison clinique demeure parfaite (2).

Pour combien de temps ? ajouterons-nous, quand il s'agit d'observations portant sur quelques semaines, chez des sujets où l'on compte ordinairement par années ?

On a invoqué d'autre part, en faveur de la spécificité absolue de l'arséno-benzol, de soi-disant réinoculations d'un chancre, témoignage patent d'une réinfection. Milian aurait notamment observé un syphilitique qui, débarrassé une première fois d'un chancre par le « 606 », se serait à nouveau infecté quelques semaines après, présentant pour la seconde fois un accident primaire, preuve de la stérilisation parfaite de son organisme par le traitement suivi antérieurement.

Voici comment Klotz juge ce cas, troublant au premier abord :

Les expériences de M. Pontoppidan, celles de Queyrat, ont démontré que l'on pouvait réinoculer un chancre à un porteur de chancre jusque vers la période secondaire. Plus on s'approche de la période secondaire et plus ces éléments de réinoculation deviennent abortifs.

Dès l'année 1882, Bumm a publié une observation analogue.

Nous pouvons tirer plusieurs conclusions intéressantes de ces observations. On ne doit jamais tirer des conclusions générales de quelques observations

(1) Bourget, de Lausanne.
(2) Société de Thérapeutique, 9 novembre 1910.

(1) Société de Thérapeutique, octobre 1910.
(2) Société médicale des hôpitaux, 10 novembre 1910.

favorables, car dans le cas de Bumm, l'exérèse du premier chancre a été suivie de guérison. Dans le même ordre d'idées, Lang, à propos d'un cas analogue de Neumann, cite des cas observés par Jullien, par Ehlers. Barthélemy cite un cas qui a guéri seul. Du Castel cite également des malades guéris une première fois sans exérèse. On peut ajouter foi à ces observateurs.

Ces inoculations montrent qu'il existe après le chancre une période où l'organisme, bien qu'atteint par une première syphilis, peut être réinoculé à nouveau jusqu'à l'apparition des accidents secondaires qui dérobent le terrain aux derniers chancres qui sont en train de se former, et qui donneront alors des chancroïdes papuliformes... Il nous semble donc que le cas isolé du Dr Milian ne prouve pas plus la possibilité de guérir la syphilis par l'arséno-benzol que plusieurs cas isolés prouvent l'efficacité de l'exérèse du chancre » (1).

***

La France cesserait d'être la terre du bon sens, si les plus enthousiastes du « 606 », après l'emballement du début, ne s'étaient pas ressaisis et n'avaient pas fini par avoir une plus juste conscience de ce qu'il est permis d'attendre de la nouvelle médication. Et de fait, le plus grand nombre d'entre eux s'accordent à cette heure à reconnaître que nous sommes loin de la *therapia sterilisans magna* annoncée si bruyamment par Ehrlich et par ses disciples. Même, pour qui sait lire entre les lignes, on devine chez ceux qui furent dans le principe les plus férus de l'arséno-benzol, certaines réticences, certaines réserves, certaines précautions oratoires, qui présagent le désenchantement prochain.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien autre à en attendre qu'une faillite... frauduleuse ? Loin de nous cette pensée. En réalité, et c'est ce que révèle un examen impartial de tout ce qui a été écrit à ce propos, il semble bien que nous ayons affaire à une médication d'exception, à indications limitées et à laquelle toutes les circonstances qui précèdent, accompagnent et suivent son emploi ne peuvent que conserver ce caractère.

Nous ne nous attarderons à décrire ici, après tant d'autres, ni les propriétés physiques et chimiques du « 606 », ni les différents modes de préparation de l'injection, ni les techniques plus ou moins compliquées de celle-ci, selon qu'elle est sous-cutanée, intra-musculaire ou intra-veineuse. Entre autres travaux bien faits, nous renvoyons le lecteur à l'opuscule de Brizard et Lesage (2) et à la leçon magistrale professée par le Dr Leri dans le service du professeur Tessier, de Lyon (3).

Ce n'est pas une mince besogne que d'injecter le « 606 » à un malade. Cela revêt tout de suite les allures d'une véritable et sérieuse intervention, avec ses nécessités, avec son outillage, avec ses risques... tout à fait hors de portée, par cela même de la pratique courante. Il y a une tendance quasi-unanime aujourd'hui parmi les expérimentateurs à donner la préférence à l'injection intra-veineuse, puis à l'injection solubilisée alcaline, enfin à l'injection d'émulsion huileuse et de suspension neutre, ces deux dernières utilisant la voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Quelles sont les raisons principales qui déterminent le choix du thérapeute pour l'une ou l'autre des trois méthodes ? Question complexe et de solution délicate, chacune d'elles comportant une forte somme d'inconvénients, si nous nous en rapportons seulement à ce qu'en écrit Emery, qui fut l'un des premiers, le premier peut-être, parmi les protagonistes du « 606 » en France :

Certains malades paient un rétablissement rapide et complet par une telle souffrance que leur guérison semble bien chèrement achetée. D'autres, au contraire, n'ont éprouvé qu'un très supportable désagrément, mais alors l'action thérapeutique reste incertaine et insuffisante. Dans d'autres cas, enfin, la difficulté de la technique rend difficilement vulgarisable une méthode qui se recommande cependant par une indolence et une efficacité parfaite.

Plusieurs fois, nous avons cru atteindre le but, mais il nous fallut compter avec les surprises que réservent les réactions individuelles des malades qui sont différentes les unes des autres et qu'il est si difficile de prévoir. A la série blanche succédait la série noire ; aux succès les plus indiscutables, ne comportant aucune réserve, succédaient des résultats plus contestables... » (1).

Aveux précieux à enregistrer sous une telle plume !

Ne nous appesantissons pas sur les réactions plus ou moins violentes qui suivent l'injection : douleurs d'intensité variable, vomissements, fièvre, etc. Passons condamnation sur les insuccès manifestes, sur les récidives indiscutables, sur les accidents locaux observés, tels que les nécroses locales rapportées par Martins, de Francfort-sur-le-Mein à la suite de *tous* les cas d'injection dans le tissu cellulaire ou musculaire, « quels que soient le titre de la solution, la forme médicamenteuse et la dose employée (2) ». De même sur les morts signalées. Encore que tout ceci donne à réfléchir et exhorte à la circonspection, les interprétations en sont trop divergentes selon les auteurs pour qu'on puisse se faire dès à présent une opinion ferme. Bornons-nous à examiner les propriétés thérapeutiques du « 606 ».

Le « 606 » est un composé arsenical, et qui, comme tel, jouit de toutes les propriétés de ses congénères, plus actif que la plupart, mais aussi plus toxique et d'un maniement plus difficile, plus scabreux. Tous les arsenicaux sont des *eutrophiques* et des *cicatrisants*. Ils jouissent en outre de vertus germicides plus ou moins solides, dans les spirilloses. Rien d'étonnant dès lors à ce que le « 606 » influence favorablement l'état général des malades d'une part, à ce que d'autre part, il amène l'assèchement et la réparation rapides des lésions ulcéreuses et érosives de la peau et des muqueuses, fussent-elles de nature syphilitique, et à ce qu'enfin les recher-

(1) Société de Médecine de Paris. 24 novembre 1910.
(2) La préparation 606. Vigot frères, éditeurs. Paris 1911.
(3) In *Province Médicale*. 14 janvier 1911.

(1) La *Clinique*, 13 janvier 1911.
(2) *Bull. Médic.*

ches microbiologiques et hématologiques inscrivent à son crédit des modifications d'heureux augure, tant dans les germes eux-mêmes que dans le sérum sanguin.

Mais tout cela n'appartient pas en propre, il s'en faut, à l'arséno-benzol. En 1901, Brocq aurait obtenu la guérison par le cacodylate de soude de 24 syphilitiques sur 31 restés rebelles au mercure. Hallopeau cite les faits observés à Bahia par le Dr Moniz d'Aragon sur 127 malades traités localement par l'atoxyl à l'exclusion de tout traitement mercuriel et ioduré (1). Plus de six mois se sont écoulés depuis lors, et on n'a constaté aucune trace de manifestations secondaires.

Le même Hallopeau affirme également qu'il a réalisé le traitement abortif de la syphilis par l'hectine, et qu'avec une série de 30 injections au voisinage du chancre, il a obtenu 100/100 de guérisons (2).

Par ailleurs, la Société médicale des hôpitaux enregistre des déclarations de Jeanselme, Bongrand et Chevallier, d'après lesquelles l'hectine agirait mieux quand on l'associe au mercure, qui retarde son élimination.

Pour être impartial, nous devons, à propos de ces communications un peu trop affirmatives, formuler les mêmes réserves que pour les cures radicales obtenues avec le « 606 » : elles sont encore trop prématurées pour qu'on puisse se montrer aussi catégorique. N'empêche que ce sont des faits qu'il est difficile de nier dans leur existence présente, et qu'ils diminuent singulièrement le monopole de spécificité faussement attribué à l'arséno-benzol.

***

Ceci dit, quelles sont les circonstances où le « 606 » s'est montré particulièrement actif ? Certaines formes de chancre, les formes érosives ou ulcéreuses sont rapidement cicatrisées. Il en est de même des plaques muqueuses érosives superficielles ; les plaques muqueuses ulcéreuses et papuleuses guérissent moins vite et résistent même parfois. Les gommes ulcérées sont heureusement influencées, mais pas plus rapidement qu'avec le traitement classique. Les observateurs diffèrent d'opinion sur l'action du « 606 » dans les cas de syphilides pigmentaires du cou et de leucoplasie linguale : pour les uns, il reste absolument sans effet ; pour les autres, il donne d'excellents résultats. Mais Morel-Lavallée vient de publier une observation de glossite leucoplasique dont la guérison foudroyante a été obtenue par des soins locaux banals et 2 injections d'huile grise. Les lésions osseuses ne sont pas améliorées. La parasyphilis nerveuse tout à fait au début, le tabès dans sa période initiale sont amendés par l'arséno-benzol. Par contre, la paralysie générale n'en ressent nul bienfait, et Jeanselme a même soigné un malade chez lequel le résultat fut nettement défavorable : à la suite de l'injection, ce malade fut pris de délire furieux et on dut l'interner d'office.

(1) *Académie de médecine*, 12 juillet 1910.
(2) *Académie de médecine*, 18 janvier 1911.

En regard, nous devons placer les contre-indications formelles du « 606 » : la grossesse, la vieillesse, la cachexie, les lésions cardio-vasculaires, les lésions confirmées du système nerveux central, l'hémophilie, etc.

Mieux que notre propre sentiment et avec plus d'autorité, les appréciations qui suivent nous paraissent donner la note juste, parce que moyenne :

Le « 606 », dit Gallois, est une nouvelle corde à notre arc, qui s'ajoutera à ce que nous possédons déjà, supérieur aux unes, inférieur aux autres (1).

S'il est hors de doute, écrit Jeanselme, que ce médicament jouit d'une puissance thérapeutique très grande, il n'en est pas moins vrai que son action est de courte durée. Le mercure restera le médicament d'usage courant, le médicament de fond, tandis que le « 606 » sera un remède d'emploi exceptionnel, réservé aux cas nécessitant un traitement d'assaut.. (2).

En résumé, déclare Gaucher, quand le mercure n'est pas applicable, à cause de l'intolérance du sujet, quand il est sans effet ou insuffisant, et seulement dans les lésions cutanées et muqueuses, surtout dans les lésions ulcéreuses de la syphilis, l'arsenic organique peut être utile à condition que les viscères soient sains. Mais dans la généralité des cas, la médication hydrargyrique doit être conservée ; elle doit avoir la priorité. *Le mercure est toujours debout* ! (3).

Tel est enfin l'avis de Leredde, qui professe que le « 606 » est indiqué :

1° Dans les cas rebelles au mercure ;

2° Dans les cas où le mercure est mal supporté;

3° Dans les cas où faut agir rapidement.

Tenons-nous en là pour le moment. Les expérimentations vont continuer. Elles donneront vraisemblablement les mêmes résultats divergents : excellents, nuls ou mauvais, selon les sujets, selon la période de la maladie, selon la forme de la lésion, selon aussi la vision de l'observateur. Attendons patiemment. Nous le pouvons d'autant mieux faire que nous sommes loin d'être désarmés, au contraire, puisque l'arséno-benzol, en dépit des difficultés inhérentes à son emploi, s'est montré efficace dans les cas qui sont précisément ceux où le mercure a échoué, et qu'il est venu renforcer notre arsenal anti-syphilitique déjà pourvu de composés arsenicaux, l'hectine, l'hectargyre, qui ont fait leurs preuves. Dans cet arsenal, le mercure manié selon les formules de la vieille école française à la tête de laquelle demeure le très vaillant et très autorisé professeur Fournier, reste et restera longtemps encore sans doute la bonne et résistante épée de chevet redoutable, sinon pour tous, du moins pour un grand nombre de tréponèmes et de spirochètes malententionnés.

Après le « 606 », nous aurons peut-être le 607, le 608, le 610. Il n'y a pas de raison pour qu'on

(1) *Bull. Médic.*, 29 octobre 1910.
(2) *Journ. des prat.*, 31 décembre 1910.
(3) Académie de méd.

s'arrête en si bon chemin, jusqu'au jour, ardemment espéré, où se découvrira le sérum spécifique qui sera la véritable médication abortive, la « therapia sterilisans magna » dont l'auréole n'aura faussement paré l'arséno-benzol que l'espace de quelques rares et pâles matins.

G. DUCHESNE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HOMMAGE AU DOCTEUR NOIR

Un dîner intime a été offert au docteur Noir, le 15 janvier, dans les Salons du Restaurant Marguery, par ses collègues du Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine et du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Nous avions voulu témoigner notre affection et notre reconnaissance à celui qui, pendant quinze années, s'oubliant lui-même, avait consacré ses pensées et sa vie à ses confrères, et qui, volontairement, venait de résigner à la fois ses fonctions de Président du Syndicat de la Seine et de secrétaire général de l'Union.

Cette fête a dépassé les limites que, pour donner satisfaction à la modestie trop grande de notre ami, nous avions voulu lui assigner.

De nombreux confrères nous ont demandé, de leur propre mouvement, à se joindre à nous. De plus nombreux confrères ont eu le sentiment que nous les avons oubliés.

Qu'ils nous pardonnent le respect trop grand que nous avons eu pour la volonté de Noir, qui a exigé qu'aucune publicité ne fût donnée.

Cette fête de famille fut cependant des plus brillantes.

Successivement, Bellencontre, Gassot, Vallat, Leredde, Smester, Jacob, Tourtourat et Gairal exprimèrent avec émotion les sentiments qui nous animaient tous.

Ils dirent tout ce que le Syndicalisme médical devait à Noir, tout ce qu'il avait tenté de faire, tout ce qu'il avait effectivement fait et la part qu'il avait prise à toutes les luttes ayant pour but le relèvement de la condition matérielle et morale du médecin.

La vénérable figure du Dr Elie Noir, de Brioude, père du docteur Julien Noir, et fondateur d'un des premiers syndicats médicaux de France, fut justement évoquée.

En des termes émus, Noir nous fit comprendre tout ce qu'il devait au milieu médical dans lequel s'était écoulée son enfance et combien toute sa carrière s'était ressentie des premiers enseignements qu'il avait reçus dans son milieu familial. Il nous exprima sa gratitude en des termes qui firent une profonde impression.

Assistaient au banquet. — MM. Gairal, Lande, Jeanne, Bellencontre, Gassot, Vallat, Philippeau, Barbanneau, Dubuisson, Archambault, Leredde, Diverneresse, Maurat, Lafontaine, Vimont, Levassort, Me Geoffroy, Dausset, Smester, de Korab, Séailles, Fanton d'Andon, Saltas, Delpeut, Hurtaud, Fargin-Fayolle, Duverdier, Lévi-Bram, Vallat (Charles), Barrault, Armand, Lévy, Cosse, Caillaud, Signoret, Pamart, Boudin, Faraggi, Girard, Mallet, Lefur, Tourtourat.

Avaient été empêchés au dernier moment et s'étaient excusés par lettre de ne pouvoir venir en exprimant toutes leurs sympathies et tous leur regrets :

Me Rocher, Me Groslard, Tolédano, Rabion, Mignon, Profichet, Le Clerc (de Saint-Lô), Dunand, Wicart, Bernheim, Baron, Saquet (de Nantes), Médail, Bolliet (de Lyon), Proby, Fayard, Montalti, Reynès (de Marseille), Fiquet, Sébillotte, Charbonnier, Coldefy, Robert Sorel, Charier, Oudaillle, Pédebidou, Bongrand, Rabutot, de Lauradour, Facdouel, Camus, Cocquereau, Rachet.

Nous ne saurions dire à quel point nous avons été touchés de l'empressement mis par nos confrères à répondre à notre initiative et nous les prions tous de vouloir bien ici en être remerciés de tout cœur.

Cette soirée empreinte de la plus franche cordialité restera dans le souvenir de ceux qui ont eu le bonheur d'y assister.

La bienfaisance n'y fut pas oubliée, et notre ami Vimont recueillit dans une quête, pour la Caisse de secours immédiat une somme de cent francs, qui fut envoyée de suite à un confrère, dont la situation particulièrement navrante nous avait été signalée le matin même par notre confrère Bresselle (do Vésinet).

Dr TOURTOURAT.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Bonne réponse

A M. le Dr Courgenou,
Courbevoie.

Mon cher confrère,

La compagnie d'assurances « La Zurich » me demande de lui fournir un rapport sur votre

blessée, madame I..., demeurant à Courbevoie, et blessée chez son patron, M. B.... Je compte me rendre auprès de votre malade le mardi 10 janvier 1911, à 5 heures de l'après-midi.

Dans le cas où ni l'heure ni le jour ne vous agréeraient, je me ferais un devoir, mon cher confrère, d'accepter le nouveau rendez-vous que je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus confraternellement distingués.

Dr Guilloire.

A M. le Dr Guilloire.

Mon cher confrère,

Je suis confus d'avoir à répondre à votre lettre que je ne puis accepter le rendez-vous que vous me proposez.

Depuis que les Compagnies d'assurances ont systématiquement refusé de payer les radiographies demandées par les médecins des blessés du travail en brandissant le tarif Dubief qui n'en fait pas mention, j'ai, à mon tour, systématiquement refusé tout rendez-vous avec les médecins de Compagnies d'assurances qui ne sont pas munis de la désignation visée par le juge de Paix ainsi qu'il est spécifié dans la loi, titre Ier, paragraphe 4.

Veuillez donc ne pas considérer le refus que je vous oppose, malgré le très vif désir que j'aurais eu de faire votre connaissance et de vous remercier de votre lettre courtoise, comme une attaque personnelle, et recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus confraternels.

Dr Courgenou.

Bien répondu !

Du moment où les Cies d'assurances se lancent à tout moment dans le maquis de la procédure et qu'elles torturent les textes de lois pour chercher noise au médecin, pour lui discuter sou par sou ses honoraires, et pour refuser à l'ouvrier le bénéfice d'inventions nouvelles ou de méthodes mises au point depuis 1905, telles que la radiologie, il est juste que nous leur rendions la pareille en appliquant, dans nos relations avec les responsables des accidents, toutes les formalités prescrites par la loi. D'autant que ce ne sera encore que prudence.

P. B.

CORRESPONDANCE

L'Inspection médicale des écoles.

Mon cher ami,

J'avais depuis quelques jours l'intention de vous écrire : voici pourquoi :

Il y a quelque temps, le Dr Lesieur, dans un article publié par le *Concours médical* — que je lis régulièrement de la première page à la dernière — a dit que j'avais fait sur le Congrès d'hygiène scolaire un compte rendu *fantaisiste* dans le *Bulletin médical.*

La vérité, c'est que j'ai relevé — avec citations à l'appui — ce qui m'a semblé être de la part de M. Lesieur des erreurs professionnelles.

Je n'ai pas voulu vous ennuyer avec une rectification et je ne vous en aurais jamais parlé, si je n'avais reçu, de collaborateurs du *Concours médical*, des lettres au sujet d'un article où je me suis déclaré opposé à la limitation des étudiants, dans lesquelles ils me reprochent courtoisement, mais me reprochent, d'avoir fait un compte rendu fantaisiste.

Je ne tiens pas à passer aux yeux des lecteurs du *Concours* pour ce que je ne suis pas, et je viens vous demander si vous ne pourriez pas mettre fin à cette légende qui court parmi vos abonnés, dont l'opinion est loin de m'indifférer, au contraire.

Je vous envoie le no du 7 sept. 1910, où se trouve le compte rendu en question. Vous pourrez voir que — à l'instar de l'homme prudent — je n'ai rien dit de M. Lesieur sans appuyer mon dire de son texte, et que je ne me suis livré à aucune fantaisie.

Si vous êtes convaincu, je vous demanderai, non pas de faire une rectification dans le *Concours*, mais de couper les ailes au canard quand il s'envolera devant tous.

Merci et bien vôtre,

Dr Granjux.

N. D. L. R.— Nous sommes d'autant plus heureux de donner satisfaction à notre confrère Granjux, que si nous avons trouvé de la fantaisie dans la lecture de certains passages du compte rendu incriminé, elle se localisait bien dans les vues, exposées par écrit et reproduites en citation, des hommes qui ne considèrent l'inspection des écoles que comme institution urbaine, qui oublient toujours la vie rurale et qui finiraient par spécialiser le coin le plus banal de la profession en parlant toujours *ex cathedra.* Nous leur laissons ces chimères et nous continuerons de voir les choses comme nos confrères du Loir-et-Cher et comme Granjux dont nous reproduisons les conclusions ainsi conçues :

Conclusions. — De l'exposé qui précède, il résulte nettement que la divergence de vues, au sujet du rôle du médecin scolaire et de ce qu'il doit être, a été complète parmi les congressistes, qui n'ont pu se mettre d'accord pour émettre des vœux réglant ces importantes questions. Mais le Congrès aura rendu un grand service en montrant les dangers que certains esprits, entraînés par des idées par trop spéculatives, font courir à l'hygiène scolaire dont ils compromettent l'organisation en étendant abusivement son domaine, et à notre profession qu'ils veulent faire verser dans la fonctionnarisation.

Il nous semble que le rôle du médecin scolaire est judicieusement défini par l'article 2 du projet de loi déposé par le gouvernement. L'inspection médicale des écoles doit porter : 1o sur les locaux et sur le mobilier scolaires ; 2o sur l'hygiène des établissements ; 3o sur l'état sanitaire des élèves ;

4° sur l'observation des conditions d'hygiène imposées par les règlements ; 5° sur les mesures hygiéniques relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses. Nous pensons qu'aller plus loin dans cette voie serait trop. Exiger notamment du médecin scolaire des « recherches de laboratoire », c'est peut-être évoquer « les exagérations irréalisables » dont parle le Dr Desguin, et perdre de vue le judicieux conseil qui termine son remarquable rapport : « sachons rester dans une sage mesure ».

Quant aux médecins scolaires, deux courants d'idées radicalement opposées se sont fait jour. D'un côté on désire conserver l'inspection médicale des écoles aux praticiens, de l'autre on veut en faire des fonctionnaires.

Personnellement nous sommes absolument contre la fonctionnarisation de la médecine, et notre opinion est basée sur ce que nous avons vu pendant les années vécues dans le corps de santé militaire, avant qu'il ait conquis son autonomie, alors qu'il était dans la main des intendants. La médecine ne peut vivre que dans une atmosphère d'indépendance. De la fonctionnarisation ou de la politique — ce qui est tout un — elle meurt, pour ne pas dire elle crève !

Comme l'a dit avec tant de vérité M. Desguin, c'est aux médecins de la localité et y exerçant depuis un temps suffisant pour qu'ils aient gagné la confiance du public, que revient — nous dirions volontiers « de droit » — l'inspection médicale des écoles.

Comment doit se faire cette attribution ? La chose est délicate et difficile à résoudre. Elle paraît devoir être envisagée séparément dans les villes et dans les campagnes. Le principe du roulement, condamné par M. Gagnière, vient d'être réclamé par le Syndicat de Loir-et-Cher, fidèle en cela à l'esprit du dernier Congrès des praticiens. Il nous semble que la question est susceptible de solutions locales variables, mais résultant d'un accord entre l'Administration et les Syndicats médicaux.

Dans les villes où exercent des spécialistes, nous pensons qu'ils doivent concourir à l'inspection médicale des écoles, et que le médecin scolaire doit être déchargé de ce qui concerne la vision, l'audition, le psychisme etc.

Si, en effet, à l'école le médecin doit se contenter —comme on le dit généralement — de confirmer que le maître ne s'est pas trompé en signalant des enfants comme myopes, sourds, anormaux, etc., le spécialiste se prononcera sur ce diagnostic avec plus d'autorité que le médecin non spécialisé et sa parole a plus de chance d'être écoutée par les parents.

Mais si l'on regarde ce qui se passe, soit à l'étranger, soit en France, là où fonctionne depuis un certain temps une sérieuse inspection scolaire, on voit non seulement grandir l'importance des examens spéciaux, mais naître — comme prolongements de l'école — des policliniques. Cette évolution nous paraît tenir à deux causes :

La première c'est que, plus l'on va, plus les familles tendent à se décharger de tout sur l'école. Ce qui se passe dans cet ordre d'idées à Anvers est très suggestif. Aux groupes d'écoles sont annexés des établissements de bains et de douches. A midi, « un repas substantiel » est fourni gratuitement aux indigents, pour les autres moyennant « dix centimes ». Une œuvre du vêtement, subsidiée par la ville, fait une « large distribution » d'objets d'habillement aux enfants qui lui sont recommandés par les chefs d'école. En France, à Paris du moins, il en est à peu près de même. Et, puisque nous avons la gratuité des fournitures scolaires, on ne voit pas pourquoi, en principe, la délivrance des lunettes ne serait pas englobée sous ce chef.

La deuxième raison, c'est qu'il n'est pas possible de demander à des parents qui, la journée durant, sont occupés au dehors à gagner leur vie, d'abandonner leur travail pour conduire leurs enfants chez des spécialistes. Alors forcément, fatalement, c'est l'école qui conduit l'enfant à la policlinique.

Il y a donc intérêt pour l'école et pour l'écolier à ce que celui-ci soit examiné par un spécialiste. N'est-ce pas ainsi que la chose se passe dans la clientèle privée, et pourquoi faire différemment à l'école ?

On a bien dit qu'on demanderait au médecin scolaire une certaine connaissance de spécialités. Dans l'armée, on l'exige des médecins militaires ; mais ceux-ci, après leur réception au doctorat, font un stage dans une école d'application où, durant une année, on les initie à la pratique des spécialités, sur lesquelles ils sont interrogés lors des examens trimestriels et de sortie. Par suite, le public admet au conseil de revision leur compétence dans les examens des organes des sens. Si l'on veut que les médecins scolaires jouissent du même crédit dans l'examen de la vision, de l'audition, etc. de leurs écoliers il faudrait qu'ils offrent, eux aussi, les mêmes garanties, affirmées, soit par un diplôme, ou simplement un titre, comme celui de *médecin hygiéniste*, demandé par M. Lesieur.

Etant donnés les sentiments de l'immense majorité des médecins au sujet du projet Bouchard et autres similaires, s'engager dans cette voie serait tout à fait dangereux, d'autant que l'on franchirait ainsi la première étape de la route qui conduirait la médecine à la fonctionnarisation.

Aussi, pour toutes ces raisons, nous pensons que le médecin scolaire doit être le praticien aidé, chaque fois que la chose est possible, du spécialiste pour tout ce qui rentre dans sa spécialité.

GRANJUX.

BIBLIOGRAPHIE

Les obligations militaires du médecin, par le Dr G. FISCHER, médecin major de 2e classe. (1 franc, franco contre timbres ou mandat, aux Bureaux du *Concours Médical*.)

Certes, « nul n'est censé ignorer la Loi » ; les médecins comme les autres doivent connaître ses articles, surtout quand ceux-ci traitent de dispositions spécialement prises pour eux. Mais *devoir* n'est pas toujours *pouvoir*. Les documents législatifs sont choses complexes en même temps qu'abstraites, par conséquent parfois difficiles à retrouver au moment opportun, toujours ennuyeuses à lire ; aussi n'est-il pas en toutes circonstances *possible* de savoir ou d'apprendre, quand on le désire, ce qu'on *doit* savoir.

Dans cet opuscule se trouvent extraites des lois, règlements et circulaires militaires, en quelques pages brèves, toutes les dispositions qui peuvent intéresser les médecins. Son but essentiellement pratique est d'éviter un travail long et fastidieux à ceux qui voudront connaître de leurs *obligations militaires*.

Suivant un plan rationnellement établi, il vit avec le médecin toute sa vie militaire ; il le prend au début de ses études et lui indique de quelle façon — étudiant en médecine et soldat de 2e classe — il peut conquérir à 12 inscriptions le grade de médecin auxiliaire puis — une fois docteur en médeci-

ne — celui de médecin aide-major de 2e classe « de réserve » pour achever le 4e semestre de son service militaire actif, et enfin parvenir soit au grade de médecin-major de 1re classe dans la réserve, soit à celui de médecin principal de 2e classe dans l'armée territoriale.

Toutes les indications utiles au cours de cette évolution dans la hiérarchie médico-militaire sont données : incorporation, sursis d'incorporation, obtention des différents grades et conditions d'avancement, Légion d'honneur, convocation pour les périodes d'instruction, sursis, solde, frais de déplacement, devoirs à la mobilisation. Enfin, dans l'appendice sont résumées les prescriptions intéressant tous les officiers de la réserve et de la territoriale (changement de corps, démission, changement de résidence, port de l'uniforme, Légion d'honneur, certificat d'origine de blessure en service commandé, droit de vote).

REPORTAGE MÉDICAL

— La peste en Mandchourie. — M. Broquet, de l'Institut Pasteur, vient de partir, en compagnie du sergent d'infanterie coloniale Chardonnet, pour la Mandchourie, où il va étudier l'épidémie pesteuse qui sévit en ce moment dans cette région. M. Broquet emporte avec lui de nombreuses caisses renfermant des provisions d'ampoules de sérum de Hafkine et qui sont destinées à nos soldats et à nos nationaux séjournant actuellement dans les localités menacées d'Extrême-Orient. M. Broquet doit gagner Pékin et Tien-Tsin par la voie du Transsibérien.

— Un nouveau syndicat. — Notre distingué confrère belge Dejace nous en annonce dans le *Scalpel*, la naissance, avec l'humour et l'ironie qu'il déploie toujours si à propos quand il s'agit de mener le bon combat en faveur du médecin, qu'il soit de Paris, ou de Bruxelles, ou de la Ferté Macé :

Il s'imposait évidemment, ce nouveau syndicat. Depuis que les Athéniens ont ostracisé (selon l'expression de M. Beulemans) Aristide le Juste, l'ostracisme est resté en faveur. Donc les habitants de la Ferté-Macé (département de l'Orne), *énervés par les injustes prétentions des médecins de la ville s'obstinant à vouloir vivre de leur profession*, se sont décidés à fonder un syndicat des malades actuels, postulants ou futurs. Les syndiqués de la Ferté s'engagent à ne payer leurs médecins que sur le pied des anciens tarifs, antérieurs à ceux établis récemment par les médecins de la ville.

Le syndicat des clients portera sa décision à la connaissance du syndicat médical de la Ferté et et si l'association des morticoles ne s'incline pas devant l'ukase, ce sera la grève (encore une) des malades. Le syndicat des clients fera diligence pour inviter un ou plusieurs renards médecins à s'installer à la Ferté... sous formelle promesse d'iceux d'appliquer les anciens tarifs... On ne parle pas des garanties offertes aux invités.

Codeet Codex. — Le pharmacien qui délivre un médicament conforme à l'ancien codex, mais non conforme au codex en vigueur, commet une infraction à l'article 32 de la loi de germinal an XI.

Pour infraction à cet article, la dixième chambre correctionnelle a hier, après réquisitoire de M. le substitut René Tortat, condamné deux pharmaciens parisiens chacun à 500 francs d'amende et à 150 francs de dommages-intérêts envers le Syndidat des pharmaciens, partie civile au procès.

— Nourrice avariée. — Une nourrice bourguignonne, contaminée par son nourrisson, atteint d'avarie, vient, devant la quatrième chambre du tribunal, de réclamer des dommages-intérêts aux père et mère de l'enfant, employés chez un grand négociant en vins parisien.

Mes Robert de Lacour et Massot se sont présentés pour les parties en cause.

Les parents ont été condamnés à huit mille francs de dommages-intérêts.

(*Le Matin.*)

— La valeur alimentaire de la châtaigne. — M. Balland, pharmacien principal de l'armée, vient de publier, dans la *Revue scientifique* du 22 janvier 1910, un travail d'où il résulte que les châtaignes tiennent un moyen terme entre le pain et les pommes de terre, et qu'elles renferment, en moyenne par kilogramme, 119 grammes d'amidon, 6 grammes de matières azotées et 8 grammes de graisse de plus que les pommes de terre. Si l'on tient compte de la plus-value de ces deux derniers éléments, il y a donc, dans un kilogramme de châtaignes, plus de matières nutritives que dans un kilogramme et demi de pommes de terre. En d'autres termes, lorsque les châtaignes achetées en gros sont à 0 fr. 15 le kilogramme, alors surtout que les pommes de terre sont à 0 fr. 10, il y a tout intérêt à choisir de préférence les premières.

— Bourses de Doctorat en médecine. — Par arrêté ministériel du 26 janvier, peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, — soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et 80 points au moins audit certificat ;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

— Le vieux médecin. — De notre confrère, le Dr L. Aubert, de Lyon.

Rester intact, mourir debout:
Beau rêve, s'il le réalise.
Il marche, ignorant jusqu'au bout,
Le doux repos où l'on s'enlise.

Gel de l'hiver, été qui bout,
Sur son ardeur n'ont pas de prise,
Dispos ou las, il va partout :
Se dévouer est sa devise.

Et plus tard, par l'âge assailli,
Il ressent, pensif et vieilli,
Le mal et sa rude accolade.

La clientèle s'éloignant,
Le médecin, en se soignant,
Va soigner son dernier malade.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. | N° 10 | Dimanche 5 MARS 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Ce que l'on trouve dans les vieux livres et les vieux papiers

Un projet d'Internat obligatoire en 1845 ; La séparation du corps enseignant et du corps examinant proposée en 1814 ; La médecine fonctionnarisée dans la Haute-Italie et l'isolement des tuberculeux à Naples, il y a un siècle.

« Tout est dit ; et l'on vient trop tard depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes, et qui pensent », a écrit La Bruyère, et nous avouerons à notre tour qu'il est fort difficile, à nous modernes, d'avoir une idée neuve.

Nous avions cru avoir trouvé dans l'Internat obligatoire avant la thèse une solution nouvelle et pratique de la question du stage hospitalier des étudiants en médecine. Cette opinion était à peine émise que notre excellent confrère, le Dr Coutand, de Saumur, en revendiquait la priorité. Or, en feuilletant de vieilles brochures, découvertes au cours de flâneries en furetant sur les quais dans des boîtes de bouquinistes, nous venons, et non sans surprise, de trouver notre projet tout au long exposé.

Le Dr Agnély, professeur de pathologie à l'Ecole de médecine et membre de la Société médicale de Dijon, écrivit en 1845 et publia à Lyon une lettre pour le grand Congrès médical de Paris, intitulée : *De la Réforme médicale en France*. Dans cette lettre, nous lisons :

> Au terme des études théoriques, chaque élève serait tenu d'aller passer une année de stage pratique dans l'un des hôpitaux, si nombreux en France, avec mission expresse de rédiger un compte-rendu du service médico-chirurgical, ce serait là à chacun son sujet de thèse : à cet effet, sur un tableau où tous les hôpitaux seraient inscrits suivant leur ordre d'importance, chaque élève choisirait celui le plus à sa convenance, selon l'ordre de mérite que lui auraient valu ses divers actes probatoires. »

Et plus loin, récapitulant les avantages du projet qu'il exposait dans sa lettre, le Dr Agnély signalait parmi les plus importants :



Courant incessant de légitime émulation, entretenu et dirigé du centre à la périphérie, par la présence des chefs internes répartis annuellement dans tous les hôpitaux de France ;

Généralisation de la féconde institution de l'internat, jusqu'alors restée le privilège de la mémoire, du jeune âge et d'une certaine aisance.

***

M. le sénateur Lannelongue ne saurait non plus prétendre avoir eu une idée nouvelle, en proposant la séparation des membres du corps enseignant et des examinateurs, et si le Dr Agnély demandait encore en 1845, dans sa lettre, la « participation à l'enseignement et aux *réceptions* d'un certain nombre de praticiens n'appartenant pas à l'Université », il ne faisait que reproduire en partie une proposition émise en 1814, dans un mémoire à présenter au Roi, au nom de l'Académie de médecine de Paris et rédigé par Philibert Dubois, secrétaire adjoint de la dite Académie. Ce mémoire, édité en 1823, expose la nécessité de soumettre les futurs médecins à des épreuves sérieuses, en

ne confiant plus ces épreuves à des hommes intéressés à toujours recevoir, mais à la Société qui représente le corps des médecins et des chirurgiens de la ville où il y a une Faculté ; corps qui ne peut rester passif, lorsqu'il s'agit d'augmenter le nombre de ses membres.

Plus tard, le regretté V. Laborde, qui, bien que n'étant pas un praticien, voyait juste et comprenait les besoins de ceux qui exercent, se fit le champion de la séparation des professeurs et des examinateurs.

Nous voyons donc que les réformes, projetées ces dernières années et à allures quelque peu subversives, datent de près d'un siècle, et qu'encore une fois, il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

***

Rien n'est nouveau, pas même les tentatives d'organisation administrative et hiérarchisée du corps médical. La communication de M. le Dr Ficat sur l'Organisation sanitaire de la France, lue tout récemment à l'Académie de médecine par M. Mosny, n'apporte pas non plus une idée neuve. Elle ressemble étrangement, cette organisation sanitaire, à celle qui existait jadis dans le royaume de Lombardie et nous la trouvons exposée dans un livre publié en 1842 et écrit par le Dr Hippolyte Combes, agrégé de Montpellier, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole de Toulouse, livre intitulé : *De la médecine en France et en Italie.*

A la tête des services sanitaires lombards, l'administration autrichienne avait mis un conseiller proto-médecin, *ministre de la santé publique.* Il avait dans ses attributions l'administration économique et sanitaire des hôpitaux, l'enseignement de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie, de l'art vétérinaire, les services des maladies épidémiques et contagieuses, des épizooties, la surveillance de tout le personnel de l'art de guérir, la police des cimetières, en un mot tout ce qui se rattache à la santé publique et au bien-être physique de la population. Dans chaque province, le conseiller proto-médecin était représenté par un *médecin royal* doublé d'un chirurgien royal, placé immédiatement sous ses ordres. Chaque district avait un *médecin de district* qui ajoutait à ses fonctions ordinaires celle de propager la vaccination, et, dans les quartiers d'une ville, les communes ou les groupements de communes, les magistrats choisissaient des médico-chirurgiens délégués (*condotti*), chargés des services de bienfaisance et des services sanitaires publics avec des appointements fixes variant de 800 à 2.600 fr. Ces médecins officiels, avec leur clientèle non indigente, parvenaient à gagner alors plus de 5.000 francs. Ces *condotti* avaient encore dans leurs attributions de signaler les individus qui se livraient à l'exercice illégal de la médecine.

En Piémont, il existait une hiérarchie singulière du personnel qui de près ou de loin se rattachait à l'art médical. En tête était le *Médecin,* qui devait faire cinq à six ans d'études dans une faculté et deux ans de stage dans un hôpital avant d'obtenir le droit de libre pratique. Puis venait le *Chirurgien,* dont la durée des études se bornait à quatre années.

A la suite, le *Phlébotome* jouait le rôle d'une sorte de médecin inférieur, tel que notre ancien officier de santé.

Les *Pharmaciens* suivaient en sous-ordre ; derrière eux : les *Accoucheuses,* les *Oculistes,* les *Dentistes,* les *Praticiens,* dont le rôle se bornait à la pratique de la saignée, l'application des sangsues, la pose des ventouses et des vésicatoires ; enfin en dernier lieu, au bas de l'échelle, les *Droguistes* et les *Herboristes.*

Toutes ces fonctions médicales empiétaient les unes sur les autres, et recouraient à la juridiction du Proto-médicat qui tâchait de maintenir entre elles la discipline, sinon l'harmonie.

Nous ne tarderions pas à tomber dans un pareil désordre, si la multiplication des diplômes ou certificats spéciaux venait désagréger l'unité de droits que confère en France le diplôme de docteur en médecine.

***

Dans ce livre du Dr Combes sur la *médecine en France et en Italie,* on trouve une foule de

choses intéressantes, ayant surtout trait à l'enseignement et à l'exercice de la médecine en Italie au début du siècle dernier. Nous nous bornerons à citer un curieux passage ayant trait à la contagion de la phtisie, et à l'isolement des tuberculeux dans le royaume de Naples.

Rien de plus évident sans doute, n'hésite pas à écrire le professeur d'hygiène de Toulouse, agrégé de Montpellier, que la non-contagion de la phtisie en France, mais de ce fait, comment conclure que toute l'Italie doive être parfaitement rassurée à cet égard ?... Même en supposant que la phtisie présentât le caractère contagieux en Italie, ce ne serait jamais qu'à un faible degré. Aussi rien de moins raisonnable que ces habitudes nationales, dont l'influence oblige, à Naples, le locataire à résilier son bail et à payer une indemnité au propriétaire, quand un membre de la famille du premier succombe à la phtisie, et qui ont forcé le gouvernement à séquestrer dans une salle particulière de ses hôpitaux les individus reconnus poitrinaires. A ce propos, M. de Renzi voudra bien nous pardonner de ne pas admettre avec lui la nécessité d'une telle séquestration.... En thèse générale, l'air chargé de molécules animales provenant de crachats tuberculeux irrite sans doute les organes respiratoires, comme tout ce qui altère la pureté de l'atmosphère ; mais qui osera affirmer que, dans l'espèce, le développement de la phtisie se produit de la même manière, par exemple, que l'écoulement d'une blennorrhée syphilitique détermine, par son application sur les muqueuses, l'apparition des symptômes vénériens ?

Quels changements, depuis, dans les doctrines médicales françaises ! Combien, à cette époque, les Italiens étaient de meilleurs observateurs que les Français ! On isolait, il y a un siècle, les tuberculeux dans les hôpitaux de Naples, alors que l'on commence à peine dans nos hôpitaux parisiens à séparer les phtisiques des autres malades, et que l'on considère cette tentative d'isolement presque comme une véritable innovation. Encore une fois : *Nil novi sub sole.*

J. Noir.

Autour d'un banquet

Le dîner que mes amis des Conseils du Syndicat des Médecins de la Seine et de l'Union ont bien voulu m'offrir a dépassé notablement les limites très restreintes qu'il devait primitivement avoir ; ce qui a valu de nombreux reproches au Dr Tourtourat, le promoteur de cette réunion tout intime, et aussi à moi-même.

Plusieurs de mes bons camarades se sont plaints d'avoir été oubliés. Cependant, en dehors des membres des Conseils du Syndicat de la Seine et de l'Union, personne ou plutôt tout le monde a été oublié, et, si quelques amis personnels sont venus au dîner du 15 février, c'est qu'ayant appris par hasard sa date, ils ont demandé eux-mêmes à y assister.

Quelques confrères, dont les bonnes intentions me touchent, auraient voulu que cette réunion amicale fût une manifestation professionnelle.

Ils vont jusqu'à reprocher aux praticiens leur manque de reconnaissance à mon égard. Les sentiments qu'ils témoignent les entraînent un peu trop loin, car je suis, je l'avoue, le seul facteur de cette prétendue ingratitude, ayant nettement exprimé le désir de ne voir faire au sujet de ce banquet aucune publicité.

Il est parmi nous des hommes qui, plus que moi, ont lutté pour la cause des praticiens, il en est qui, en attaquant sans ménagements les assureurs, ou en poursuivant les charlatans sans répit, ont, plus que moi, compromis leur clientèle et se sont fait des ennemis plus irréconciliables ; si quelque grande manifestation professionnelle devait se faire un jour, ce devrait être en leur honneur.

Quant à moi, un peu confus de toutes les sympathies qui m'ont été témoignées et sachant en apprécier la valeur, j'ai quitté les fonctions syndicales, que j'ai remplies de mon mieux, sans dégoût, ni rancœur. Je reste toujours un partisan résolu du syndicalisme médical et, envers et contre tout, je garde la foi la plus robuste dans l'avenir de nos œuvres de défense professionnelle que je ne cesserai de propager et de soutenir.

Le dîner qui m'a été offert a été ce qu'il devait être : étroitement confraternel et cordialement intime. Il restera un des meilleurs souvenirs de ma vie de praticien. Merci à mon ami Tourtourat, le promoteur de cette fête ; merci aux amis qui y ont pris part ; merci à tous ceux qui, à ce sujet, m'ont témoigné de près ou de loin leur affection.

J. Noir.

Dans la liste des confrères qui ont assisté au banquet du 15 février se sont glissées quelques erreurs ou omissions. Le Dr Pierre Kouindjy était parmi les assistants, ainsi que le Dr Adrien Girerd, d'Ivry, qui, par erreur, a été confondu avec le Dr Girard. Le Dr Barbanneau, vice-président de l'Union, s'était encore excusé de ne pouvoir passer à Paris la soirée du 15 février.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

T aitement pratique des fractures de l'extrémité inférieure du radius ;

Par le Dr Maurice PATEL,

Chirurgien des Hôpitaux ;
Agrégé à la Faculté de Lyon.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius se reconnaît par un ensemble de signes faciles à constater : le dos de fourchette, la déviation de la main du côté radial, la saillie de l'apophyse styloïde du cubitus, l'ascension de l'apophyse styloïde du radius, qui se trouve ainsi placée presque au même niveau que celle du cubitus. Ce sont là des données absolument classiques, et il n'est personne qui hésite, devant un tel tableau clinique, à porter ce diagnostic.

En réalité, ce syndrome clinique est commun à des lésions très différentes comme pronostic et comme traitement ; nul n'ignore que, parmi toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius, étiquetées telles, les unes sont suivies d'une *restitutio ad integrum* absolue, au point de vue anatomique et au point de vue fonctionnel ; les autres sont accompagnées de gêne permanente dans la flexion du poignet ou dans les mouvements de pronation et de supination.

Il est d'usage de mettre ces troubles fonctionnels sous la cause de « raideurs articulaires », de « diathèse rhumatismale réveillée ». La cause véritable est tout autre, et de même que pour les fractures bimalléolaires, la radiographie nous a révélé l'existence de variétés anatomiques essentiellement différentes, justiciables d'un pronostic et d'un traitement différents, eux aussi.

I. VARIÉTÉS ANATOMIQUES. — On peut, d'après la radiographie, distinguer quatre types principaux de fractures de l'extrémité inférieure du radius.

1° *Fracture extra-articulaire* (*fig.* 1). C'est la fracture classique; dans la chute sur la paume de la main, le fragment supérieur du radius télescope son extrémité inférieure ; l'apophyse styloïde radiale est remontée, l'extrémité osseuse est épaissie. Fait de la plus haute importance, les surfaces articulaires du poignet et de l'articulation radio-cubitale inférieure sont indemnes ; aussi, le pronostic est-il bon au point de vue fonctionnel.



FIG. 1. — Fracture extra-articulaire, avec pénétration des deux fragments (*type classique.*)

2° *Fracture articulaire avec éclatement* (*fig.* 2). — Ici, le traumatisme a été plus violent, et, par suite, le télescopage de l'extrémité inférieure du radius plus complet ; celle-ci a été divisée en

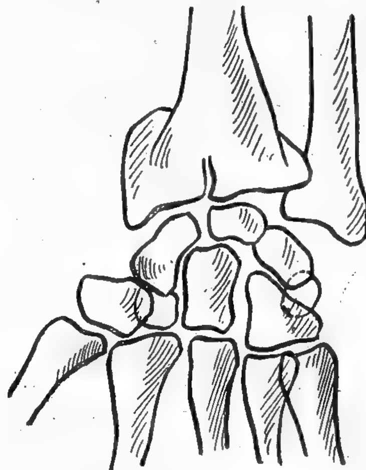


FIG. 2. — Fracture articulaire avec double éclatement.

deux fragments : *a*) l'un, externe, répondant au scaphoïde ; *b*) l'autre, interne, répondant au semi-lunaire. Comme on le voit sur le schéma, les traits de fracture intéressent l'articulation du poignet et la radio-cubitale inférieure ; aussi, le pronostic fonctionnel est-il tout différent.

On peut observer aussi des fractures articulaires avec arrachement partiel ; le fait est plutôt

rare. On a, soit un fragment externe, isolé (*fig.* 3), soit un fragment interne (*fig.* 4) ; on peut avoir

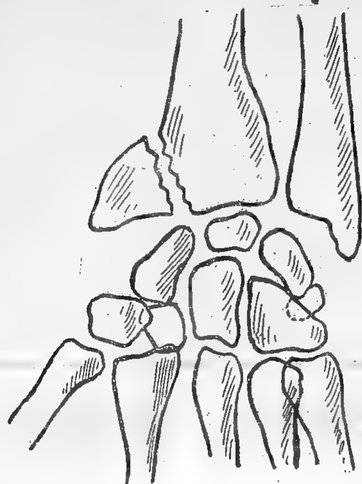


Fig. 3. — Fracture articulaire avec fragment externe.

également un éclatement de la lèvre antérieure du radius ou de la lèvre postérieure ; cette der-

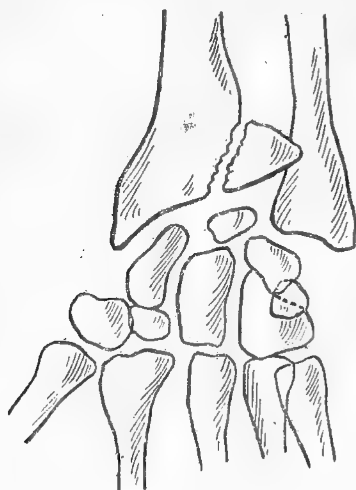


Fig. 4. — Fracture articulaire avec fragment interne.

nière fracture est connue sous le nom de fracture de Rhéa Barton.

3° *Fracture articulaire avec arrachement de la styloïde cubitale* (*fig.* 5). — Ces fractures succèdent, en général, à des chutes sur la paume de la main, avec abduction forcée. On observe trois lésions élémentaires, dont la réunion rappelle assez bien la fracture de Dupuytren au membre inférieur.

a) Fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec trait intéressant ordinairement la radio-cubitale inférieure.

b) Arrachement de la styloïde cubitale ;

c) Diastasis de l'articulation radio-cubitale.

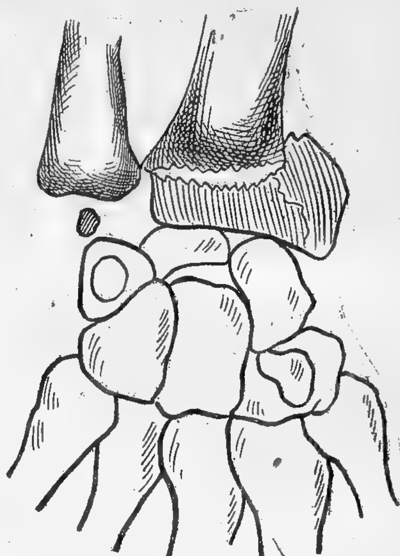


Fig. 5. — Fracture articulaire avec arrachement de la styloïde cubitale (*type Dupuytren*).

4° *Fracture sus-articulaire* (*fig.* 6). — Beaucoup plus rare que les précédents, ce type est caractérisé par ce fait que l'épiphyse radiale est détachée en bloc par un trait transversal qui passe au-dessus de l'articulation radio-cubitale inférieure ; l'apophyse styloïde du cubitus est le plus souvent arrachée.



Fig. 6. — Fracture sus-articulaire.

Telles sont les principales variétés de fractures de l'épiphyse radiale inférieure ; on conçoit que différents types peuvent se combiner et donner des lésions plus complexes ; l'éclatement du radius, partiel ou total, peut se retrouver dans toutes les variétés ; de même, l'arrachement de la

styloïde. Sans doute, dans quelques cas, le diagnostic clinique de chacune de ces variétés peut être possible, avec un peu d'habitude. L'existence d'un dos de fourchette très marqué fera supposer un éclatement du radius, ou une fracture sus-articulaire. La fracture classique sans lésion articulaire se reconnaîtra par la faible ascension de la styloïde radiale, un dos de fourchette ébauché, le libre jeu des articulations radio-carpienne et radio-cubitale inférieure ; si l'un de ces signes est trop accusé, on ne saurait trop se mettre en garde d'une lésion plus grave.

II. Traitement. — Au point de vue thérapeutique, on doit distinguer deux catégories : 1° la *fracture extra-articulaire, classique*; 2° *les fractures articulaires et sus-articulaires.*

1° *Fracture extra-articulaire.* — Ces fractures extra-articulaires ont un bon pronostic, car les surfaces articulaires sont indemnes.

On peut les réduire sans anesthésie, mais vous devez préférer, malgré tout, une anesthésie légère, au chlorure d'éthyle ; elle permet un diagnostic et une réduction plus exacts.

La main sera successivement fléchie, puis portée en adduction cubitale et immobilisée dans cette position; sous anesthésie, on pourra, d'un vigoureux coup de pouce, tenter le désengrènement de l'épiphyse radiale inférieure. Le plâtre sera placé sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main, une languette passant entre les deux premiers doigts ; on le laissera dix à douze jours, après quoi, on commencera les séances de massage.

2° *Fractures articulaires et sus-articulaires.*— Ici, l'anesthésie est indispensable ; le but que doit se proposer le praticien est de modeler l'extrémité inférieure du radius et de la ramener en bonne position. Vous y arriverez par une manœuvre que Destot désigne sous le nom de *laminage*; elle comprend les temps suivants: l'avant-bras est immobilisé sur un plan résistant ; son extrémité inférieure en affleure le bord et la main est libre ; placé du côté de la racine du membre, l'opérateur appuie vigoureusement, avec ses deux pouces, sur l'épiphyse inférieure pour la modeler et la désengrèner ; sans cette manœuvre, il est impossible d'avoir une réduction par la simple traction sur la main.

Ceci étant fait, on peut mettre les deux os dans la situation qui paraît la plus favorable au maintien de la réduction. En général, la main sera placée en flexion légère, sans adduction cubitale, avec un plâtre prenant le coude et les deux faces de l'avant-bras, sur presque toute leur étendue.

On laissera l'appareil huit à dix jours, après quoi, on commencera les séances de massage et de mobilisation passive ou active (mouvements de flexion, de pronation et de supination).

Assurément, le résultat fonctionnel ne sera pas toujours parfait; la ténacité et la volonté du blessé pourront l'améliorer; mais, au moins, vous pourrez éviter ces ankyloses presque totales de la supination et de la pronation qui constituent une infirmité permanente presque irrémédiable ; vous pourrez aussi prévenir le blessé ou son entourage et mettre à couvert votre responsabilité.

Ce ne sont pas là les seules difficultés des lésions traumatiques de l'extrémité inférieure du radius : les fractures, les luxations des os du massif carpien viennent parfois les compliquer; elles feront l'objet d'un prochain article.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le Camphre à haute dose dans la Pneumonie

Le *Bulletin médical* analyse un travail de M. Léonard Weber (*Méd. Record*, 28 janvier) sur l'efficacité incontestable du camphre à haute dose contre la pneumonie. Cette opinion est conforme d'ailleurs à celle de plusieurs auteurs allemands.

Les médecins français emploient aussi le camphre, mais ils ne paraissent pas souvent oser employer les doses de M. Léonard Weber.

Ce dernier emploie l'huile camphrée à 20 % ; il injecte toutes les heures 2 cc. dans le haut de la cuisse et dans la hanche, jusqu'à concurrence de 8 injections par jour, pendant quatre ou 5 jours, ce qui fait environ 8 à 10 gr. de camphre.

« L'auteur n'a observé aucun effet fâcheux du camphre, soit sur la vessie, soit sur les reins, soit enfin, du côté de l'estomac. De même, localement, il ne se produit ni gonflement, ni inflammation. L'emploi du camphre à haute dose dans la pneumonie paraît bien de nature à rendre les plus grands services, sans avoir à craindre la moindre complication relevant de l'emploi de ce médicament. »

Nouvelles remarques sur la ponction lombaire et la rachi-anesthésie.

Toujours ardent à la défense de sa méthode préférée d'anesthésie rachidienne, M. le Dr Le Filliatre vient de revenir sur les indications de technique indispensables à bien connaître pour ne pas éprouver de mécomptes (*Gaz. méd. de Paris*).

Le lieu d'élection recommandé par M. Le Filliâtre est l'espace lombo-sacré :

1° Parce que, à son niveau, le lac formé par l'arachnoïde présente son maximum d'étendue dans le sens postéro-antérieur, 18 millimètres environ ;

2° Parce que, à son niveau, nous ne risquons pas de léser la première branche du plexus sacré, c'est-à-dire la cinquième paire lombaire ;

3° Parce que, à son niveau, si nous plaçons une canule à drainage, nous ne risquons pas de léser les nerfs de la queue de cheval avec l'extrémité de la canule ou du trocart ;

4° Parce que, à son niveau, la ponction est beaucoup plus facile, le champ opératoire étant plus étendu, et dans le sens vertical et dans le sens transversal.

Voici maintenant la technique indiquée par M. Le Filliâtre :

« *Comme objets nécessaires*, vous les trouverez dans ma boîte à rachicocaïnisation. Ces objets, en nombre suffisant pour deux rachicocaïnisations, sont livrés stérilisés dans un écrin et comprennent : *deux aiguilles en platine* de 12 centimètres de long et de 1 millimètre de diamètre, pour la ponction ; *deux aiguilles plus courtes* pour charger la seringue ; *deux seringues en verre* de 3 c.c. ; *cinq ampoules de notre solution fraîche* de cocaïne au 1/50, stérilisée entre 120 et 130° sous ampoules fermées pendant une demi-heure, sans décomposition de la cocaïne ; enfin une *éprouvette graduée* de 30 c.c. pour recueillir le liquide céphalo-rachidien.

« Le *manuel opératoire* est facile. Le malade, purgé la veille et ayant pris le matin du jour de l'opération une tasse de café et un jaune d'œuf, est assis soit sur une table d'opération, soit sur une chaise, ou couché sur le côté, si l'état du malade l'exige. Après lavage et savonnage de la région sacro-lombaire et après avoir frictionné cette région avec des compresses stérilisées imbibées tour à tour d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1/2000, d'alcool et d'éther, vous vous assurerez que votre malade est dans la position, voulue pour la ponction.

« *a*) *Si le malade est assis*, vous lui demandez d'arrondir le dos, les mains reposant sur les cuisses à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, les pouces en dedans. Dans cette position, vous trouverez facilement l'espace sacro-lombaire.

« *b*) *Si le malade est couché*, un bon moyen pour lui faire arrondir le dos est de lui passer une serviette assez longue sous les jarrets, de venir prendre le cou avec les deux chefs et de la nouer sous la nuque.

« *c*) Pour *repérer l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire*, on détermine, comme le fait Tuffier, l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire, qui se trouve située au point de rencontre de la ligne épineuse et d'une ligne transversale réunissant les sommets des deux crêtes iliaques. Cette apophyse trouvée, repérez-la de l'index de la main gauche, dont le pouce rencontrera facilement au-dessous l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire.

« *d*) *Pour ponctionner*, piquer à 2 centimètres environ à droite, en bas et en dehors de la cinquième apophyse en tenant l'aiguille presque horizontale et inclinée de 45° environ sur le plan vertical antéro-postérieur.

« *e*) *Pour la détermination de la quantité* du liquide à retirer, conformez-vous à la règle suivante : pour un malade chez lequel le liquide s'écoule goutte à goutte, vous retirez 10 c. c. avant de pousser l'injection ; pour les malades où le liquide s'écoulera en jet, vous attendrez que le liquide tombe goutte à goutte avant de retirer la quantité constante de 10 c. c., et si vous voulez obtenir l'analgésie de la partie supérieure de l'individu, sûrement du cou et du tronc, retirez encore 5 c. c. en plus de liquide céphalo-rachidien, en vous rappelant toutefois qu'il est suffisant d'évacuer 30 c. c. de liquide céphalo-rachidien en tout.

« Après cette évacuation de liquide céphalo-rachidien, nous injectons de 1 c. c. 1/2 à 3 c. c. de notre solution fraîche de cocaïne, soit de 2 à 6 cgr. de cocaïne. Trois cgr. seront toujours suffisants pour les opérations portant sur les régions sous-pubiennes, 3 cgr. à 6 cgr. si nous opérons dans les régions sus-pubiennes.

« L'injection poussée doucement, vous retirez brusquement l'aiguille et vous appliquez une compresse stérilisée avec un peu de collodion sur le point de la ponction. *Renversez aussitôt le malade s'il est assis*, à cause des légers troubles cérébraux causés dans la position assise, par l'abaissement brusque de la tension du liquide céphalo-rachidien. Après une ponction, laissez toujours vos malades deux ou trois jours au lit. Le soir même, vous pouvez les alimenter légèrement si l'intervention pratiquée le permet.

« Avec cette technique, vous aurez toujours une anesthésie parfaite sans avoir à redouter les accidents que nous avons tous rencontrés en pratiquant les autres méthodes de rachianesthésie ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Nouvelle appellation de la fièvre de Malte. — Néphrite syphilitique traitée par le 606. — Contention des ptoses de l'estomac. — Hydropneumothorax tuberculeux. — Traitement chirurgical de quelques emphysèmes.

M. Widal présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur une *nouvelle appellation à donner à la maladie généralement désignée jusqu'ici sous le nom de « fièvre de Malte »*.

L'Académie ayant récemment émis le vœu que la fièvre de Malte soit insérée au nombre des maladies à déclaration obligatoire, le gouverneur de Malte s'est plaint, par voie diplomatique, au ministère des affaires étrangères, du qualificatif de fièvre de Malte, qui pourrait nuire à l'intérêt commercial de l'île. Le gouverneur de l'île anglaise ajoute qu'un tel nom ne convient pas à une maladie qui sévit sur tout le littoral méditerranéen, en Egypte, Grèce, Sicile, Italie, France, Espagne, Tunisie, aussi bien que dans d'autres pays non baignés par la Méditerranée, tels que le nord de la France, l'Inde, etc. Il pro-



pose la dénomination de *fièvre méditerranéenne* déjà adoptée par le collège royal des médecins en Angleterre.

La commission académique et M. Widal, dans son rapport, ne s'opposent pas à ce changement d'appellation et acceptent de désigner maintenant la fièvre de Malte sous le nouveau nom de fièvre méditerranéenne.

MM. BLANCHARD fait observer que le terme de fièvre méditerranéenne pourrait, à son tour, porter préjudice à notre Côte d'Azur. Il soumet à l'adoption de l'Académie la dénomination de *fièvre ondulante*.

MM. CHAUFFARD et LANDOUZY préfèrent l'expression de *mélitose* qui rappelle l'origine microbienne de la maladie, celle-ci étant due au micrococcus melitensis.

La question est finalement renvoyée à l'examen de la commission.

— MM. WIDAL et JAVAL rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *néphrite syphilitique traitée par l'arséno-benzol.*

Le malade, albuminurique depuis 14 mois, avait une grosse albuminurie se maintenant entre 10 et 14 gr. par litre et 25 à 30 gr. par jour. Des injections répétées de biiodure et de benzoate de mercure n'avaient pas influencé sa néphrite. Les auteurs essayèrent l'arséno-benzol et firent une injection intra-veineuse de 60 centigr. de ce médicament. Du huitième au dix-septième jour après l'injection, l'albuminurie diminua progressivement, pour tomber à une moyenne de 1 gr. à 2 gr. 50.

Ce fait ne saurait, il va sans dire, trancher la question de l'innocuité du 606 pour le rein malade, ou de son efficacité sur la syphilis rénale. Il montre néanmoins que si, dans la cure à l'arséno-benzol, on doit tenir compte de l'état du rein, la contre-indication ne s'applique certainement pas indistinctement à toutes les formes de la syphilis rénale ni à toutes les périodes de la maladie.

M. SIREDEY cite à l'appui de l'observation de M. Widal le cas d'un patient albuminurique chez qui une injection de 60 centigr. d'arséno-benzol fut suivie d'une rapide diminution de l'albuminurie.

— MM. GASTON DURAND et RAULOT-LAPOINTE exposent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *contention des ptoses de l'estomac.*

L'emploi systématique de la méthode radioscopique a permis, dans ces toutes dernières années de montrer la grande fréquence des ptoses de l'estomac. La radioscopie a fait plus : elle a, en même temps, donné la mesure exacte de la valeur des moyens employés pour combattre les dites ptoses. Ainsi, M. Enriquez a pu voir que les ceintures et les sangles les plus perfectionnées relevaient le bord inférieur de l'organe de 1 centimètre en moyenne lorsque le ventre n'était pas excavé ; que, par contre, dans tous les cas de ventre creux, les plus nombreux, les ceintures abaissaient régulièrement le fond de l'estomac de 1 à 2 centim. et davantage. M. Enriquez proposait, pour obvier à ce grave défaut, de doubler les sangles et ceintures d'une pelote pneumatique à expansion variable, dénommée par lui pelote hypogastrique.

Von Noorden ayant, à son tour, mis en œuvre la méthode radioscopique pour juger l'influence des bandages sur le relèvement de l'estomac, aboutit à cette conclusion pessimiste qu'il n'y a aucun résultat à espérer dans les ventres où la paroi abdominale est de forme normale ou excavée, même avec les bandages les mieux imaginés.

MM. Durand et Raulot-Lapointe ont examiné depuis 2 ans un grand nombre de malades présentant des ptoses de l'estomac à tous les degrés. Ils estiment que le scepticisme de Von Noorden est fort exagéré. Ils pensent que les ptoses gastriques simples peuvent et doivent être guéries, quels que soient l'état des parois abdominales et la forme du ventre, à condition d'user d'un moyen de contention qui puisse s'adapter à chaque cas particulier. Leurs observations portent sur l'emploi systématique de ceintures doublées de la pelote pneumatique spéciale imaginée par M. Enriquez. Cette pelote, en forme de navette, doit être adaptée à une ceinture faite d'un tissu résistant et non élastique.

— M. GAILLARD signale à la *Société médicale des hôpitaux* deux *cas de guérison de l'hydropneumothorax tuberculeux.*

Le pronostic de l'hydropneumothorax tuberculeux dépend surtout de la nature de la perforation pulmonaire. Si la rupture s'est effectuée aux dépens d'une cavernule, la maladie passe à l'état chronique et la plèvre suppure. S'il y a rupture d'un nodule tuberculeux très petit ou d'un groupe de vésicules emphysémateuses, la maladie peut guérir. La guérison est exceptionnelle, d'où l'intérêt de la communication de M. Gaillard.

— M. TUFFIER fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *traitement chirurgical de quelques emphysèmes.*

Dans le type clinique de l'emphysème pulmonaire, Freund, en 1858, a voulu distinguer deux états pathologiques différents : l'un, caractérisé par une lésion primitive du poumon, serait l'emphysème classique ; l'autre prendrait son origine dans une altération du cartilage costal provoquant une dilatation rigide du thorax en inspiration. Cette division, si elle était justifiée ferait rentrer dans le domaine de la chirurgie certains cas d'emphysème, où il suffirait de sectionner les lésions du cartilage costal pour améliorer le malade.

La conception de Freund, délaissée jusqu'en 1906, fut à ce moment reprise et appliquée par Hildebrandt, si bien qu'il existe aujourd'hui une quarantaine d'opérations pratiquées contre cette altération des cartilages costaux.

M. Tuffier a opéré 4 de ses malades avec de bons résultats. Pour lui, la distinction établie par Freund est justifiée. Les lésions cartilagineuses en question siègent principalement sur

les 2e et 3e cartilages droits, chez les sujets jeunes du moins, car, chez les sujets plus âgés, tous les cartilages sont pris indistinctement. Le diagnostic des dilatations rigides du thorax a encore besoin d'être étudié, les signes différentiels signalés (absence de bronchites, épaississements des cartilages, opacité à la radiographie, etc.) n'étant pas toujours nets au début, à la période où l'opération est utile. Les indications opératoires ne doivent se baser que sur les déformations thoraciques bien démontrées. P. L.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Les bains médicinaux,

Par le docteur Gaston SIGURET,

Médecin consultant à St-Nectaire (Puy-de-Dôme).

Les bains médicinaux sont des bains composés d'eau contenant en dissolution ou en suspension certaines substances jouissant de propriétés thérapeutiques. Ces diverses substances qu'on incorpore aux bains sont empruntées aux règnes minéral, végétal ou animal.

Les bains médicinaux ont toujours joui d'une grande popularité. Aujourd'hui, ils sont encore très en faveur non seulement auprès du public, mais encore auprès du corps médical. De fait, ils sont réclamés par une foule d'états morbides, et c'est pourquoi il est nécessaire de connaître la formule et les indications des principaux.

I. — *Bains médicinaux inscrits au Codex.*

Sept bains médicinaux sont inscrits au nouveau Codex. Six contiennent des substances d'origine minérale. Ce sont : le bain alcalin, le bain dit de Vichy, les bains sulfureux, le bain dit de Barèges, le bain de sublimé. Un seul contient des substances d'origine animale : le bain gélatineux. Il n'est pas fait mention de bains médicamenteux à base de substances d'origine végétale.

Bain alcalin. — Le bain alcalin (balneum alcalinum) est dosé comme suit :

Pour les adultes :

Carbon. de soude cristallisé du commerce. 250 gr.

Faire dissoudre dans un litre d'eau puis verser dans la baignoire.

Pour les enfants d'une douzaine d'années, dont le bain exige environ 100 litres au lieu de 300 litres :

Carbon. de soude cristallisé du commerce. 100 gr.

Chez les jeunes enfants, dont le bain n'exige que de 25 à 30 litres :

Carbon. de soude cristallisé du commerce. 50 à 60 gr.

Bain dit de Vichy. — Le bain dit de Vichy se formule comme suit :

Pour les adultes :

Bicarbonate de soude............ 500 grammes.

Pour les enfants de douze ans environ :

Bicarbonate de soude......... 150 à 200 grammes.

Pour les tout jeunes enfants :

Bicarbonate de soude....... 50 à 100 grammes.

Faire dissoudre le sel dans l'eau au moment de prendre le bain. Bouchut et Després, dans leur Dictionnaire de médecine, donnent une autre formule que nous mentionnons, car elle peut rendre service dans quelques cas :

Bicarbonate de soude..........	1 kilogr.
Chlorure de calcium............	150 grammes.
Sulfate de soude..............	150 grammes.
Chlorure de sodium............	60 grammes.
Sulfate de magnésie..........	50 grammes.

Les bains alcalins et de Vichy sont à recommander dans le traitement des affections squameuses ou vésiculeuses chroniques de la peau qui s'accompagnent de fortes démangeaisons. On peut les prescrire encore dans la gravelle, les organopathies vésicales, etc.

Bain de sublimé corrosif. — Le bain de sublimé corrosif, employé contre les dartres, les syphilides, certaines dermatoses (eczéma, ecthyma, impétigo, prurigo parasitaire, etc.) est composé comme suit :

Chlorure mercurique...........	20 grammes.
Chlorure d'ammoniaque.	20 grammes.
Eau distillée..................	200 grammes.
Solution de carmin indigo.......	X gouttes.

Les pharmaciens doivent le livrer dans un flacon muni de deux étiquettes ; l'une est l'étiquette rouge réglementaire ; l'autre doit porter cette inscription : *Sublimé corrosif ; dose pour un bain ; poison.*

On verse le contenu du flacon dans l'eau au moment de prendre le bain. Pour prendre ce bain, il est recommandé de se servir de baignoires en bois.

Pour les enfants d'un an et un peu au-dessous, le docteur Comby donne la formule suivante :

Sublimé corrosif.................	1 gramme.
Chlor. de sodium, ou d'ammoniaque, ou alcool à 90°..................	10 grammes.
Eau chaude......................	30 à 50 litres.

La dose de sublimé peut être portée à 2 ou 3 grammes par bain quand les enfants ont dépassé la première année.

Bain sulfureux. — Pour ce bain, on doit faire usage d'une baignoire de bois, de zinc ou de fonte émaillée. Il est bon de le prendre dans une pièce spéciale peinte au blanc de zinc. Le bain sulfureux se prescrit sous forme solide ou liquide. Le bain sulfureux solide se compose de :

Pour les adultes :

Sulfure de potasse.............. 100 grammes.

concassé grossièrement et enfermé dans un flacon bouché avec soin. Au moment de l'emploi, on fait dissoudre le sulfure de potasse dans un litre d'eau chaude que l'on verse ensuite dans l'eau du bain :

Le bain sulfureux liquide est préparé de la façon suivante :

Pour les adultes :

Sulfure de potasse.............	100 grammes.
Eau.........................	200 grammes.

On fait dissoudre ; puis on filtre et on conserve le liquide dans un flacon soigneusement bouché ; on verse le contenu du flacon dans l'eau au moment de prendre le bain.

Chez les enfants, la dose de sulfure de potasse à employer est de 20 à 50 grammes.

En ajoutant une solution de 500 grammes de gélatine dans l'eau du bain, on a le *bain sulfuro-gélatineux.*

Pour désinfecter l'eau du bain avant de la jeter, il suffit d'y mettre 100 gr. de sulfate de zinc.

Bain dit de Barèges. — Le bain dit de Barèges se compose de :

Monosulfure de sodium cristallisé....	60 grammes.
Chlorure de sodium purifié..........	60 grammes.
Carbonate neutre de sodium sec.....	30 grammes.

On mélange et on conserve les sels dans un flacon bien bouché et on dissout dans l'eau du bain au moment de l'emploi.

Toutes les remarques que nous avons faites au sujet du bain sulfureux s'appliquent également au bain dit de Barèges. Dans la pratique journalière d'ailleurs, on prescrit souvent indifférement ces trois bains, car ils jouissent tous les trois des mêmes propriétés stimulantes et reconstituantes qui rendent leur emploi précieux dans le rhumatisme chronique, dans la sciatique, dans le saturnisme, dans la syphilis, etc...

Quant au *bain gélatineux,* dont nous avons donné plus haut la formule, il agit comme émollient, et c'est à ce titre qu'il nous intéresse surtout.

Tels sont les bains médicinaux que l'on a jugé bon de conserver au nouveau Codex. On ne saurait cependant passer sous silence la formule de certains autres bains dont l'usage est courant.

II. — *Autres bains médicinaux d'usage courant.*

Les principaux sont les bains de sel, de son, d'amidon, sinapisés, de tilleul, aromatiques.

Bain de sel. — Le bain de sel si souvent prescrit chez les enfants principalement (scrofule, rachitisme, anémie, etc.), doit contenir :

1 à 3 kilogrammes de NaCl par bain suivant les cas.

Pour les adultes de :

3 à 8 kilogrammes de NaCl.

Si son action est trop irritante, on mitige avec 500 grammes d'amidon et 50 gr. de carbonate de soude.

Bain de son. — Pour le bain de son on formule :

Son............	500 à 1000 gr. suivant les cas.

Faire bouillir 1/4 d'heure dans 5 à 6 litres d'eau, passer et mélanger avec le bain.

Bain d'amidon. — Pour le bain d'amidon, on formule également :

Amidon...........	500 à 1000 gr. selon les cas.

Délayer dans deux litres d'eau et mélanger lentement au bain et en agitant.

Bain de tilleuls. — Le bain de tilleuls se prépare avec :

Tilleul......................	100 à 500 grammes.

Faire infuser une heure dans 5 litres d'eau bouillante, passer et ajouter à l'eau du bain.

Bain aromatique. — Le bain aromatique se prépare avec :

Espèces aromatiques.........	100 à 500 grammes.

Faire infuser une heure dans trois litres d'eau bouillante, passer et ajouter à l'eau du bain.

Tous ces bains sont émollients et calmants.

Bain sinapisé. — Le bain sinapisé au contraire est excitant ; il est très employé, notamment dans les cas de diarrhées graves, athrepsie, coma, collapsus, etc. On le prescrit :

Farine de moutarde..	100 à 200 gr. chez les enfants.
Farine de moutarde..	1000 gr. chez les adultes.

Mettre dans un sac de toile fine et tremper dans l'eau du bain.

THÉRAPEUTIQUE

De la supériorité physiologique et clinique de l'albumine végétale naturelle sur les protéines animales et de synthèse,

Par le Docteur M. Nigoul,

Ancien interne de l'hôpital Péan, médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissements de Paris et des Postes et Télégraphes.

L'alimentation et la suralimentation reposent essentiellement sur l'utilisation rationnelle des substances azotées. Sous un faible volume, les albumines représentent une valeur nutritive considérable et permettent de soutenir les forces de l'organisme en insuffisance digestive, ou de faire un appoint suralimentaire.

Mais, si l'importance clinique des albumines ne fait aucun doute, la question se pose de savoir laquelle de ces substances doit retenir l'attention du médecin en raison de son activité supérieure avec un minimum d'inconvénients.

Nous avons à choisir entre l'albumine animale, les albumines de synthèse et les matières protéiques végétales.

A vrai dire, il n'y a pas une albumine animale : il y a des albumines animales, c'est-à-dire des substances complexes, renfermant des principes toxiques, des matières extractives de la série xantique, des purines et des produits de transformation : leucine, thyrosine.

Les albumines synthétiques sont des substances artificielles créées par la chimie au moyen d'acides ou d'alcalis agissant sur l'albumine animale ou par précipitation. Elles contiennent donc des acides ou pes alcalis et sont peu digestibles.

L'albumine végétale, au contraire, n'a pas ces défauts et il apparaît que sa valeur alimentaire est supérieure. Mais encore faut-il distinguer, car il existe deux sortes d'albumine végétale :

1° Le gluten renfermant 50 % d'une protéine coagulée, c'est-à-dire ayant perdu par cette modification chimique la plupart de ses propriétés naturelles et devenue difficilement digestible et assimilable ; 2° La glidine renfermant 95 % de protéine pure, naturelle, *non coagulée*, c'est-à-dire présentant le maximum de propriétés suralimentaires, rapidement digérée par le suc gastrique et totalement assimilée.

Cette albumine végétale non coagulée, déjà plusieurs fois étudiée en France et à l'étranger (1), est retirée du froment par centrifugation, c'est-à-dire par un procédé physique lui conservant toutes ses propriétés intégrales. Sa concentration albuminique, exactement de 95.69 %, est la plus forte existant à ce jour dans la thérapeutique, et de plus, elle présente un pourcentage élevé de lécithine végétale naturelle (11 %).

La Glidine, mieux que tout autre corps, peut donc servir de base pour étudier l'albumine végétale naturelle non coagulée, dont elle est le type parfait.

Et d'abord, tandis que les substances protéiques animales naturelles et modifiées, ayant subi, par leur préparation, des changements moléculaires ou des additions chimiques les rendant plus ou moins indigestes, et que leur transformation en peptones se fait difficilement dans l'estomac avec mise en liberté de corps étrangers irritants pour la muqueuse, l'albumine végétale non coagulée est si rapidement, si facilement transformée par le suc gastrique qu'on a pu démontrer son assimilation totale en une heure, sans aucune production de corps étrangers toxiques ou caustiques.

Voilà donc une première supériorité à reconnaître à la protéine végétale naturelle. Elle est sans inconvénient digestif et possède, d'autre part, une action reconstituante rapide.

Les auteurs ont à ce sujet établi un tableau comparatif du temps nécessaire à la digestion des diverses albumines et le Dr Martin Saint-Laurent écrit : « D'une digestion rapide, la glidine est totalement assimilée en une heure. Or l'œuf qui renferme seulement 14 % de protéide est digéré en 2 heures ; le gluten, de 50 à 60 %, est digéré en 2 h. 1/2, le pain, 8 à 10 %, en 3 h. ou 3 h. 1/2. On peut juger par cette rapide analyse de la valeur éminemment nutritive de cette substance végétale naturelle. »

En second lieu, la présence dans ce produit de presque 1 % de lécithine végétale pure à côté de 95 % d'albumine végétale est une nouvelle source d'énergie reconstituante cellulaire. Enfin, on ne trouve pas dans la protéine végétale naturelle trace de principes étrangers plus ou moins toxiques, de matières extractives, ce qui lui confère une véritable innocuité. On n'y trouve pas non plus d'hydrates de carbone (ou si peu, 2 % environ), tandis que dans les albumines animales on rencontre le glycogène. Chez les diabétiques, la glidine est donc appelée à rendre de grands services grâce à cette double supériorité.

En résumé, dans cette étude comparative, la chimie physiologique donne la préférence à l'albumine végétale naturelle non coagulée sur toutes les substances protéiques connues qu'elles soient animales ou synthétiques.

Mais la clinique confirmera-t-elle ces données de la physiologie ? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

Nous avons fait à ce sujet des recherches prolongées dans nos services des dispensaires des 1er et 2e arrondissements et des Postes et Télégraphes, où le hasard de la clinique amenait devant nous des dyspeptiques, des tuberculeux, des diabétiques, des convalescents, des neurasthéniques, des anémiés, des amaigris en état de déchéance organique. Chez eux nous avons utilisé la glidine comme aliment et suraliment, comme reconstituant général reminéralisateur.

Voici très résumées quelques-unes de nos observations. Cette protéine étant insoluble, inodore, insipide, était prise mélangée à n'importe quel aliment, à la dose quotidienne de 2 à 5 cuillerées à soupe pour les adultes, 2 à 5 cuillerées à café pour les enfants. On a veillé seulement à ce que le véhicule alimentaire ne fût pas à haute température pour prévenir la coagulation.

Nos observations ont été prises avec le concours de M. Sylvain, chef du laboratoire des dispensaires et qui faisait l'analyse des urines, des crachats et pesait régulièrement les malades.

Observation 3. — M. Ples, 32 ans. *Dilatation gastrique développée, dyspepsie atonique, fermentations.*

Poids initial : 62 kgs. Le malade prend 4 cuillerées à soupe de Glidine. Tolérance parfaite, 8 jours après, poids 62 kgs 500. Même traitement toujours bien toléré. 8 jours après, poids 62 kgs. 900. Aucun inconvénient à signaler.

Observation 7. — Marthe M... 40 ans, *dyspepsie hyposthénique, entérite glaireuse ancienne, constipation opiniâtre.*

Poids initial : 38 kgs. 500.

La malade prend 3 cuillerées à soupe de Glidine par jour. Tolérance parfaite, aucun trouble intestinal.

8 jours après, poids : 39 kgs. 200.

Même traitement à raison de 4 cuillerées à soupe ; le remède est bien toléré, il n'y a pas de fermentations intestinales ; poids 8 jours après ; 39 kg. 600.

La constipation existe toujours.

Observation 13. — Jeanne Ch... 19 ans. *Tuberculose pulmonaire à la deuxième période, amaigrissement.*

Poids initial : 50 kgs. 500.

La malade prend 4 cuillerées à soupe de Glidine et pas autre chose. Le remède est bien toléré. Au bout de 8 jours, poids 51 kgs. 600. Nous continuons le suraliment, 8 jours après poids : 52 kgs. 8 jours

(1) Dr Viollet, médecin des asiles. — *Archives de Neurologie*, novembre 1910. — Docteur Martin Saint-Laurent, travail de clinique de l'hôpital dispensaire des mutualistes. Paris 1900.

Prof. Eulenburg. *Therapie der Gegenwart*, août 1903. Prof. Berguell *Mediz. Klinik*, n° 41, 1905. Voir encore le *Lancet*, n° 4, janvier 1909. *The Medical Review*, juillet 1908.

après 52 kgs. 400. L'état pulmonaire n'est pas modifié, mais l'état général est meilleur.

Observation 21. — Auguste Ven... 43 ans : *diabète sucré.*

Poids initial 47 kgs. 500, 3 cuillerées de glidine. Tolérance parfaite. 8 jours après poids 48 kgs. L'appétit est meilleur. Dans les urines la quantité de sucre n'a pas varié.

4 cuillerées de Glidine.

L'amélioration continue et 8 jours après, poids 48 kgs. 400.

5 cuillerées à soupe du remède.

8 jours après, poids : 48 kgs. 700.

Le taux de sucre n'a pas varié. Amélioration générale certaine.

Observation 25. — Fernand Belly... 24 ans, *tuberculose pulmonaire, première période.*

Poids 54kgs. 600. Trois cuillerées de glidine bien tolérées ; 8 jours après, poids : 55 kgs. 4 cuillerées du suraliment : 8 jours après, poids : kgs. 300. Encore 4 cuillerées à soupe ; 8 jours, après poids : 55 kgs. 900. L'état général est bon. Les sueurs nocturnes ont disparu, la toux est moins fréquente.

Nous arrêtons là l'exposé de nos observations dont le nombre atteint 37, car déjà, nous pouvons vérifier la valeur thérapeutique de l'albumine végétale naturelle. Les autres cas traités ont d'ailleurs beaucoup d'analogie avec les précédents. L'amélioration de l'état somatique est généralement manifeste. L'augmentation de poids n'est pas toujours bien nette au début du traitement, ne dépassant pas 4 à 500 grammes en 8 à 10 jours, mais par la suite, cette amélioration s'affirme et atteint en 4 à 5 semaines assez souvent 2 kgrs. et au delà. Les forces reviennent, l'appétit est bon. La résistance aux infections (tuberculose) est accrue. Les phénomènes asthéniques chez les convalescents, les grippés, les surmenés, les affaiblis disparaissent et on assiste à une reminéralisation progressive de l'économie. Dans de nombreux cas l'absorption simultanée de Glidine et d'Arsan (1) nous a donné des résultats remarquables et sur lesquels nous reviendrons plus tard dans une note clinique. Mais en ce qui concerne uniquement l'albumine végétale, nous pouvons dire que sa valeur thérapeutique ne peut faire aucun doute, car dans 33 cas sur 37 les résultats reminéralisateurs ont été indiscutables.

(1) L'Arsan est une combinaison d'arsenic et de Glidine à puissance reconstituante élevée avec une toxicité très affaiblie.

En aucun cas, nous n'avons observé de phénomènes d'intolérance, ni gastriques, ni intestinaux, ni de troubles chez le glycosurique et il y a dans cette constatation une supériorité très nette sur les autres albumines qui, bien souvent, amènent de la diarrhée, des vomissements et font monter le taux du sucre dans l'urine des diabétiques.

Chez les enfants aussi la Glidine est bien tolérée et s'affirme un bon reconstituant de l'organisme pour les amaigris, les débilités et les convalescents.

Il nous semble donc possible de conclure, avec le Docteur Martin Saint-Laurent, que la protéine végétale naturelle est, parmi les produits à base d'albumine, la meilleure substance reconstituante et alimentaire. Elle agit d'une manière presque constante et sans troubles secondaires, la présence de la lécithine dans sa molécule assurant, en outre, un surcroît d'activité reconstituante très utile aux tuberculeux et aux névropathes.

En partant de cette substance, on a établi encore des composés nouveaux avec le brome, l'iode, le fer, l'arsenic, le mercure. Ces combinaisons ne sont pas irritantes et leur toxicité se trouve réduite en raison du dédoublement progressif qui, dans l'intestin, met l'élément métal en liberté.

La Glidine en effet non coagulée, quand elle est prise naturelle, se coagule par le fait de ses combinaisons organiques et devient alors digestible en milieu alcalin pancréatique.

C'est ainsi qu'avec l'Arsan nous avons obtenu dans la tuberculose notamment, des effets reconstituants, dynamogéniques tout à fait remarquables et nous avons pu dans un cas de syphilis atteindre des doses élevées : 6 à 7 tablettes (12 à 14 milligrammes d'arsenic) sans aucun inconvénient. L'Arsan est un stimulant de la nutrition et des échanges et, à notre avis, on doit le considérer comme l'un des meilleurs arsenicaux de notre thérapeutique actuelle.

Il y a sur ce médicament beaucoup à dire comme d'ailleurs sur la Bromoglidine, le Luesan, l'Iodoglidine et nous y reviendrons dans une autre communication. Cette question des albumines animales et végétales est toujours fort intéressante à élucider, car leur importance en ces dernières années est devenue considérable.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ASSISTANCE MÉDICALE

L'Infirmière dans l'Assistance à domicile.

Par la note ci-dessous, le corps médical, ses syndicats surtout, sont invités à s'occuper d'une question d'organisation sociale.

Nous pensons que : 1° ainsi consultés avant que l'Administration procède à des créations, qui toucheront de près à leur intérêt propre et à celui de leurs malades, nos confrères et leurs groupements ne sauraient s'abstenir de travailler à la documentation demandée.

Nous nous ferons un devoir d'accueillir, de classer, d'analyser, de publier au besoin les réponses et suggestions qui nous seront adressées au questionnaire que représente la note qui suit. C'est notre

Demandes et offres (suite)

—

trées latérales, magnéto Bosch, glace, capote, un phare, 3 lanternes, accessoires, très bon éta'. Prix demandé : 3.500 fr. Docteur Prépin, Durtal (Maine-et-Loire).

SOU MEDICAL

—

Pour renseignements, envois de pièces, etc., adresser la correspondance, 23, rue de Dunkerque à Paris.

Pour les adhésions et le paiement des cotisations, au Dr GASSOT, *trésorier*, Chevilly (Loiret).

Association Amicale

—

***Secrétaire général*: M. le Dr Mignon, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).**

***Trésorier* : Dr Gassot, Chevilly (Loiret).**

CORRESPONDANCE

HEBDOMADAIRE

—

Dr T., à C., à « Sou médical ». — Je vous remercie des conseils que vous m'avez donnés. J'ai écrit à la Compagnie d'assurance dans le sens que vous m'indiquiez, en signalant que l'avis venait du « Sou médical », et ma note m'a été réglée de suite sans rabais et sans discussion. C'est donc une victoire à votre actif.

297. — Dr P., à P., à *Concours*. — Voudriez-vous me répondre par la voie du *Concours* à la question suivante :

Le juge de paix me réquisitionne pour visiter quelqu'un (Il n'y a pas lieu à rapport). Comment dois-je me faire payer ? Suffit-il de présenter au receveur de l'enregistrement dûment remplie et signée du juge de paix l'ordonnance de taxe qui est annexée au réquisitoire ?

Réponse. — Si vous avez une ordonnance de taxe signée vous n'avez qu'à la présenter au receveur de l'enregistrement, qui vous paiera. Dans le cas contraire, remettez votre mémoire d'honoraires au juge de paix qui vous a requis, et qui le transmettra à qui de droit.

rôle. Celui de nos lecteurs est de formuler au plus tôt leurs vues et de ne pas se réserver pour d'inutiles jérémiades rétrospectives.

Le Congrès international d'assistance, qui s'est tenu à Copenhague l'été dernier, avait à son ordre du jour la question des soins des malades dans les campagnes.

Parmi les rapports particuliers figurait un rapport français dû à la collaboration de M. le Dr Ott, inspecteur départemental d'hygiène à Rouen, avec M. Henri Bonnet, secrétaire-trésorier d'un bureau de bienfaisance de Paris.

Ce rapport, s'inspirant d'une étude préparatoire de la Société internationale des questions d'assistance, annonçait que la question pourrait être reprise au prochain Congrès national d'assistance ; d'autre part, les conclusions du Congrès international ont paru trop générales pour s'appliquer à notre organisation française, la loi du 15 juillet 1893 ayant créé un service bien défini d'assistance médicale obligatoire. C'est pourquoi le Comité national en a retenu, pour le Congrès qui se tiendra à Nantes, en juillet 1911, la partie qui correspond à une des lacunes de notre service public de médecine gratuite et a désiré qu'elle fût envisagée, aussi bien pour les villes que pour les campagnes.

Il s'agit donc : 1° de rechercher dans quelle mesure ceux des malades pauvres qui, suivant les termes de la loi, peuvent être « soignés utilement à domicile » reçoivent à l'heure actuelle, sur certains points de la France, le secours d'infirmières expertes et agissant en collaboratrices du médecin ; 2° d'examiner par quels moyens cette pratique, au besoin perfectionnée, pourrait être généralisée et plus ou moins incorporée aux services départementaux comme aux services communaux autonomes.

La question se pose naturellement aussi bien pour les femmes en couches que pour les malades proprement dits.

On ne saurait voir qu'un rudiment d'organisation dans l'existence de certaines institutions de gardes-malades qui profitent principalement aux malades aisés ou dont l'action indépendante risque de favoriser l'exercice illégal de la médecine. L'infirmière, laïque ou congréganiste, doit rester à domicile ce qu'elle est à l'hôpital, c'est-à-dire un agent d'exécution placé sous les ordres du médecin et sous le contrôle des autorités chargées de pourvoir aux dépenses publiques d'assistance. Corrélativement, l'infirmier doit avoir son existence assurée. Son salaire doit couvrir les risques de chômage et l'éventualité d'une invalidité temporaire ou définitive, soit par l'allocation directe d'une rétribution suffisante, soit par toute autre combinaison qui mette l'intéressé à l'abri des préoccupations matérielles.

Le Congrès aura à se demander jusqu'à quel point l'assistance médicale à domicile avec le concours d'infirmières des pauvres, reste plus économique que l'assistance hospitalière, ce qui l'amènera à évaluer, pour la ville, le nombre moyen de malades qu'une seule personne peut visiter dans sa journée et, pour la campagne, la durée moyenne du séjour nécessaire près d'un malade.

Ces éléments d'appréciation semblent indispensables pour déterminer la dépense probable et pour en fixer l'imputation.

Il conviendra également d'envisager la possibilité de faire participer à ce nouveau service les sociétés de secours mutuels et d'en obliger la charge, en faisant appel à des œuvres de bienfaisance ou à la générosité de personnes charitables.

Le rapport général sur cette question vient d'être confié à M. le Dr G. Drouineau, inspecteur général honoraire des services administratifs du Ministre de l'Intérieur.

On aura des renseignements sur le Congrès de Nantes en s'adressant à la *Permanence internationale des Congrès d'assistance à Paris, 49, rue de Miromesnil.*

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Le médecin doit-il être rendu responsable des frais d'hospitalisation de ses malades ?

Mon cher Confrère,

Je vous adresse la curieuse lettre que l'administration des hospices de Lyon envoie au Dr Dénarié, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry. Je crois que cette lettre intéresse tout le corps médical, car si la thèse du président de la commission des hospices de Lyon était admise, il serait impossible dorénavant de recommander un malade à un médecin ou à un chirurgien des hôpitaux, sans payer les frais d'hospitalisation.

Je vous prie de publier cette lettre dans le *Concours médical* en y joignant les considérations qu'elle vous paraît comporter, je vous serai obligé au préalable de vouloir bien la soumettre à votre Conseil juridique, car le président du Conseil d'administration des hospices de Lyon n'est autre que M. Caimer, professeur à la Faculté de droit de Lyon.

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Tissot.

ADMINISTRATION CENTRALE — Passage de l'Hôtel-Dieu n° 56 — BUREAU Frais d'Hospitalisation — *X... de Chambéry.*

HOSPICES CIVILS DE LYON — Conseil Général d'Administration

Lyon, le 17 novembre 1910.

Le Président du Conseil Général d'Administration des Hospices civils de Lyon à Monsieur le Dr Dénarié, médecin de l'hôpital de Chambéry, à Chambéry (Savoie).

Le 24 janvier dernier, vous avez dirigé sur l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il dut être admis d'ur-

gence, le nommé X., qui était en traitement à l'hôpital de Chambéry.

Le sieur X. se présenta à l'Hôtel-Dieu, muni de la note dans laquelle vous demandiez son admission,et d'un certificat d'indigence délivré par le maire de Chambéry.

La famille du malade n'ayant pu, en raison de son indigence, assurer le paiement des frais d'hospitalisation, mon administration s'adressa au maire de Chambéry pour obtenir que ces frais fussent pris en charge par la ville.

En suite de la correspondance échangée à cet effet, M. le maire de Chambéry me faisait savoir, par lettre du 24 août : que la municipalité ne pouvait accepter, en aucune façon, la prise en charge des frais d'hospitalisation du nommé X., attendu, disait-il, que ce malade s'était présenté à l'Hôtel-Dieu de Lyon sans titre ; que le certificat d'indigence dont il était porteur lui avait été délivré pour son admission à l'hôpital de Chambéry, et que le certificat médical et la lettre du docteur Denarié n'exprimaient que l'avis d'un médecin sur le cas d'un malade et ne saurait engager la ville de Chambéry.

La Commission du contentieux de mon administration, appelée à examiner cette situation dans sa séance du 29 octobre dernier, a estimé que les frais d'hospitalisation du malade X. ne pouvaient légalement rester à la charge des hospices de Lyon, et que, à défaut de remboursement par la famille ou par la ville de Chambéry, il appartenait au médecin qui avait ordonné le transfert du malade à l'Hôtel-Dieu d'assurer le paiement de la dépense.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander, Monsieur le Docteur, de vouloir bien user de votre influence pour que les frais d'hospitalisation du sieur X., que vous avez dirigé sur nos hôpitaux, soient remboursés à mon administration par la famille du malade ou par la ville de Chambéry. A leur défaut, il vous appartiendra d'en effectuer vous-même le règlement.

Il est dû : 82 journées à 5 francs : 410 francs.

Je dois vous faire connaître que le prix de journée des malades traités dans nos services de chirurgie aux frais des familles et des particuliers est de 5 francs. Ce prix est de 3 fr. 85 lorsque les frais d'hospitalisation sont pris en charge par les communes.

Le Président du Conseil,
Signature.

Réponse.

Quel dommage que le Dr Dénarié ne fasse pas partie du « Sou Médical » ! Notre Ligue aurait pu lui dire : « Ne craignez rien, nous sommes là pour vous soutenir moralement et pécuniairement ».

En effet, il est inadmissible de laisser passer la prétention de la commission administrative des hospices civils de Lyon.

En droit, les art. 28, 29 et 30 du règlement modèle du 25 décembre 1899, pour les hospices et hôpitaux, décident que l'admission à l'hôpital est prononcée par l'administrateur de service, sur le vu d'un certificat médical et sur la présentation d'un certificat de l'autorité compétente, attestant que le malade est privé de ressources.

Or, à Lyon, tout malade qui se présente à la porte est d'abord examiné par l'interne de porte ou l'interne de garde, lequel fait un certificat d'admission. Cette feuille est alors présentée au bureau des entrées, où l'on examine les pièces du malade, pour savoir s'il entre comme gratuit ou payant.

Or, s'il ne fait pas partie de la commune de Lyon, il doit payer le prix de la journée d'entretien, à moins que la commune, où se trouve son domicile de secours,ne lui délivre, non pas un certificat d'indigence, mais bien un engagement indiquant que la commune prend à sa charge les frais d'hospitalisation du malade.

En conséquence, tout malade admis à l'hôpital, à Lyon, s'il ne s'engage pas à payer lui-même, doit être porteur de cet engagement communal, s'il n'est pas domicilié à Lyon.

Si donc un malade est admis gratuitement, la responsabilité en revient *au seul bureau des entrées.*

En fait, le Dr Denarié a fourni un certificat pour faire admettre le malade à l'hôpital de Lyon. Ce certificat était destiné au maire de Chambéry pour que celui-ci décide s'il y avait lieu de faire admettre à Lyon ce malade, aux frais de la commune de Chambéry. Ce certificat était également destiné à l'interne de porte ou de garde, à Lyon, pour servir de renseignement à celui-ci et faciliter son examen. Ce certificat ne devait donc avoir aucune valeur auprès de l'administration de l'hôpital de Lyon, puisque cet établissement ne doit admettre que les malades qui ont été examinés, au préalable, par l'interne chargé du service médical de l'admission. Il n'existe donc aucun lien de droit entre le Dr Dénarié et l'administration de Lyon.

Nous irons même plus loin en disant que la réclamation faite au Dr Dénarié ne constitue qu'une simple menace, pour effrayer celui-ci et le forcer à faire pression sur le maire de Chambéry ou sur la famille. La fin de la lettre est trop évidente. D'ailleurs, c'est tous les jours que se présentent à l'Hôtel-Dieu, comme dans les autres hôpitaux de Lyon, des malades porteurs du seul certificat d'indigence : à ces malades, l'administration répond toujours que ce certificat d'indigence n'a aucune valeur à ses yeux, et que le malade doit payer de sa poche, puisque la commune ne s'est pas engagée à payer.

Nous souhaiterions que l'administration lyonnaise vint nous donner un démenti sur ce point.

En conséquence, nous conseillons au Dr Dénarié d'envoyer purement et simplement promener l'administration des hospices civils de Lyon et de ne pas s'inquiéter de menaces que l'administration sait bien, elle-même, n'avoir aucune valeur juridique.

P. B.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français.

Bilan au 31 *décembre* 1910.

Actif :

Caisse	49.722 66
Obligations du chemin de fer du Midi	146.499 25
Obligations foncières 1883	65.232
Rente 3 % amortissable	115.010 15
Obligations Paris-Lyon-Méditerrannée (fus. an.)	131.420 45
Obligations Paris-Orléans	82.683 95
Obligations du chemin de fer de l'Est	56.160
Obligations Banque hypothécaire 1880	288.051 20
Obligations Banque hypothécaire 1881	29.224 46
Obligations du chemin de fer ne l'Ouest (nouv.)	132.017 90
	1.096.022 02

Passif :

Capital	1.096.022 02

Portefeuille au 31 *décembre* 1911.

269 obligations du chemin de fer du Midi (anciennes).
73 obligations du chemin de fer du Midi (nouveles).
3.525 francs de rente 3 % amortissable.
190 obligations Paris-Orléans.
327 obligations Paris-Lyon-Méditerranée (fus. anc.).
130 obligations du chemin de fer de l'Est (nouvelles).
69 obligations de la Banque hypothécaire 1881.
504 obligations de la banque hypothécaire 1880.
300 obligations du chemin de fer de l'Ouest (nouvelles).
151 obligations foncières 1883.

Opérations (extrait du journal — folios 191-192).

Caisse à divers.

à Caisse des Pensions ; cotisations de 1910		76.797 85
à Rente 3 % amortissable : intérêts de 1910	3.487 51	
remboursement de 150 frs de rente	4.995	8.482.51
à Oblig. Paris-Oléans. coupons de 1910	2.374.90	
remboursement d'une obligation	492.05	2.866 95
à Oblig. Paris-Lyon : coupons de 1910	4.572	
Remboursement d'une obligation	490.88	5.062 88
à Oblig. du Midi (anc.). Coupons de 1910		3.873 60
à oblig. foncières 1883. Coupons de 1910		2.174 40
à Oblig. Banque hypot. 1880. Coupons de 1910		7.314 50
à Obligations Est coupons de 1910		1.656
à Oblig. Ouest nouvelles. Coupons de 1910.		2.506 39
à Oblig. banque hypot. 1881. Coup. de 1910.	856.80	
Remboursement d'une obligation	493.54	1.350 34
à Oblig. Midi, nouvelles Coupons de 1910		525.60
à frais généraux, intérêts des fonds de dépôt aux banques		859 70
Total des recettes.		113.470 72

Divers à Caisse.

Par Caisse des pensions pour paiement des retraites	37 215
Par oblig. du chemin de fer de l'Ouest. Pour achat de 150 obligations	65.280 15
Par oblig. Paris-Orléans. Pour achat d'une obligation en remploi	436
Par oblig. banque hypoth. 1881. Pour achat d'une obligation en remploi	428
Par oblig. banque hypothécaire 1880. pour achat de deux oblig. pour remploi	1.174
Par rente 3 % amortissable. Pour achat de 150 fr. de rente, en remploi	4.855 15
Par oblig. Ouest nouvelles. Pour achat d'une oblig. en remploi	431
Par frais généraux	5.162 90
Total des dépenses	114.982 20

Situation au 31 *décembre* 1910

Caisse au 1er janvier 1910	51.234 14	
Encaissements de 1910	113.470 72	164.704 86
Dépenses de 1910	114.982 20	
En caisse au 31 décembre 1910	49.722 66	
Egal		164.704 86

Nota. — Au 31 janvier 1911, la caisse a payé la somme de 46.435 francs pour les retraites de 1911.

Cannes, le 31 janvier 1911,

Le Trésorier,

H. VERDALLE.

CHRONIQUE SYNDICALE

Mitry-Mory, le 22 février 1911.

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro du *Concours* (19 fév. 1911), je trouve la « Circulaire d'un Syndicat à d'autres Syndicats », que nous avait envoyée le Syndicat des Médecins de la Nièvre. A défaut de réunion générale, le bureau du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Meaux en avait pris connaissance, et j'avais, à ce sujet, soumis à mes collègues du bureau les réflexions suivantes. Je vous les communique. Si vous trouvez quelque intérêt à celles-ci, je serais heureux de les voir soumises à nos confrères.

A. — Déclaration des maladies contagieuses.

A mon avis, le seul moyen de forcer les familles à faire la déclaration, sans se décharger de ce devoir social sur le médecin, consiste à leur infliger une *amende* tout d'abord, quand elles auront omis de le faire elles-mêmes, et, en outre, à payer des *dommages-intérêts obligatoires* à leur médecin pour l'avoir mis dans la nécessité de faire lui-même la dite déclaration.

En prenant donc le texte proposé par le Syndicat de la Nièvre que je ne modifie que dans les deux dernières lignes :

Au lieu de «..... mais, *dans ce cas*, il sera autorisé à réclamer aux intéressés le prix d'un certificat (5 fr. minimum),

Je dirais «..... mais, *dans ce cas*, le chef de famille défaillant sera puni d'une amende de cinq francs, sans préjudice de dommages-intérêts de cinq francs au minimum qu'il devra payer à son médecin traitant pour l'avoir obligé à se substituer à lui dans cette déclaration. »

De cette façon, l'Etat, d'une part, aura intérêt à poursuivre le délinquant, à lui dresser un procès-verbal et, d'autre part, le médecin, *sans avoir à les réclamer* aux intéressés (qui ne paieraient pas le plus souvent) recevra les cinq francs que demandent à juste titre, pour cette intervention, nos confrères de la Nièvre.

B. — Sociétés de secours mutuels.

Là, nous ne pouvons que louer le Syndicat de la Nièvre d'avoir su établir ce tarif avec les Sociétés de secours mutuels, l'admirer pour avoir eu assez d'union entre ses membres pour l'imposer aux mutualistes et souhaiter que ce bel exemple soit suivi dans toute la France.

C. — Inspection médicale des écoles.

1° L'article 9 qui concerne le livret scolaire me chiffonne un peu.. La première page détachable du livret comprenant, avec le numéro matricule, le nom et le domicile de l'enfant me paraît judicieuse....... mais je trouve inutile l'envoi de cette feuille aux parents qui, fatalement, l'égareront aussitôt. Ne vaudrait-il pas mieux conserver à l'école (sous une chemise spéciale et cachetée) toutes ces feuilles qui serviraient de contrôle, en cas de contestation, à la liste nominative cachetée et réservée au médecin, comme il est dit au paragraphe suivant.

2° Je pense que le *livret sanitaire* ne peut être *réellement* établi qu'avec l'aide *constante* du médecin habituel de l'enfant, qui seul peut réellement connaître cet état sanitaire. Donc :

a) A l'entrée de l'enfant à l'école, demander au médecin habituel (et non au médecin inspecteur qui le connaît ni peu ni prou) un certificat relatant les maladies qu'il peut avoir eues auparavant ainsi que son avis sur le tempérament général de l'enfant.

b) « Après absence prolongée due à la maladie », le médecin habituel devra indiquer, sur son certificat de guérison (voir art. 8), la nature de la maladie, sa durée, ses résultats, les observations particulières qu'il croit devoir faire, etc.... Lors de sa visite bisannuelle (voir art. 5), le médecin inspecteur relatera sur chaque livret les annotations à lui indiquées dans les certificats par les médecins traitants.

Telle est, je pense, la seule façon de tenir « à jour » un livret sanitaire scolaire pour qu'il soit à la fois réel, pratique et utile.

3° *Honoraires.* — Pour qu'un ouvrage ne soit pas « saboté », il faut qu'il soit payé ce qu'il vaut. Cet article, primordial pour la réussite et l'application de cette organisation projetée, fait défaut dans le projet présenté. Avant tout, cette question doit être envisagée, nettement exprimée et réglée sans lésinerie.

4° *Sur la présentation du projet.* — Un Syndicat isolé ne pourra jamais parler au nom de tous les Syndicats. Quelle que soit la valeur personnelle de ses membres, il n'aura jamais l'*autorité* nécessaire pour se faire écouter en haut lieu. L'*Union des Syndicats médicaux* de France, difficilement déjà reconnue et consultée, doit être le seul organe des Syndicats français. Seule, elle doit parler au nom de tous. C'est donc son bureau seul qui doit et peut, à mon avis, présenter à qui de droit ce projet d'organisation, après étude préalable dans les autres Syndicats. L'initiative et l'honneur n'en reviendront pas moins au Syndicat de la Nièvre que tous les médecins français ne peuvent, en l'espèce, que louer et remercier.

Telles sont les diverses remarques que j'avais cru devoir présenter au sein de mon bureau syndical. Je vous prie, mon cher confrère, d'excuser la longueur de cette lettre, mais les questions traitées ayant une certaine importance, j'ai tenu à vous faire part de mes idées, persuadé qu'il est utile de mettre l'ouvrage vingt fois sur le métier, de même qu'il est nécessaire de battre longtemps les œufs avant de servir l'omelette.

Votre bien dévoué,

Dr Decourt.

L'Union et les médecins ruraux.

Après avoir entendu tant de gens autorisés discuter la réorganisation de l'Union, il semble peut-être présomptueux d'y revenir ; mais si, à l'Assemblée générale de novembre dernier, les délégués des grandes villes, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Rouen, Dijon, Caen, pour ne citer que les principales, ont fait entendre leur voix, il n'est peut-être pas sans intérêt d'écouter celle des médecins ruraux, des petits praticiens. Si sur 20.000 médecins, la moitié au moins sont des ruraux, c'est-à-dire habitant des agglomérations inférieures à 5000 habitants, cette moitié a bien le droit de dire son mot et c'est en son nom que je viens prendre part à la discussion.

Une question préjudicielle se pose : pourquoi réorganiser l'Union, puisque, jusqu'à ce jour, elle avait fonctionné assez bien pour donner satisfaction aux intérêts dont elle avait la garde ? Pourquoi ? Simplement parce que ce qui a été n'est plus, et ne peut plus être. Je m'explique.

Lorsqu'après 1881, et surtout après 1884, les Syndicats médicaux poussèrent un peu partout comme des champignons, il faut bien dire que rien ne les reliait entre eux ; que les efforts de chacun restaient en partie stériles, parce qu'isolés ; et les solutions proposées souvent contradictoires, en apparence tout au moins, avaient peu de chances de se voir réalisées. C'est alors que le véritable père des Syndicats médicaux, celui dont la plume alerte, vibrante, infatigable avait fait naître chez nous la pensée syndicaliste, enveloppée jusqu'alors dans les nuages brumeux du rêve, l'homme à qui nous devons tant et qu'on oublie peut-être un peu trop aujourd'hui, l'apôtre ardent et inlassable des revendications médicales, — j'ai nommé Cézilly, le créateur du *Concours médical*, — eut la pensée de coordonner ces forces éparses, d'en faire un faisceau d'autant plus solide qu'il serait plus serré ; de là, l'Union des Syndicats. Mais, pour créer cette Union, il fallait deux choses : des hommes et de l'argent. Les hommes ? Il en chercha, finit par en trouver ; quant à l'argent, il dit à ses collaborateurs : « il nous faut accomplir notre œuvre ; nous n'avons pas le sou, mais il faut marcher quand même » ; et on marcha. Chacun donna son temps, sa peine, sans marchander, et on ne demanda que deux francs par tête aux syndiqués affiliés, pour faire fonctionner le mécanisme. Avec ces deux francs, il fallut faire face à tout : Bulletin, souscriptions, subventions, personnel, etc. ; c'est dire quelle peine on eut à nouer les deux bouts ! Qui dira les transes, les angoisses de ces administrateurs dans maintes circonstances ? Les malheureux trésoriers en savent quelque chose, à commencer par Maurat, puis Duchesne, pour finir par Vallat ; néanmoins, la machine fonctionnait quand même et elle était arrivée à ce résultat fabuleux : constituer quelques réserves !

Mais la question pendante ne se résolvait jamais ; on reprochait — injustement du reste — au Conseil de l'Union de ne pas être suffisamment imprégné de l'esprit provincial ; d'être composé presque uniquement de médecins parisiens ou de banlieue. A qui la faute ? A chaque assemblée générale, le secrétaire, avec une persévérance plus louable qu'heureuse, faisait un chaud appel aux praticiens de province ; à grand'peine, on recueillait l'adhésion de quelques-uns, et encore, malheureusement, ce n'était le plus souvent que des administrateurs sur le papier ; jamais ou presque, ils ne paraissaient aux réunions. Et qui pourrait leur en vouloir ? Peut-on espérer qu'un médecin de Nice, de Toulouse ou de Brest consente à venir à Paris, tous les mois ou tous les deux mois pour la simple satisfaction d'être utile à la collectivité, y perdant son temps, son argent, parfois même sa situation médicale? Poser la question, c'est la résoudre ; et voilà pourquoi votre fille est muette, c'est-à-dire pour quoi le Conseil de l'Union restait un Conseil parisien, mais formé de médecins sortis surtout de la pratique rurale.

C'est alors que naquit l'idée toute naturelle de réorganiser le rouage sur de nouvelles bases ; les administrateurs ne seraient plus des gens de bonne volonté pris au hasard des dévouements de rencontre, mais des hommes *choisis* directement par les Syndicats ; de plus leur présence aux réunions serait *obligatoire*. Voilà, en effet, les deux principes primordiaux qui doivent dominer toute la réorganisation projetée : *nomination directe des administrateurs par les Syndicats affiliés* ; *obligation stricte d'assister aux réunions sous peine de sanctions à rechercher*. Ces deux principes posés, tout en découlera naturellement ; mais à notre avis, il faut commencer par l'étude de l'obligation qui nous amènera ensuite à la composition du Conseil et à son mode d'élection ; il faut, en effet, connaître d'abord où nous conduisent les charges avant de préciser le nombre des administrateurs et leur élection ; nous commencerons donc par la question financière.

Qui dit « obligation », dit « compensation » ; si un administrateur est *obligé* de siéger, il ne le fera qu'autant qu'on l'indemnisera. Certes, nous n'avons pas l'outrecuidance de penser qu'on pourra l'indemniser complètement ; chaque déplacement, en effet, entraîne des répercussions multiples impossibles à calculer ; mais on peut et on doit tout au moins rembourser les dépenses directes ; c'est déjà appréciable.

L'indemnité, à notre avis, doit comporter deux éléments bien distincts : l'assistance à la réunion et le déplacement. Le premier élément est le même pour tous ; ce sera donc une somme fixe que nous baptiserons « jeton de présence » comme dans tous les Conseils d'administration qui se respectent. C'est peu, mais cela nous semble suffisant ; nous ne sommes pas des Crésus.

Le second élément, le déplacement, comprend lui-même deux parties différentes : le paiement du trajet en chemin de fer en 2e classe et une légère indemnité de route progressive avec la longueur du trajet. Le prix du kilomètre en 2e classe est environ 8 centimes ; autant pour le retour, cela fait 16 centimes par kilomètre de distance réelle ; mais si nous observons que toutes les compagnies font 25 % de réduction pour les déplacements de courte durée ; que l'administrateur payé pour assister aux séances ne l'est pas pour

faire un voyage d'agrément de 8 jours et plus, nous voyons que le prix vrai du kilomètre se réduit à 12 centimes. Voilà un point net ; le délégué, comme indemnité kilométrique, recevra 12 centimes pour la distance calculée de la gare la plus proche de son domicile à Paris.

La deuxième partie de l'indemnité de déplacement, qui doit être également progressive, nous l'appellerons, si vous voulez, indemnité de route ; que peut-elle être ? Après réflexion, nous l'avons fixée à 5 centimes par kilomètre. Ce qui fait que chaque délégué recevra pour son déplacement, en outre du jeton de présence, 17 centimes par kilomètre.

Appliquons ces données à des exemples :

1° Un délégué parisien recevra son jeton de présence : 10 fr. ;

2° Un délégué demeurant à 100 kilomètres, recevra :

1° Jeton de présence	10 fr.
2° 0 fr. 17 × 100	17
	27 fr.

3° Un délégué demeurant à 500 kilomètres recevra :

1° Jeton de présence	10 fr.
2° 0 fr. 17 × 500.........	85
	95 fr.

4° Enfin un délégué demeurant à 1.000 kilomètre recevra :

1° Jeton de présence	10 fr.
2° 0 fr. 17 × 1000.........	170
	180 fr.

Pour tout délégué, quel qu'il soit, le calcul est fort simple ; un indicateur de chemin de fer suffit.

En prenant ces chiffres, nous voyons que le délégué le moins coûteux sera le parisien, soit 10 fr. ; que le plus coûteux, celui de Nice (1100 k). recevra 197 frs. En sorte que la moyenne sera de 10 + 197 : 2, soit 103.50. Prenons 100 francs en chiffres ronds et nous serons bien près de la vérité.

Donc les administrateurs, payés suivant les barêmes sus-indiqués, coûteront en moyenne 100 frs par séance ; vous voyez immédiatement l'importance de ce calcul pour en déduire d'une part le nombre des administrateurs, de l'autre, le nombre des séances. Ces deux nombres, en effe, doivent être inversement proportionnels ; plus vous aurez d'administrateurs, moins vous devez avoir de séances ; plus vous aurez de séances, moins vous aurez d'administrateurs.

Certains veulent avoir un Conseil composé d'un grand nombre d'administrateurs, sous prétexte de représenter un moins grand nombre de syndiqués et par conséquent de se rapprocher le plus possible de la représentation de chaque Syndicat. On parle de 30, 40 et même de 50 administrateurs. Acceptons un moment ces chiffres. Chaque séance de ce Conseil coûtera pour 30 membres, 3000 fr. ; pour 40, 4000 frs ; pour 50, 5000 frs. Sera-t-il possible alors de les réunir souvent ? Non, certes, puisque chaque séance représentera un gros chiffre de dépenses. Supposons encore 2 séances par an comme cela a été proposé, elles coûteront 6000, 8000 ou 10.000 francs.

Mais alors se pose une très grave objection : un Conseil d'administration qui ne se réunira que deux fois par an ne sera plus un véritable Conseil d'administration ; la rareté de ses réunions l'empêchera certainement de discuter utilement les multiples questions qui se présentent et exigent parfois une décision prompte. Que fera-t-il ? Il déléguera ses pouvoirs à une sorte de Comité plus ou moins nombreux qui se réunira dans l'intervalle des sessions et aura le devoir de trancher les questions. Et alors ce Comité deviendra fatalement, inéluctablement, le Conseil d'administration sans en avoir la responsabilité. Ce dernier sera le seul responsable vis-à-vis de ses électeurs, et ce sera le Comité qui administrera ; c'est la confusion des pouvoirs et le déplacement dangereux des responsabilités.

A notre avis, le Conseil d'administration doit être assez peu nombreux pour que chaque séance ne soit pas trop onéreuse et qu'il puisse se réunir 4 fois au moins, 5 fois au plus dans le courant de l'année, et dans l'intervalle des réunions, il sera représenté par un bureau composé seulement du président, du secrétaire et du trésorier. Ces 3 membres seront trop peu nombreux pour oser prendre des décisions graves et se substituer au Conseil d'administration réel. Il n'y aura plus à craindre l'absorption de l'un par l'autre.

Nous voulons donc 4 séances régulières et une facultative ; pour cela, il nous faut réduire le nombre des administrateurs, et c'est ainsi que l'examen de la question financière nous amène à admettre un Conseil d'administration composé seulement de 20 membres qui coûteront 8.000 ou 10.000 francs par an suivant qu'il y aura 4 ou 5 réunions annuelles. Nous terminerons donc ce paragraphe en disant : le Conseil d'administration coûtera normalement 8000 francs.

Puisque nous avons dit qu'entre les séances du Conseil, le Bureau administrerait provisoirement et expédierait les affaires courantes, cela suppose que les membres qui le composent se réuniront 8 fois environ par an, si nous admettons des réunions mensuelles. Mais le principe de l'obligation admis pour les administrateurs doit l'être pour les membres du bureau et il faudra également les indemniser pour chacune de leurs réunions ; voyons où nous conduira cette dépense.

En principe, le secrétaire et le trésorier peuvent être quelconques ; en pratique il faut qu'ils soient parisiens. On ne comprendrait pas les affaires de l'Union gérées par un secrétaire de Nice et un trésorier de Brest ; tout en souffrirait et les documents feraient trop souvent défaut aux malheureux chargés de la besogne. Donc, ils doivent être parisiens ; conséquence, chacun 10 francs par séance. Le président, lui, peut-être de Paris ou d'ailleurs ; c'est sa présence qui est nécessaire, son autorité qui doit intervenir, rien de plus. Il peut donc coûter assez cher. Mais, pratiquement, il serait difficile de trouver un président habitant

trop loin, et astreint à venir à Paris au moins une fois par mois. Le plus qu'on doive supposer, c'est un président habitant à 3 ou 400 k. de Paris ; plus loin, c'est impraticable.

Donc on dira que chaque séance du bureau coûtera au plus 120 francs. A 8 séances par an, les 4 autres se confondant avec celles du Conseil d'administration, on arrive à une dépense approximative de 960 francs par an ; mettons 1000 francs en chiffres ronds.

Est-ce tout ? Non, certes. Nous avons un secrétaire et un trésorier dont la besogne sera rude ; à voir la peine qu'a prise notre ami Noir depuis 15 ans, il serait vraiment impossible d'espérer en trouver un autre qui consente à recommencer ce travail pour le même prix, et en évaluant à 1500 francs l'indemnité due au secrétaire, nous sommes véritablement dans les prix doux ; il en est de même du trésorier dont la besogne va doubler ; il n'est que juste, en raison de la grosse responsabilité qui lui incombera, de lui allouer une indemnité de même somme. Et remarquez bien que ces chiffres ne sont à nos yeux que des chiffres minima au-dessous desquels on tomberait dans une mesquinerie inadmissible.

Donc, récapitulons :

5 séances du conseil au plus, à 2000 fr.	10.000 fr.
8 séances du bureau	1.000 fr.
Indemnités au secrétaire et au trésorier	3.000 fr.
Total	14.000 fr.

Voilà donc où nous a conduits le principe de l'obligation : 14.000 frs de dépenses nouvelles. Et qu'on ne crie pas à l'exagération : ou vous n'obligerez pas les administrateurs à siéger, et alors restons ce que nous sommes ; ou obligez les administrateurs à remplir leur mandat, et alors payez-les. Impossible de sortir de ce dilemme ; et comme nous avons pris des chiffres très bas, impossible de songer à les rogner par économie

Donc 14.000 frs et plus, car il faut songer à constituer une petite réserve, — voilà ce qu'il s'agit de trouver. Où les prendre ? Comme on ne peigne pas un diable qui n'a pas de cheveux, on ne saurait demander à la caisse actuelle de l'Union de faire face à ces dépenses, puisque la *pôvre* peut à peine vivre actuellement. Où donc prendre l'argent ? Parbleu, dans la poche des syndiqués, et non ailleurs. Mais comment ? Là est la question.

Quelques confrères avaient pensé que chaque collège électoral payerait son délégué ; ce serait souverainement injuste. Les Parisiens payeraient les leurs 40 frs par an, alors que Nice et d'autres paieraient les leurs 800 frs et plus. Enoncer ces chiffres, c'est prouver l'absurdité du système. D'autres avaient pensé demander la moitié des frais aux électeurs, l'autre moitié à l'Union ; ce serait diminuer l'injustice sans la faire disparaître. Un seul moyen est juste et pratique, c'est l'impôt levé *également* sur chaque syndiqué. Tous les syndiqués, en vertu du premier principe posé, concourront à l'élection ; donc tous doivent avoir les mêmes charges, et ce n'est vraiment pas une chose extraordinaire que de leur demander pour le nouveau fonctionnement une somme de deux francs. Quand on voit les associations ouvrières ne pas hésiter à s'imposer annuellement une somme variant entre 20 et 50 francs pour faire vivre leurs Syndicats, on se demande comment des médecins pourraient trouver exagéré de leur demander 4 fr. (2 fr. pour les anciennes charges, 2 frs pour les nouvelles), pour assurer le fonctionnement d'une institution qui leur est nécessaire, indispensable, et dont l'utilité n'est plus à déterminer ; en somme on payait déjà 2 fr., on en paiera 4, rien de plus.

Comment assurer le paiement de ces cotisations ? Le moyen me paraît très simple. Tout Syndicat ayant le droit et le devoir de prendre part à l'élection des administrateurs, ce droit ne pourra être exercé qu'autant qu'on sera en règle avec la Caisse de l'Union ; si par exemple, les cotisations doivent être versées avant le 31 août et les élections fixées au 31 octobre, tout Syndicat qui n'aura pas effectué son versement, ne pourra pas voter ; pas d'argent, pas de vote ; dans mon système, c'est le Syndicat qui est responsable vis-à-vis de l'Union du versement des cotisations ; il y aurait impossibilité à s'adresser individuellement à chaque syndiqué.

Conclusion de tout ce qui précède :

1° Tout syndiqué doit concourir à la nomination des administrateurs :

2° Tout syndiqué doit verser, par l'intermédiaire de son Syndicat, 4 francs à la caisse de l'Union.

Comment nommer les administrateurs ? Notre étude financière va être notre guide ; nous nous sommes ralliés par raison supérieure au chiffre de 20 administrateurs, ce sont donc 20 collèges électoraux qu'il y aura lieu de constituer ; et puisque nous sommes environ 9000 syndiqués, chaque collège devra comprendre environ 450 électeurs voilà ce à quoi nous conduit fatalement l'étude des dépenses de la nouvelle organisation.

Mais comment constituer un collège de 450 électeurs ? Il y a bien peu de Syndicats, si même il y en a, à part la Seine, capables de constituer un collège à eux seuls ? Que faire ? Réunir un nombre suffisant de Syndicats voisins, appartenant même à des départements différents pour arriver au quorum nécessaire. Ce sera une sorte de fédération, mais purement électorale ; peut-être sera-ce un acheminement vers la fédération complète ; en tout cas, nous ne la considérons qu'au point de vue qui nous occupe.

Prenons un exemple pour faire comprendre tout ce que nous allons dire. Les Syndicats des départements de la Loire-Inférieure, de Maine-et-Loire, des Deux-Sèvres et de la Vendée sont au nombre de sept ; la somme totale de leurs membres, en 1908, était de 472. Voilà un collège électoral. Ces Syndicats devront donc s'entendre pour nommer un administrateur.

Oui, mais il y a là un cheveu ; un gros cheveu même. Comment arriver à réunir ces électeurs pour les faire accoucher de leur administrateur ?

Le plus simple — en théorie — serait de convoquer tous les électeurs en Assemblée plénière, et de les inviter à procéder à l'élection. Malheureusement de la théorie à la pratique, il y a encore plus loin que de la coupe aux lèvres, et je parierais bien que sur 450, vous n'en réuniriez pas un cent ; à voir *le nombre* des zélés dans chaque Syndicat, que serait-ce, grands dieux ! pour se déplacer encore plus ?

Un second moyen serait de réunir les bureaux, investis d'un mandat spécial de la part des syndiqués ; ces bureaux voteraient pour l'administrateur, en leur attribuant un nombre de voix proportionnel au nombre de leurs mandants.

Evidemment, le nombre des convoqués étant moindre, la réunion serait plus près de la vérité ; mais encore que de déchets. Sur 40, je suis sûr que vous en aurez à peine quinze.

Reste enfin le 3e système ; chaque Syndicat délègue un mandataire ; ces mandataires réunis procèdent à l'élection, étant entendu que chaque mandataire dispose d'autant de voix qu'il représente de syndiqués. Ces mandataires se réuniraient sûrement puisqu'ils seraient envoyés au compte du Syndicat et l'élection serait assurée.

Mais j'estime qu'il y a un quatrième moyen, qui relève de ce dernier et qui serait plus pratique à mon sens. Auparavant, parlons des Assemblées générales qui jusqu'ici sont restées dans l'ombre. Avant tout, y a-t-il lieu de faire des Assemblées générales annuelles ? On peut certainement poser la question. Les administrateurs seront les élus directs des Syndicats ; les délégués aux Assemblées générales seront aussi des élus directs des Syndicats ; n'y a-t-il pas contradiction à vouloir faire juger les uns par les autres ? Nullement. Les attributions diffèrent et le mode électoral également. Les administrateurs sont en somme nommés par une salade de Syndicats, et certains des Syndicats électeurs peuvent avoir une opinion toute différente de celle représentée par l'administrateur qui, lui, n'est en somme qu'une résultante, comment alors feraient-ils connaître leur manière de voir ? Par leur délégué spécial à l'Assemblée générale. Cette Assemblée aurait pour fonction : 1° d'approuver ou de désapprouver ou de critiquer les actes du Conseil d'administration ; 2° d'émettre des vœux sur les questions à examiner ou à résoudre ; 3° d'indiquer dans quel sens elle entendrait voir le Conseil s'orienter. Ces attributions sont suffisantes pour une Assemblée générale qui n'est pas et ne peut pas être une assemblée d'étude. Il y aurait donc intérêt à ce que tous les Syndicats y envoyassent un délégué ; payé par qui ? Par les Syndicats. Impossible en effet de songer à faire supporter cette charge à la nouvelle caisse dont nous avons reconnu la constitution nécessaire pour le paiement des administrateurs ; il y avait en 1908 122 Syndicats affiliés à l'Union ; il y en a davantage aujourd'hui, mais prenons ce chiffre de 122, et appliquons-lui le barème établi pour les administrateurs. En supposant que chaque Syndicat enverrait un seul délégué, la somme représenterait 12.200 fr. *seulement pour l'Assemblée générale* ! Enoncer ce chiffre, c'est en montrer l'absurdité ; il faudrait encore augmenter la cotisation prévue par l'Union et qui a été fixée à 4 francs ; aller au-delà serait risquer de voir les syndiqués fondre comme beurre au soleil, et les ressources disparaître pour avoir voulu les augmenter.

Nous dirons donc : Tous les Syndicats enverront, à leurs frais, un ou plusieurs délégués à l'Assemblée générale, en leur attribuant un nombre de voix égal à celui du nombre des syndiqués représentés ; si certains Syndicats ne peuvent, faute de ressources ou de bonnes volontés, nommer un délégué, ils s'entendront avec un Syndicat voisin et lui donneront leurs pouvoirs pour les représenter ; le nombre de voix dont disposera le délégué en sera augmenté d'autant.

Voilà qui me paraît très simple, et d'autant plus que j'y vois immédiatement un gros avantage : c'est la réunion toute faite des *délégués électoraux*. Au lieu de nommer des délégués spéciaux, ce qui est toujours une complication, — et les complications enrayent souvent la marche des affaires, — nous attribuerons aux délégués aux Assemblées générales le droit de se réunir, suivant leurs circonscriptions, en collège électoral, et de nommer l'administrateur chargé de les représenter. Donc, quand nous parlions tout à l'heure de la nomination des administrateurs, et que nous parlions du 3e moyen consistant à désigner des délégués chargés par les 4 départements de procéder à l'élection, nous pensions à cette combinaison et nous disons :

Les Syndicats de la Loire-Inférieure, de Maine-et-Loire, des Deux-Sèvres et de la Vendée devront chaque année désigner un ou plusieurs de leurs membres pour assister à l'Assemblée générale. Ces délégués, avant l'Assemblée générale, se réuniront en comité spécial et nommeront leur administrateur. Les Syndicats qui ne pourraient ou ne voudraient pas envoyer de délégué à l'Assemblée générale, auront le devoir de donner leurs pouvoirs à l'un des délégués des Syndicats voisins, dont les noms leur seront connus, par lettre spéciale adressée au président de chaque Syndicat.

Avec ce système, inutile d'ennuyer les syndiqués pour des réunions auxquelles ils ne viendraient pas ; inutile de nommer deux fois des délégués ; les mêmes suffiraient et l'économie qui en résulterait serait en même temps fort appréciable.

Tel est mon système. Une fois ces données admises, la rédaction des statuts n'est plus qu'une simple formalité, et je me garderai de le faire pour ne pas encombrer davantage les colonnes du *Concours* qui me regarde déjà d'un mauvais œil, en me disant que véritablement j'abuse de sa bonté.

Dr Barbanneau,
Pouzauges (Vendée).

SOU MÉDICAL

Extrait du registre des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 2, 9, 16 *et* 23 *février* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

2023 Rousset, au Monastier (Haute-Loire).
2024 Morinière, à St-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire).
2025 Durand, au Puy (Haute-Loire).
2026 Barescut, à Frontignan (Hérault).
2027 Bentz, à Pont-l'Abbé-d'Arnoult (Charente-Inférieure).
2028 Fafet, à Amiens (Somme).
2029 Baudrimont, à Bordeaux, 58, rue de Turenne.
2030 Moncenix, à Grenoble (Isère).
2031 Boussuge, à Lyon, 13, rue Constantine.
2032 Granier, à Marseille, 250, rue d'Endoume.
2033 Dange, à Cognac (Charente).
2034 Jeanpierre, à Marnay (Haute-Saône).
2035 Dumur, à Bordeaux (Gironde).
2036 Espéron, à Puisserguier (Hérault).
2037 Helbecque, à Saint-Souplet (Nord).
2038 Frécon, à Vienne (Isère).
2039 Legagneur, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2040 Gauche, à Montreuil-sur-Ille (Ille-et-Vilaine).
2041 Lassalle, à Caudéran (Gironde).
2042 Kyriaco, à Verberie (Oise).
2043 Philippet, à St-Just-en-Chaussée (Oise).
2044 François, à Bohain (Aisne).
2045 Christiaen, à Noyers-St-Martin (Oise).
2046 Josserand, à Milly (Seine-et-Oise).
2047 Peyre (André) fils, à Bordeaux.
2048 Gleize, à Rieumes (Haute-Garonne).
2049 Poupon, à Verrey-sous-Salmaise (Côte-d'Or).
2050 Casenave, à Hendaye (Basses-Pyrénées).
2051 Morisset, à La Jarrie (Charente-Inférieure).
2052 Ladevie, à Gisors (Eure).
2053 Blanc, à Dijon, 10, boulevard Sévigné.
2054 Brun, à Paris, 15, rue Réaumur.
2055 Allen, à Entrains (Nièvre).
2056 Delon, à Nîmes (Gard).
2057 Saison-Lierval, à Paris.
2058 Mille, à Toulon (Var).
2059 Beaudouin, à Quiberon (Morbihan).
2060 Maurat (M.), à Chantilly (Oise).
2061 Dansan, à Auch (Gers).
2062 Lestrade, à Auch (Gers).
2063 Nivelet, à Commercy (Meuse).
2064 Liabot, à Cluny (Saône-et-Loire).
2065 Gabriel, à Marseille, 28, rue de la République.
2066 Brulin, à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais).
2067 Colin, à Amiens (Somme).
2068 Tardieu, à Paris, 180, avenue Victor-Hugo.
2069 Marianelle, à Rochefort (Charente-Inférieure).
2070 Lassabatie, à Rochefort (Charente-Inférieure).
2071 Etourneau, à Rochefort (Charente-Inférieure).
2072 Emon, à Soubise (Charente-Inférieure).
2073 Menard, à Fouras (Charente-Inférieure).
2074 Mouret, à Beauvoisin (Gard).
2075 Blondel, à Pavilly (Seine-Inférieure).
2076 Lelong, à Poillé (Sarthe).
2077 Guénot, au Creusot (Saône-et-Loire).
2078 Bertrand (A,), à Nogent-sur-Aube (Aube).
2079 Junot, à Troyes (Aube).
2080 Bertrand (P.), à St-Parres (Aube).

— Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr X., de la somme de 79 fr. 95, montant des frais de l'arrêté du Conseil d'Etat qui a rejeté son recours.

— L'enregistrement, après enquête, a reconnu que le Dr D., n'était pas passible d'une amende pour avoir rédigé sur papier libre une note de service destinée à permettre à un hospitalisé de sortir pour comparaître comme témoin devant le tribunal.

Le Dr D. remercie le « Sou » de la promesse qu'il lui avait faite de l'appuyer moralement et pécuniairement contre cette réclamation.

— Le Dr M. demande éventuellement l'appui pécuniaire du « Sou » pour soutenir devant le tribunal de commerce le privilège du médecin, en cas de faillite du patron, pour les soins donnés à des blessés du travail.

Comme il s'agit d'une question de principe que la jurisprudence n'a pas encore tranchée, le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire demandé.

— Le juge de paix de Béziers ayant condamné un patron à payer au Dr C., dans une affaire accidents du travail, une partie de ses honoraires, qu'il avait réclamée avant la fin du traitement ; la Compagnie d'assurances, au nom du patron, fait appel du jugement.

L'appui pécuniaire du « Sou » est accordé au Dr C.

— Le Conseil accorde également l'appui pécuniaire au Dr G., traîné en appel d'un jugement de paix qui a admis le cumul du prix de la visite et du prix du massage.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DU RAINCY (S.-et-O.)

7 *octobre* 1910

Accidents du travail. Il n'y a pas de lieu de droit entre la Cie d'Assurances et le médecin ; en conséquence, la saisie-arrêt pratiquée ès mains de la Cie ne saurait être opposée au médecin exerçant son action en paiement de ses honoraires contre le chef d'entreprise.

Attendu que X., se fondant sur le 4e alinéa de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, actionne

directement D..., chef d'entreprise, en paiement de la somme de 233 francs 50 pour soins donnés à son ouvrier accidenté C...

Que la compagnie d'assurances à laquelle est abonné D..., sans contester d'ailleurs le bien-fondé de la réclamation adressée à son assuré, ayant prétendu que la créance éventuelle du Dr X...., avait été frappée d'opposition entre ses mains et qu'elle ne pouvait en conséquence payer sans qu'il lui en soit rapporté mainlevée par le demandeur, celui-ci soutient qu'il ne saurait y avoir de lien de droit entre lui et la Compagnie d'Assurances, que par conséquent la saisie-arrêt pratiquée ès-mains de celle-ci ne saurait être qu'inopérante à son égard.

En droit:

Attendu que la promesse de subrogation contenue dans une police ne saurait avoir aucun effet à l'égard du tiers. (D. S. R. G. Assurances 241.)

Que, pour saisir-arrêter valablement la créance éventuelle du docteur X..., il eût fallu nécessairement qu'elle frappât le débiteur de celui-ci ;

Qu'au regard de X..., l'exploit d'opposition signifié à la compagnie d'assurances est donc inopérant et que c'est à bon droit qu'il poursuit sur D... le recouvrement de sa créance ;

Par ces motifs, jugeant en dernier ressort ;

Sans avoir égard à la défense de D... par son mandataire.

Condamnons ledit D... à payer à X... la somme de 233 francs 50 centimes qu'il lui doit pour les causes sus énoncées, avec intérêts de droit à partir du jour de la demande et aux dépens.

CORRESPONDANCE

M. le Dr *Maurat*, président de la Mutualité Familiale, nous communique avec prière d'insérer, la lettre suivante qu'il a reçue de M. le Dr Lepage :

Paris, le 27 février 1911.

Mon cher Président,

Je lis avec surprise dans le *Concours Médical* du 26 février que j'ai été nommé membre du Conseil d'arbitrage de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps Médical Français : pour des raisons multiples je ne veux pas accepter cette désignation et je vous prie de vouloir bien, par le *Concours Médical*, informer de mon refus les membres de la nouvelle Société.

Veuillez croire, mon cher Président, à mes sentiments confraternels.

G. LEPAGE.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Le Dr Patel, chirurgien des hôpitaux de Lyon. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que notre distingué collaborateur, le Dr Patel, à la suite d'un brillant concours, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Nous connaissons assez son mérite, pour lui adresser ici, et sans restriction, nos félicitations les plus sincères au nom de la rédaction et des lecteurs du *Concours médical.* J. N.

— **Une conférence sanitaire internationale à Paris.** — Due à l'initiative du gouvernement, elle se tiendra à Paris en mai prochain, et la discussion des questions qui y seront traitées en sera facilitée par un travail préparatoire que le comité permanent de l'office international d'hygiène publique a accepté de faire tout prochainement.

— **Prix Fanny Emden** (3000 fr.). — Mlle Juliette de Reinach a fait donation à l'Académie des sciences d'une somme de 50.000 francs, dont les arrérages doivent servir à fonder un prix biennal de 3000 francs, dit « Fondation Fanny Emden », du nom de sa mère. Celle-ci avait eu l'intention de fonder, en souvenir de son mari, un prix « destiné à récompenser le meilleur travail traitant de l'hypnotisme, de la suggestion et, en général, des actions physiologiques qui pourraient être exercées à distance sur l'organisme animal ».

La donatrice a offert une somme supplémentaire de 3000 francs, une fois donnée, afin de permettre à l'Académie de mettre le prix au concours, pour la première fois, pour l'année 1911. Le délai est fixé au 1er juin.

— **Commission chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française** (*codex medicamentarius*). — M. Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et directeur honoraire de la dite Ecole, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, est maintenu, en la double qualité de membre et de vice-président de la Commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*codex medicalmentarius*).

M. Marty, membre de l'Académie de médecine, membre de la Commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*codex medicamentarius*), est nommé vice-président de cette Commission.

— **Le nombre des étudiants.** — Malgré tous les efforts du Congrès des Praticiens et des Associations médicales de défense professionnelle, le nombre des étudiants en médecine ne diminue pas, au contraire. En 1910, il y en a eu une augmentation de 346. Vous verrez que bon gré mal gré, il faudra limiter d'une façon ou d'une autre.

En voici une qui me vient à l'esprit. Sur les 3756 étudiants ayant fait acte de scolarité l'année dernière, il y a 736 étrangers qui ne manqueront pas très certainement, de s'installer en France, une fois leurs études terminées et leur titre conquis.

Ayons l'hospitalité moins naïve et obtenons des pouvoirs publics un article de loi qui interdise aux étrangers de quelque origine qu'ils soient d'exercer en France. Les 736 « horsains » susdits ne pourront plus concurrencer leurs camarades français sur leur propre territoire, et ce sera autant de postes de gagnés pour nos nationaux.

Mais c'est trop simple pour que cela réussisse, sans doute. Quel dommage !

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 11 Dimanche 12 MARS 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les Infirmières ménagères et l'Assistance médicale à domicile.

Un rôle utile que pourraient jouer les syndicats médicaux.

Le *Congrès International d'Assistance Publique et de Bienfaisance privée* de 1900 avait inscrit à l'ordre du jour de sa séance du 30 juillet la discussion d'un rapport de M. le Dr Bernardbeig (du Havre) intitulé : *De l'organisation et du fonctionnement de l'assistance à domicile pour les femmes en couches indigentes.*

Au cours de cette discussion, les orateurs vinrent tour à tour vanter les tentatives faites à diverses reprises par les œuvres de bienfaisance privée. M. le sénateur Paul Strauss prononça alors aux applaudissements de l'Assemblée les paroles suivantes :

« Que la famille intervienne d'abord ; à défaut de la famille, que la bienfaisance privée fasse son devoir, mais là où il n'y a ni famille ni bienfaisance privée, la collectivité a le devoir d'intervenir avec le concours de toutes les bonnes volontés.

« La vérité est que le problème ne peut être résolu que par l'association de la Bienfaisance privée et de l'Assistance publique ».

Nous voyons, cette année, la même question posée avec plus d'ampleur au *Congrès national d'Assistance publique et de Bienfaisance privée* qui doit se réunir dans quelques mois à Nantes, et l'on tâchera d'y solutionner le problème du perfectionnement de l'Assistance médicale à domicile, surtout à la campagne, par la collaboration régulière des infirmières.

Le *Concours Médical,* acquis d'avance, selon l'expression de son fondateur, à la réalisation de toutes les belles tâches sociales, a quelque droit de s'intéresser à cette question. Ce fut sous son patronage que M. le Dr Pecker, de Maule (S.-et-O.) fit, en 1898, la première tenta-

tive méthodique et sérieuse d'assistance scientifique et maternelle à domicile en fondant l'Association des Dames Mauloises pour secours aux femmes en couches. Ce fut à l'Assemblée générale du Concours Médical de 1898 que notre directeur actuel, le Dr Jeanne, proposa la constitution d'une commission permanente ayant *pour mandat de poursuivre sur tous les terrains la généralisation* de la tentative du Dr Pecker.

Quant à nous-même, médecin depuis 18 ans, de l'Assistance à domicile, professeur depuis 17 ans, des Ecoles municipales d'Infirmières des Hôpitaux de Paris, membre actif du Conseil d'administration de plusieurs œuvres ayant trait à la protection de l'Enfance, telles que l'*Aide Maternelle,* nous avons eu en maintes circonstances l'occasion d'étudier ce problème délicat.

L'intervention bien comprise d'infirmières capables dans l'Assistance à domicile peut donner de très beaux résultats, mais elle peut, si elle est appliquée hâtivement, sans réserve et sans tact, produire les accidents les plus fâcheux, occasionner les désillusions les plus funestes, mettre le médecin de l'Assistance à domicile dans les situations les plus pénibles, et porter le plus sérieux préjudice à celui qui reste le plus intéressant, sinon le seul réellement intéressé ici, — au malade.

***

En France, depuis qu'il existe une Charité, une Bienfaisance ou une Assistance, l'on s'est préoccupé de donner des secours à domicile aux malades indigents. Les soins médicaux ne pouvaient à eux seuls être suffisants. Toutes les Congrégations religieuses hospitalières : Petites sœurs des Pauvres, Filles de la Charité, de St-Vincent de Paul, pour ne citer que les plus connues, se préoccupèrent de visiter et de veiller les pauvres malades.

A Lyon, qui marcha toujours en tête des villes de France dans la réalisation des progrès en bienfaisance et en assistance, fut instituée, il y a déjà longtemps, une Œuvre des *Petites sœurs de l'Assomption* qui remplissaient à la fois le rôle de gardes-malades et de femmes de ménage dans les familles où elles étaient appelées à donner des soins.

Dès 1763, fut encore fondée à Lyon la Société des *Hospitaliers veilleurs,* reconnue d'utilité publique en 1856, et le *Dispensaire général de Lyon,* ouvert en 1818, organisa, dès 1825, un service de veilleurs et de veilleuses indemnisés ; plus tard, ce Dispensaire reconnut la nécessité de les instruire et créa en 1889 une Ecole de gardes-malades. Le Syndicat des médecins du Rhône s'associa d'ailleurs dès sa fondation à cette œuvre de progrès, et il a, comme les Hôpitaux lyonnais, son Ecole d'infirmiers et d'infirmières, institution utile aux malades, aux infirmiers et surtout aux médecins praticiens, comme nous nous proposons de le démontrer un jour.

Plusieurs villes de France firent des essais semblables, mais la tentative la mieux conçue et la plus méthodiquement organisée fut celle du Dr Pecker dans une petite ville de Seine-et-Oise, Maule, en 1898.

Le Dr Pecker, en fondant l'*Association des Dames Mauloises,* n'eut pas seulement pour but de venir en aide d'une façon plus ou moins régulière aux femmes en couches indigentes de sa petite ville, mais il voulut leur donner tous les soins et tous les secours désirables et surtout les faire assister, en dehors de la sage-femme, par des gardes-malades volontaires, des sortes de *Sœurs laïques de la Maternité,* comme quelqu'un s'est plu à les dénommer. Le rôle de ces dernières ne devait pas se borner à une intervention d'infirmière, mais elles devaient remplacer dans la famille la mère défaillante, soignant les enfants autres que le nouveau-né, et faisant le ménage.

Cette innovation fit quelque bruit ; le Dr Bernardbeig l'imita aussitôt en créant la *Société Maternelle du Havre,* où chaque garde-malade ménagère recevait 900 francs d'indemnité par an (*Arch. prov. de Médec.* 1er fév. 1899). A St-Rambert, dans le Rhône, fut organisée, sur le même modèle et à la même époque, la *Société Maternelle Hermann Sabran* qui assurait pendant dix journées consécutives les soins d'une garde, payée 2 fr. 25 par jour.

M. le sénateur P. Strauss, dont tout le monde connaît les généreuses initiatives en matière d'assistance, songea à pourvoir toutes les femmes indigentes de ce genre de secours ; et il y fit allusion lors du dépôt au Sénat d'un projet de loi sur l'Assistance Maternelle (*Revue philant.,* 10 décembre 1899).

Tout ce mouvement d'assistance fit quelque bruit lors du Congrès International d'Assistance de 1900, et même des esprits avisés virent là un débouché aux bonnes intentions et à l'activité des Dames des Sociétés de la Croix Rouge, que la paix persévérante de l'Europe occidentale laissait dans une situation d'inactivité pénible pour elles.

A Paris, une Œuvre d'Assistance à domicile de tous les genres de malades, connue sous le nom de l'*Œuvre des mères de famille,* fonctionna sous la direction de notre distinguée confrère, Madame le Dr Edwards-Pilliet. En outre, Mlle de Saint-Roman a fondé, en 1906, la *Société d'Infirmiers et d'Infirmières Mutualistes* dans le but de procurer aux familles de bonnes gardes-malades à des conditions modestes qui leur permettent de conserver au foyer les membres atteints.

Dix-huit sociétés mutuelles d'importance variable ont adhéré à cette œuvre et lui paient une cotisation de 0 fr. 50 pour chacun de leurs membres qui peuvent bénéficier à l'occasion des soins des infirmiers et des infirmières. Les membres participants au titre individuel paient 2 francs. Les gardes-malades re-

çoivent une indemnité de 5 francs par jour. En 1909, cette Société a dépensé 15.000 francs environ et ses gardes ont soigné 1.448 malades. Nous croyons bien encore que primitivement l'Assistance Publique parisienne destinait ses dames visiteuses à jouer en partie le rôle d'infirmières à domicile, comme le réclamait la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris. Des congrégations religieuses, des Sociétés de bienfaisance de diverses confessions et même des institutions laïques continuaient de jouer d'ailleurs avec plus ou moins de régularité ce rôle de pourvoyeuses de gardes-malades à domicile. Nous avons pu apprécier nous-même dans notre service de traitement à domicile du quartier de la Sorbonne l'utile intervention de plusieurs d'entre elles (catholiques, protestantes, israélites ou laïques), notamment celle de l'Ecole de gardes-malades de la rue Amyot.

A côté des œuvres connues, combien remplissent sans bruit et modestement ce devoir social d'assistance ! Une enquête, même sommaire, nous en révélerait cent nouvelles.

Ainsi nous lisions récemment encore un article signé d'un de nos confrères, le Dr Antoine Denarié, dans la *Revue pratique des connaissances médicales* du 31 décembre 1910, qui exposait de quelle façon utile une Association de Dames de Charité avait réalisé à Chambéry, avec le concours de religieuses, qu'elles faisaient vivre, l'assistance indispensable par des gardes-malades ménagères.

Malgré cela, nous voyons qu'en France ces tentatives très louables et très utiles restent assez limitées, et qu'en tous cas, elles ne sortent guère du domaine de l'Assistance privée.

***

A l'Etranger, dans certains pays, ce genre d'Assistance est appliqué avec plus d'ampleur. Sans remonter aux *Fratelli della Misericordia* de Florence, confrérie dont les membres, depuis 1240, jouent le rôle d'ambulanciers (mutanti) ou de veilleurs de malades à domicile (nottanti), nous savons qu'en Danemark, outre les soins médicaux à domicile, le malade indigent est secouru « par une infirmière engagée par l'Assistance publique dans ce but» (1), qu'en Hollande, des diaconesses assistent régulièrement les jeunes mères indigentes à domicile, car ces dernières vont très rarement accoucher à l'hôpital ; qu'il existe depuis de longues années dans diverses villes d'Allemagne, notamment à Francfort-sur-le-Mein, l'*Œuvre des soins à la maison* fournissant des gardes à la fois infirmières et ménagères aux malades nécessiteux ; que Berlin est pourvu d'une *Œuvre des soins du Ménage* dont les gardes sont payées de 1 fr. 50 à 2 francs par jour, et que l'Assistance publique rembourse dans certains cas à cette œuvre de bienfaisance les frais des soins assurés aux malades, dont elle-même devrait avoir la charge.

(1) A. de Krieger, chef de département au Ministère de l'Intérieur et délégué du gouvernement de Danemark au *Congrès int. d'Ass.* de 1900.

Mais c'est en Angleterre qu'est le mieux réalisée cette assistance par gardes à domicile qui s'étend jusque dans les campagnes (1).

En 1874, avait été fondée la *Metropolitan Nursing Association* qui, en dehors de toute préoccupation confessionnelle, formait des nurses expérimentées pour soigner les pauvres à domicile. Le succès de cette Société attira l'attention sur son but et en 1887, la reine Victoria dota une Société nouvelle, poursuivant le même idéal, du produit de la souscription des dames anglaises, ouverte en l'honneur de son jubilé. Ce fonds s'élevait à 70.000 livres sterling (1.750.000 fr.) et donnait un revenu de 50.000 francs environ.

Le *Queen Victoria's Jubilee Institute for nurses* comptait 1.097 nurses en 1904, réparties dans plus de 600 centres. Ces nurses portent à la campagne le nom de *district nurses*. Beaucoup de villages allouent à la *district nurse* une subvention atteignant en moyenne 2,500 fr., et comprenant, outre son traitement (750 fr.), ses frais d'entretien et les frais d'objets de pansements (475 fr.). Dans certains villages, les habitants riches ou aisés donnent à la nurse des subventions en nature (logement, charbon, légumes, etc.). Dans certains districts, la nurse a un poney et une voiture qu'elle conduit elle même. Outre le *Jubilee Institute*, il existe des Sociétés, sortes de Mutuelles, dont les affiliés payent une cotisation proportionnelle à leurs ressources pour bénéficier en cas de maladies des soins d'une nurse (*Affiliated Benefit Nursing Association.*)

Ces sociétés d'Assistance mutuelle ont été, nous l'avons dit, imitées à Paris par l'œuvre fondée par Mlle de St-Roman. Dans les pays industriels, il est des sociétés de *District nursing* dont les membres ouvriers acceptent la retenue de la cotisation (un farthing, soit 0 fr. 03 par semaine) sur leur paye hebdomadaire.

Pour assurer le service d'un district, il suffirait, d'après le Dr Jamieson, d'une nurse pour 4.000 habitants.

La *district nurse* doit prendre soin à la fois de plusieurs malades, mais elle ne doit pas se borner au rôle d'infirmière experte, qu'elle est capable cependant de remplir, elle doit, si personne ne peut s'en charger, faire elle-même chez le malade les gros ouvrages du ménage, et le Dr M. Blatin a relevé dans le règlement d'une Association, l'obligation pour la nurse, de « gratter le plancher et de passer la grille à la mine de plomb. »

Ce n'est donc pas une simple visiteuse, et elle répond bien à la garde infirmière et mé-

(1) M. Blatin. — Le soignage médical et les Infirmières, 1905.



nagère dont nous ressentons la nécessité pour assurer efficacement l'Assistance médicale à domicile.

Toutes ces *district-nurses* ont une instruction d'infirmière très sérieuse ; celles du *Jubilee Institute* qui vont à la campagne doivent être sages-femmes ou avoir fait un stage de trois mois dans une maternité. Elles jouissent d'une grande considération et sont des agents sanitaires et charitables très appréciés du corps médical et de la population. Sans être des fonctionnaires et ne dépendant que de leur Association, elles sont le plus souvent subventionnées par les communes ou les œuvres officielles d'Assistance.

***

Cette alliance de la bienfaisance privée et de l'Assistance publique, toute naturelle en Grande-Bretagne, nous paraît être un idéal assez difficile à réaliser en France, mais cela ne nous paraît pas impossible.

Il existe une foule de jeunes filles et de veuves intelligentes, instruites et dévouées, qui pourraient doter nos campagnes d'un corps d'*infirmières-ménagères*, et les subventions qu'elles recevraient et qui pourraient leur être retirées, permettraient d'éviter tous les abus et même l'écueil de l'exercice illégal de la médecine qui fait regarder avec méfiance par beaucoup de médecins praticiens toute tentative de ce genre.

Ne serait-ce pas un beau rôle pour nos Syndicats médicaux, de créer, d'instruire, de contrôler des Associations d'infirmières-ménagères de ce genre ?

En assurant des subventions importantes aux infirmières-ménagères des communes et des cantons, ils auraient un moyen infaillible de s'assurer la docilité, l'obéissance et le dévouement de l'infirmière dont le traitement serait complété par les communes, le département, une œuvre de bienfaisance ou même une personnalité charitable. Ces subventions spéciales de nos Syndicats pourraient être effectuées au moyen d'une caisse spéciale administrée ou tout au moins contrôlée par eux, caisse qu'il serait facile d'alimenter au moyen de souscriptions et de quêtes dont nos confrères pourraient prendre l'initiative.

Quant à l'instruction de ce personnel, nous le voudrions, comme à Lyon, entre les mains du Syndicat médical. Des praticiens expérimentés, dans chaque centre important, consacreraient quelques heures par semaine à apprendre à l'infirmière-ménagère ce qu'elle doit savoir faire pour bien soigner un malade, et aussi, et peut-être surtout, ce qu'elle doit éviter de faire.

A notre avis, et nous avons sur ce point une réelle expérience, l'instruction bien comprise des infirmières ne saurait qu'être utile aux médecins praticiens. Le véritable facteur d'exercice illégal de la médecine, celui contre lequel nous devons surtout lutter, c'est à notre avis, l'Ignorance, Ignorance qui souvent est revêtue, par Dame Sottise, des oripeaux de Fausse Science.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur Hayem.

Le Lait.

Le lait comporte trois ordres de composants : des albuminoïdes, des matières grasses et des hydrates de carbone.

Les albuminoïdes sont précipités par les acides (pour certains laits) et par la présure. Ils forment alors un coagulum, qui est le fromage, la caséine.

Il est difficile d'indiquer les caractères généraux de cette caséine. Ils sont spécifiques, chaque espèce animale ayant une caséine particulière. Les autres albuminoïdes du lait sont moins importants, comme poids. Je vous signalerai une albumine particulière, la lactalbumine, dont on peut trouver de 1 1/2 à 5 1/2 pour 100.

Le deuxième composant du lait, les matières grasses, constitue le beurre. Cette partie du lait est en proportion variable, non seulement dans les espèces différentes, mais aussi chez un même animal, selon les circonstances. On en trouve de 10 à 60 grammes par litre dans le lait de femme, de 30 à 82 gr. dans le lait de vache.

Le troisième composant, les hydrates de carbone, est formé par la lactose ou sucre de lait. C'est une substance à saveur sucrée douce. Elle a la même composition chimique chez tous les animaux. Je vous ai dit que la caséine et les corps gras avaient une spécificité particulière à chaque espèce. Eh bien ! cette spécificité n'existe pas, ou du moins n'a pas été reconnue, pour le lactose. La proportion de lactose est également variable. Elle est de 25 à 70 grammes chez la femme, de 35

à 50 gr. chez la vache, de 50 à 77 gr. chez l'ânesse.

Le lait contient d'autres matières, en tête desquelles il faut placer du phosphore assimilable. On y trouve également de la lécithine, substance grasse,phosphorée et azotée, assimilable (un peu moins d'un gramme pour le lait de vache ; de 1.70 à 1.80 pour le lait de femme), du nucléol, assez abondant dans le lait de femme, des traces d'urée, d'acide citrique, auquel on a voulu faire jouer un rôle, d'alcool (on en trouve partout), des matières parfumées qui donnent le goût, des substances minérales.

Les substances minérales sont importantes. Il faut qu'elles soient en proportions suffisantes pour assurer le développement. Les quantités contenues dans le lait dépendent de conditions extérieures, par exemple du mode d'alimentation. Chez la femme, le lait contient de 1 gr. 50 à 6 grammes de sels par litre, chez la vache, de 5 à 9 gr., chez la chèvre de 5 à 6 gr., chez l'ânesse 5 gr. Les principaux de ces sels sont les chlorures de sodium et de potassium (qui sont toujours les sels prédominants dans les liquides organiques), les sels de chaux,de fer, le carbonate de soude. Le fer, uni soit à la caséine, soit au nucléol, s'élève à la dose de 3 milligrammes 1/2 à 7 milligr. chez la femme. Ce n'est pas énorme, mais c'est une forme essentiellement assimilable. Je vous signalerai encore la présence de gaz, 3 % en volume d'acide carbonique, un peu d'azote et d'oxygène.

Les recherches modernes, qui remontent à Béchamp, ont montré que le lait, comme les liquides sécrétés par les organes glandulaires, est un corps vivant. Il possède des éléments intéressants, des ferments, des zymases pour employer le mot de Béchamp, capables de digérer les graisses, la caséine, etc. La cuisson détruit ces ferments. Le premier en date de ces ferments est celui trouvé par Béchamp, l'amylase, qui peut fluidifier l'amidon. Chose singulière, ce ferment n'existe que dans le lait féminin. Le ferment protéolytique solubilise la caséine, même coagulée. Enfin, on a signalé (Marfan et Gillet) une lipase attaquant la butyrine, une oxydase.

Après avoir jeté ce coup d'œil général, je vais vous signaler les caractères particuliers aux différentes espèces de lait. Je vous ai dit déjà que les propriétés physiologiques de chaque lait étaient spécifiques et varient avec l'espèce.

Le lait de femme a une saveur douce, peu sucrée, une réaction alcaline au tournesol, pas d'odeur. Sa caséine est très particulière. Elle ne se coagule pas par les acides minéraux ou organiques, ni par la chaleur. Elle se coagule, par la présure, en flocons petits. Le caillot produit par la coagulation d'un lait dépend des qualités de la caséine. Pour le lait de femme, il est léger et ne se précipite pas en culot. C'est important. Un enfant délicat digérera le lait féminin et n'attaquera pas la caséine du lait de vache. La caséine du lait de femme n'est pas précipitée par le chlorure de sodium. Elle se rapporte plutôt aux albumines solubles, c'est une sorte de lactalbumine.D'ailleurs, elle diffère au point de vue chimique de la caséine du lait de vache par ce fait que, soumise à la digestion par la pepsine, elle ne laisse pas de produits nucléiniques. Cette caséine est spécifique. Béchamp, le premier auteur qui ait insisté sur les caractères des liquides organiques, a admis cette spécificité pour le beurre et même le lactose.

Le beurre du lait de femme comprend de l'oléine, de la palmitine, etc. Il faut savoir, en outre, que l'alimentation modifie la composition du lait. Quand le régime alimentaire de la nourrice est riche en albuminoïdes, on voit monter le beurre, le lactose. Quand il est riche en graisse, le beurre — chose singulière — diminue. Dans le cas d'alimentation insuffisante, la caséine, le beurre,diminuent. Quand il y insuffisance en albuminoïdes, le beurre diminue. Il est assez intéressant de savoir ce que l'on doit faire pour corriger la composition d'un lait.

Ce lait peut contenir des substances qui passent dans le sang de la nourrice. Les aliments sapides, les choux, l'ail, l'oignon, peuvent donner au lait une saveur spéciale. Le phosphate de soude augmente les phosphates du lait. L'alcool, l'opium, la quinine, les iodures, les bromures, les sels de soude, de potasse, passent dans le lait en quantités minimes, mais suffisantes pour impressionner l'enfant. L'éther, le mercure, l'antipyrine, se retrouvent aussi dans le lait, sous forme de traces.

La menstruation influence peu la lactation. C'est à peine si, à ce moment, la sécrétion lactée est diminuée, et si, quelquefois, le lait est rendu pendant un jour ou deux purgatif. Le lait de femme, enfin, peut contenir des microbes, des staphylocoques, hôtes habituels de la surface cutanée, peut-être des microbes pathogènes. Ce dernier point est difficile à démontrer.

Le lait de vache a une coloration plus blanche. Sa caséine se précipite par les acides étendus, par la présure, en donnant un caillot volumineux. Sa richesse dépend du moment où il a été recueilli. Dans le cours de la traite, le beurre et l'albumine vont en augmentant jusqu'à la fin, et les premières portions sont les plus faibles. La nourriture de l'animal a également un retentissement très marqué sur la composition du lait. Pour alimenter les enfants, il faut écarter les animaux nourris avec des drêches. Vous savez que ces drêches sont très employées, en raison de leur prix peu élevé, pour la nourriture des vaches qui ne sont pas en pâturage. Il en existe deux catégories : les drêches de distillerie et les drêches de brasserie. Les premières sont des résidus de grains distillés pour faire de l'alcool.Elles sont mauvaises si on ne les utilise pas fraîches, et donnent des qualités

nuisibles au lait. Le mieux serait de défendre toutes les drêches lorsque le lait est destiné à l'alimentation des enfants. Il est bon de savoir aussi que le lait a pu quelquefois provoquer des empoisonnements lorsque les vaches avaient mangé des herbes toxiques, colchique, euphorbe, etc.

Le lait de chèvre est riche en beurre odorant. Beaucoup de médecins se sont occupés du lait de chèvre comme aliment de l'enfant. Depuis les récentes menaces de fièvre de Malte, où cet animal joue un rôle, je crois que l'on ne fait plus guère de tentatives de ce côté.

Le lait d'ânesse se rapproche beaucoup du lait de femme, par sa composition, par la coagulation de sa caséine en masses peu compactes.

Le lait de jument n'est pas utilisé dans nos régions. Il paraît l'être dans certains pays, au Caucase par exemple. Il serait, dit-on, de digestion encore plus facile que le lait d'ânesse.

Je dois enfin attirer votre attention sur les microbes du lait. Le lait est un liquide qui s'altère facilement. Il est, en outre, livré au commerce sans précaution. Avant d'être consommé, il prend des contacts variés : contacts avec des corps étrangers nombreux, pis, mains, vases, eau de coupage, atmosphère ambiante. Aussi, y trouve-t-on une flore bactérienne abondante. On y a compté 20 millions de microbes par centimètre cube. Je vous signale, parmi ces microbes, le ferment lactique, aérobie et immobile, de nombreux leptothrix, des staphylocoques blanc et jaune, des levures, des microbes pathogènes, le bacille de Koch et le bacille d'Eberth principalement. Le lait est ainsi susceptible de transmettre des maladies contagieuses, la tuberculose et la fièvre typhoïde, peut-être dans certaines circonstances épidémiques la fièvre aphteuse. C'est donc un aliment en face duquel il est bon de prendre des précautions, sans exagérer cependant. Il est vraisemblable que cette flore microbienne ne détermine des désordres que chez les sujets dont le terrain est préparé. Les précautions sont donc réellement importantes, surtout chez les enfants débiles.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le lavement électrique.

Le lavement électrique est un procédé d'électrisation destiné à rétablir le cours des matières et des gaz dans le tube intestinal : il est basé sur la propriété que possède le courant galvanique à son état permanent et à son état variable, d'exciter la contraction des fibres lisses de l'intestin ; il s'applique au moyen de deux grandes électrodes, l'une cutanée abdominale, l'autre intra-rectale, celle-ci formée d'une masse d'eau salée introduite dans l'intestin.

M. le Dr Albert-Weill expose dans *Paris Médical* la technique de tout lavement électrique.

Tout d'abord : l'instrumentation est composée comme il suit :

1° Une source productrice de courant continu et ses accessoires indispensables pour graduer, renverser et mesurer le courant ;

2° Deux fils conducteurs ;

3° Une électrode abdominale ;

4° Une sonde rectale destinée à l'introduction de la masse d'eau dans l'intestin et à la liaison de cette masse d'eau avec l'un des pôles de la source à courant continu ;

5° Un bock à injection muni d'un tube de caoutchouc pouvant être relié à la sonde rectale.

La source électrique est presque toujours une batterie de piles de 30 à 40 éléments, munis d'un collecteur ou d'un réducteur de potentiel destiné à graduer le courant, d'un interrupteur renverseur permettant le lancement du courant dans un sens ou dans l'autre, d'un galvanomètre gradué de 0 à 100 milliampères destiné à mesurer l'intensité utilisée. Ce n'est que dans un hôpital ou chez des malades possédant en leur appartement une canalisation de courant continu du secteur de ville que l'on peut utiliser un réducteur de potentiel, branché directement sur ce secteur de ville, au moyen d'une prise de courant pouvant être fixée dans la douille d'une lampe.

L'électrode abdominale est formée de doubles de gaze trempés dans de l'eau tiède, superposés de façon à atteindre environ un centimètre d'épaisseur et dépassant de 1 à 2 centimètres environ une lame d'étain placée au-dessus d'eux : la grandeur de chaque double doit être de 200 centimètres carrés environ.

La sonde rectale, dite *sonde de Boudet de Paris*, du nom de son inventeur, est constituée par un tube métallique creux et flexible, long de 20 à 25 centimètres, recouvert d'une gaine isolante en caoutchouc, fermée à son extrémité inférieure, mais percée d'œillères au voisinage de cette extrémité dans un segment qui dépasse largement le bout du conducteur métallique. L'extrémité opposée du tube métallique porte une prise pour le fil conducteur et un ajutage destiné à être fixé au tuyau de caoutchouc du bock à injections.

Le malade est couché sur le dos, les jambes écartées, le siège posé sur un bassin plat. Il est bon, avant de commencer l'application, de mesurer le ventre à sa plus grande dimension.

M. le Dr Lacaille donne dans le *Bulletin de la Société d'électrothérapie* la description du lavement électrique.

« La plaque abdominale étant posée sur le ventre, la canule est introduite bien graissée et surtout bien vidée de tout gaz — (et le jet d'eau

(40°) déjà coulant — mais le courant non encore établi). L'eau doit être salée à 7 p.1000, le bock à 50 cm. de hauteur. Poussez cette canule *en vrillant derrière l'eau* qui lui fait le chemin. Avec la sonde souple vous pénétrez très facilement et loin, c'est-à-dire au-delà du rectum, par conséquent jusque dans la région où le réflexe expulsif est moindre.

« Il est entré un demi-verre d'eau, commencez à débiter le courant — mais dans quel sens ? Je commence toujours par le pôle positif sur le ventre, mais étant donné que tout à l'heure nous allons faire les renversements toutes les 5 minutes, j'avoue que je n'y attache pas une grande importance ; je débite progressivement et lentement mon eau et mon courant électrique — *pour cette raison que toute obstruction étant toujours accompagnée de spasme, toute violence sur l'intestin* (*eau trop froide, eau envoyée avec trop de pression et de quantité, variation trop rapide du potentiel*) ne peut que l'aggraver.

« Le débit d'eau ou d'électricité ne se fait pas toujours régulièrement. On voit parfois le galvanomètre varier brusquement, accusant des différences de 10 à 30 millim., toutes choses restant égales d'ailleurs ; cela est dû à une contraction ou au contraire à un relâchement d'une anse intestinale qui sectionne ainsi (en saucisson) l'électrode interne constituée par la masse d'eau répandue dans l'intestin — (plus la section restée en rapport avec la sonde est petite et plus grande est la résistance, par suite moins grande l'intensité marquée — inutile d'insister).

« Généralement, lorsque le galvanomètre (après être resté assez longtemps très bas malgré le haut voltage) monte tout d'un coup et reste au point conquis, c'est un heureux symptôme, et c'est compréhensible, puisque c'est une indication du cheminement du liquide.

« Voici donc notre courant porté aussi haut qu'il peut être toléré — 60 à 70 milli. — Cinq minutes se sont passées — je redescends doucement zéro — et renversant mon courant, je remonte *lentement* — naturellement, le même nombre d'éments me donne une intensité supérieure à tout à l'heure à cause de l'addition du courant de polarisation.

« Cinq minutes encore ; redescendu à zéro, je renverse — nouvelle ascension, etc.

« Je fais cela *en tout* 20 *à* 25 *minutes* si le malade peut le supporter. Il y a *grand intérêt à le prolonger le plus possible*, devrait-on n'employer plutôt qu'une intensité modérée. Bien entendu, pendant ce temps, il faut débiter l'eau lentement, la tenir chaude (38-40°) et faire entrer et garder au moins deux litres. La quantité de deux litres est utile à plus d'un point de vue. Elle délaie les scybales, mais surtout, absorbée par l'intestin, cette eau introduite dans l'économie fait uriner le malade, par conséquent aide à la désintoxication. A mon avis, la quantité émise d'urine est un signe pronostique des plus importants.

« Le lavement terminé, je préviens le malade qu'il *ne doit pas trop escompter un résultat immédiat ; qu'il est très rare d'obtenir cela avec un lavement, qu'il en faut plusieurs* généralement 3, en 24 heures, parfois 4 ou 5. »

Voici, d'après M. le Dr Lejars, les indications précises du lavement électrique :

« En présence d'une occlusion incomplète, dit-il, d'une constipation prolongée qui tourne à l'arrêt stercoral, le lavement électrique sera le meilleur moyen, dès que l'entéroclyse aura échoué, d'en finir vite et de prévenir les accidents de stercorémie progressive.

« Dans les pseudo-occlusions, les iléus dynamiques, les obstructions stercorales, le lavement électrique appliqué de bonne heure est de pratique excellente ; on pourra le répéter sous la condition expresse que les accidents généraux ne s'aggravent pas.

« Dans les occlusions par cancer, il ne devra être utilisé qu'avec beaucoup de réserves à titre de ressource temporaire ; si la tumeur est bien appréciable, l'entérostomie d'emblée vaudra mieux presque toujours.

« Lors d'iléus aigu confirmé, on pourra encore employer le lavement électrique à titre d'épreuve, mais avec modération et sans insistance. Si l'épreuve est négative, on ne la répétera pas et l'on interviendra en pratiquant la laparotomie ou l'entérostomie.

« Toutes les fois qu'on a des raisons de penser à la péritonite ou à l'appendicite, le lavement électrique est contre-indiqué et dangereux.

« Hors de ces conditions, s'il est appliqué avec une intensité moyenne et sans trop d'interruptions et de renversements, il ne crée par lui-même aucun danger. Le danger commence lorsqu'on s'acharne à le prolonger ou à le répéter. »

M. Lacaille ajoute :

« Je ne connais guère qu'une contre-indication bien vraie et précise à retenir, c'est la crainte de la rupture de l'intestin (appendicite et hernie étranglée récemment réduite ou opérée).

« Et encore ai-je vu dernièrement un cas avec le Dr Bernard, où nous avons quand même traité un malade opéré la veille de hernie étranglée et présentant des symptômes graves d'obstruction.

« Certes, c'était bien le cas de craindre la déchirure de l'intestin, mais le malade étant considéré comme perdu si l'on ne levait pas l'obstruction, nous avons cru devoir aller quand même de l'avant, et le malade fut sauvé au bout de deux séances. »

Conclusions :

1° Le lavement électrique doit être employé de bonne heure et il *y a intérêt à donner le moins de purge possible*. C'est une fatigue inutile et préjudiciable et une perte de temps.

2° Il faut savoir patienter et attendre le résultat en se basant non sur le nombre de lavements déjà donnés sans succès, mais sur l'état du malade (pouls, langue, etc., etc.).

Tant que ces différents signes ne montrent pas la tendance à l'aggravation, il est du devoir du chirurgien, du médecin et de l'électricien réunis de persister dans la thérapeutique électrique.

Greffes de poils pour la réparation des plaies cutanées étendues.

Il y a quatorze ans, M. le Dr Paul Carnot avait fait ressortir dans sa thèse les avantages du saupoudrage de bulbes pileux à la surface des plaies cutanées étendues pour favoriser la réparation rapide de ces plaies : il insiste de nouveau sur cette méthode dans le *Paris Médical.*

« C'est, en effet, dit-il, une méthode basée sur le principe de la transformation fréquente des cellules des poils et des gaines péripilaires en cellules malpighiennes.

« Ces cellules sont peu fragiles et habituées à une nutrition minime ; elles peuvent végéter et proliférer dans des conditions médiocres, telles que celles où elles se trouvent à l'occasion des greffes.

« On sait, d'ailleurs, que la réparation spontanée des plaies cutanées se fait, en grande partie, grâce à la conservation des éléments épidermiques inclus en profondeur et non intéressés par la perte de substance ; les cellules des glandes sudoripares et les cellules des bulbes pileux subsistent souvent seules et constituent, lors de la réparation, des centres d'épidermisation fort importants.

« Aussi, pour démontrer qu'il s'est développé des îlots épidermiques provenant de parties transplantées, est-il nécessaire de choisir des cas où la plaie est profonde, où les bulbes pileux sont manifestement détruits, et, surtout, dans des cas où l'ancienneté même de la plaie et son absence de réparation spontanée éliminent entièrement l'hypothèse d'un développement aux dépens d'inclusions épidermiques profondes : c'est ce que nous avons réalisé à maintes reprises.

« La *technique des greffes de poils* est extrêmement simple. Avec une pince à épilation, on arrache quelques poils, au sujet lui-même si possible, à un de ses parents de préférence si le sujet ne peut en fournir : car l'électivité des cellules est telle que leur greffe prolifère toujours mieux chez le sujet lui-même ou sur un organisme consanguin que chez un sujet plus différent, quoique de même espèce. Mais à défaut de ces conditions, on peut aussi prélever les poils chez un autre sujet jeune et vigoureux.

« Les poils arrachés sont finement sectionnés, à l'aide de petits ciseaux bien coupants, au voisinage de leur bulbe : on obtient ainsi une fine poussière de poils, que l'on met sur la plaie, au point précis que l'on a repéré pour la greffe : on couvre ensuite de compresses stériles ou de colle de Unna, sans faire, si possible, usage d'antiseptiques forts. A cet endroit, apparaît, après quelques jours (une semaine environ), une série de taches blanches qui augmentent de dimensions et s'étendent rapidement, qui s'épaississent, se kératinisent et constituent un revêtement cutané définitif. Il est aisé de se rendre compte combien pareille technique est, partout, facile à réaliser, même dans des conditions très médiocres où les greffes de lambeaux cutanés (greffes de Reverdin ou greffes de Thiersch) auraient de grandes chances d'échouer. Cette méthode, si simple, permettra, à peu de frais, de raccourcir le processus de réparation pour des plaies étendues ou rebelles. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement abortif de la syphilis. — Instituts de puériculture. — Tache bleue mongolique chez un enfant de race blanche. — Réaction des syphilitiques aux injections de tuberculine. — Appendicite chronique simulant la tuberculose. — Corps étrangers bronchiques enlevés par la méthode bronchoscopique.

M. Gaucher présente à l'*Académie de médecine* un rapport au nom de la Commission spéciale nommée pour donner son avis sur le *traitement abortif de la syphilis préconisé par M. Hallopeau.*

La commission estime que les affirmations produites par M. Hallopeau à l'appui de son traitement abortif de la syphilis à la première période ne reposent pas actuellement sur des preuves suffisantes, et qu'il y a lieu de lui en laisser toute la responsabilité.

— M. Pinard soumet à l'*Académie de médecine* quelques considérations sur les *Instituts de puériculture après la naissance.*

M. Pinard donne le nom d' « Institut de puériculture » à un établissement aujourd'hui bien connu, la Pouponnière de Porchefontaine. Il voudrait que cet établissement servît de modèle et fût imité. Les pouponnières pourraient être utilement visitées par les étudiants et médecins et aussi par les jeunes filles, futures institutrices, élèves des écoles normales, qui y apprendraient, de façon à l'enseigner plus tard à leur tour, les connaissances suffisantes pour élever les enfants. M. Pinard émet finalement le vœu que des Instituts de puériculture après la naissance soient créés et scientifiquement établis dans toutes les villes de France possédant une école normale d'Institutrices.

— MM. Comby et Schreiber présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un nouveau cas de *tache bleue mongolique* chez un garçon de race blanche.

La tache bleue mongolique, habituelle chez les enfants de race jaune (98 p. 100), est tout à fait exceptionnelle chez les nègres. Dans la race blanche, elle est rare et frappe surtout les sujets bruns à iris noirs et cheveux très foncés, dont les parents (l'un d'entre eux au moins) offrent des téguments de coloration bronzée.

Le lieu d'élection de cette tache est la région sacrée, mais elle peut se voir au niveau de la région lombaire. Généralement unique, elle a des dimensions variant de quelques millimètres à 5 centimètres et plus. Sa couleur, bleuâtre ou ardoisée, n'est pas toujours uniforme, certains

points étant plus foncés que d'autres. Elle s'atténue avec les années et disparaît ordinairement avant huit ou dix ans ; toutefois, cette règle comporte des exceptions. D'après les recherches de Boelz et d'Adachi, la tache bleue serait due à la présence, dans les couches profondes du derme, de cellules fusiformes étoilées chargées de pigments noirs. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une formation absolument bénigne : il est bon de la connaître néanmoins pour éviter toute erreur de diagnostic et rassurer les familles.

— MM. J. Nicolas, Fabre, A. Augagneur et Charlet communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *réaction des syphilitiques aux injections sous-cutanées de tuberculine.*

Dans un précédent mémoire, ces auteurs avaient montré qu'un certain nombre de syphilitiques, indemnes cliniquement de toute trace de tuberculose, réagissaient d'une façon positive à l'intra-dermo-réaction et à la cuti-réaction à la tuberculine.

Essayant ensuite les effets de l'injection sous-cutanée de tuberculine chez les syphilitiques, MM. Nicolas, Fabre, Augagneur et Charlet ont pu constater 9 réactions positives sur 11 cas. Ils en concluent que l'injection sous-cutanée de tuberculine, pas plus que la cuti-réaction, ni que l'intra-dermo-réaction, ne peuvent servir à distinguer la tuberculose de la syphilis. Les réactions à la tuberculine, ajoutent-ils, ne sauraient en aucune façon trancher un diagnostic hésitant entre syphilis et tuberculose. L'histologie pathologique, de même, contrairement à ce que l'on voit affirmer tous les jours, ne permet pas davantage de différencier la nature tuberculeuse de la nature syphilitique d'une lésion. Seule, pour ces auteurs, la présence de bacilles de Koch avérés (et non d'acido-résistants) et l'inoculation positive au cobaye avec constatation des bacilles dans les lésions développées chez ce dernier, autorisent une affirmation catégorique.

— M. Faisans fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*appendicite chronique simulant la tuberculose.*

M. Faisans estime que l'appendicite chronique est très fréquente, qu'il faut toujours y penser en clinique et la rechercher systématiquement, comme on recherche l'alcoolisme ou la syphilis chez un malade quelconque.

La symptomatologie de l'appendicite chronique se déforme quelquefois au point de se réduire exclusivement aux troubles secondaires que la maladie a provoqués dans des organes éloignés ; ainsi certains hépatiques et beaucoup de dyspeptiques ne sont que des appendiculaires ignorés. C'est aussi le cas de certains pseudo-phtisiques.

Les malades chez lesquels l'appendicite chronique revêt le masque de la tuberculose, dit M. Faisans, sont nombreux et se voient surtout dans la clientèle de ville. Ce sont des sujets qui maigrissent, sont pâles, inaptes à tout travail régulier, asthéniques. Ils se plaignent souvent de douleurs thoraciques, de dyspnée, d'accès fébriles vespéraux accompagnés ou non de sueurs. Si, à cet ensemble symptomatologique, se joint — pour une cause quelconque — de la toux, on est naturellement amené à penser à la tuberculose.

Pour établir le diagnostic, il faut reprendre chacun des symptômes et les analyser, rechercher les commémoratifs et examiner le thorax et l'abdomen. On retrouve, dans le passé des malades, des crises de douleurs abdominales siégeant du côté droit, des symptômes abdominaux. L'examen du ventre permet de constater, soit une douleur exclusivement limitée au point de Mac Burney, soit un endolorissement des diverses portions du côlon, avec maximum dans la région iléo-cæcale.

Le traitement — l'ablation de l'appendice — donne des résultats d'autant meilleurs que la maladie est moins ancienne.

MM. Comby, Siredey et Claisse croient également à la fréquence de l'appendicite chronique et ont vu confondre cette affection avec la tuberculose.

M. Emile Sergent appuie aussi les conclusions de M. Faisans. Il estime nécessaire de songer à l'appendicite chronique toutes les fois qu'un malade, soupçonné de tuberculose du fait des symptômes généraux, ne présente pas de signes physiques pulmonaires indiscutables. Pour M. Sergent, même l'appendicite chronique ne se borne pas seulement à simuler la tuberculose pulmonaire, elle y conduit nombre de sujets, d'où l'indication d'intervenir chirurgicalement dès que l'appendicite chronique est reconnue.

— A la *Société de laryngologie de Paris*, M. Guisez relate ses *cinq derniers cas de corps étrangers bronchiques* enlevés depuis un an (canif, os, marron cru, sifflet) par voie directe, à l'aide du bronchoscope.

Un de ces cas concerne le plus jeune enfant que l'auteur a eu à bronchoscoper : un enfant de 11 mois qui avait un os relativement volumineux dans la bronche droite. Un autre petit malade, âgé de 4 ans 1/2, était porteur d'un canif ouvert dans la bronche droite, très visible à la radiographie et ne mesurant pas moins de 6 centim. L'extraction put être faite par bronchoscopie supérieure. Il en fut de même d'un fragment de marron cru et d'un sifflet de petite locomotive retirés des bronches gauche et droite.

Tous ces cas ont été suivis de guérison sans complication. Seule, une malade opérée à l'hôpital d'Evreux, chez laquelle l'extraction put être pratiquée cependant, succomba aux complications préexistantes.

Ces observations portent à 22 le nombre des corps étrangers bronchiques enlevés sous le bronchoscope par l'auteur, avec 20 guérisons.

P. L.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

IV. Prélèvements chez l'homme. Technique.

(*Suite.*)

Fièvre typhoïde. — Le bacille d'Eberth peut être recherché dans le sang, le sérum, l'urine ou les matières fécales.

Sang et sérum. — Il doit être prélevé d'une manière rigoureusement aseptique. Voici la technique recommandée par Widal, Nicolle, en vue de l'épreuve du séro-diagnostic :

« Laisser pendre la main du malade ; savonner la pulpe du pouce, puis la laver à la liqueur de Van Swieten ; enlever le sublimé en faisant couler de l'alcool et l'alcool en faisant couler de l'éther. Si on veut une plus grande asepsie, on recouvrira les parties à désinfecter avec du collodion. On fait, à la lancette, une ponction large et profonde et on reçoit le sang qui s'écoule dans un tube à fond plat, court et large, préalablement bouché à l'ouate et stérilisé. Pour faciliter l'écoulement du sang, masser le pouce de la racine vers la pulpe. Il est indiqué de recueillir au moins un centimètre cube de sang ».

Lorsque le récipient doit voyager, il est préférable de remplacer le bouchon d'ouate par un bouchon de caoutchouc stérilisé à l'autoclave. Laisser en tout cas au repos dans un endroit frais jusqu'à l'expédition. Compléter l'occlusion en garnissant le bouchon de paraffine, ou en le recouvrant d'un capuchon de caoutchouc que l'on aura fait bouillir dans le sublimé à 1 pour 1000 (Fig. 1 et 1 *bis*).

Si l'on croit devoir recueillir une plus grande quantité de sang afin d'en extraire le sérum en vue de l'envoi au laboratoire, on pourra faire le prélèvement par la saignée, en suivant la technique habituelle à cette opération, mais on laissera perdre les premières portions du jet qui auront nettoyé, en quelque sorte, les lèvres de la plaie, et on l'arrêtera après avoir recueilli dans un récipient aseptique 5 à 10 centimètres cubes de sang ; couvrir le récipient, laisser reposer dans



Fig. 1.
Tube à fond plat garni d'un bouchon de caoutchouc et de paraffine.



Fig. 1 *bis*
Capuchon de caoutchouc.

un endroit frais et aspirer ensuite le sérum dans une pipette stérilisée dont on referme l'effilure à la lampe ; l'autre extrémité est étranglée à la lampe, entre le tampon d'ouate stérilisé et le liquide ; on obtient ainsi une ampoule fermée qui peut voyager (Fig. 2).

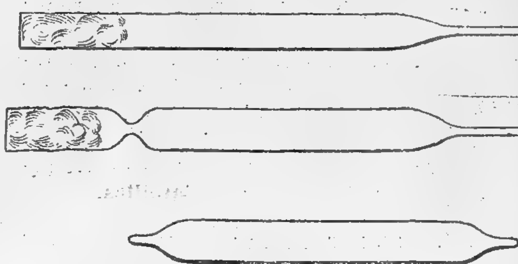


Fig. 2
En haut : pipette stérilisée ordinaire ; au milieu : pipette étranglée entre le liquide et le tampon de coton ; en bas : pipette fermée aux 2 extrémités et devenue une ampoule stérile contenant le liquide à expédier.

Cette dernière manipulation suppose que l'on a à sa disposition au moins un bec Bunsen, ce qui complique un peu l'opération. Mais il arrive souvent que quelque pharmacien voisin en possède un, de même, d'ailleurs, que pour la paraffine dont il est ci-dessus parlé.

Urine. — Le bacille typhique peut être retrouvé dans les urines, du 15e jour de la maladie jusque pendant la convalescence. Prélèvement aseptique dans un tube à essai de 5 à 8 centimètres cubes, comme il a déjà été expliqué antérieurement.

Matières fécales. — Le bacille typhique n'y apparaît pas avant le 10e ou le 12e jour. Le prélèvement n'a plus d'intérêt pour le diagnostic précoce. Prélever 1 centimètre cube de matières diarrhéiques, qu'on verse dans un tube à essai stérilisé contenant 5 centimètres cubes d'eau stérilisée, le fermer à la lampe.

Choléra asiatique. — Les prélèvements comportent : le sérum et les selles.

Sérum. — Opérer comme il est dit ci-dessus pour le sang et le sérum des typhiques.

Selles. — Le vibrion cholérique se trouve dans les selles dès le début de la maladie et y persiste un temps variable. Recueillir une selle dans un vase stérile, de préférence une des premières. Etaler une parcelle sur deux ou trois lames, laisser sécher, fixer à la chaleur.

Si l'on veut envoyer des matières, les prélever dans une pipette qu'on transformera en ampoule fermée, conserver à l'abri de la lumière et de la chaleur.

N. B.— Sur tous les vases, apposer l'étiquette portant le diagnostic, la date du prélèvement, l'indication de la nature de ce dernier (1).

Dr René Martial.

(1) Les autres notions et précautions générales à prendre, s'appliquant à tous les prélèvements, seront indiquées au moment opportun de cette série d'articles afin d'éviter des redites à chaque article.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Ptérygion.

Le ptérygion, bien qu'étant une production de la conjonctive, nous semble plutôt devoir être décrit après les affections de la cornée parce qu'il envahit souvent un secteur entier de cette membrane et vient ainsi compromettre la vision.

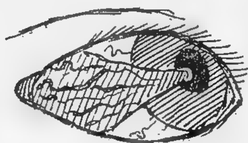


Fig. 1.

Un œil atteint de ptérygion se présente sous l'aspect suivant : dans l'angle interne ou externe, plus souvent dans l'angle interne, la conjonctive présente un épaississement charnu, vascularisé, de forme triangulaire, dont la base correspond à la commissure et dont le sommet est entraîné du côté de la cornée dans une direction radiée jusqu'à atteindre le centre pupillaire. Sous chaque bord supérieur et inférieur, on peut facilement introduire un stylet qui le soulève comme s'il y avait véritablement un plissement transversal de la conjonctive.

Ce plissement existe réellement et son sens transversal indique précisément le sens de l'entraînement de la conjonctive. Le sommet est entouré d'un liséré plus ou moins épais de tissu dégénéré dont l'aspect varie suivant l'état progressif ou stationnaire du ptérygion. Ce liséré est épais, grisâtre et d'apparence gélatineuse dans le ptérygion progressif, en même temps que le corps est lui-même épais, charnu et nettement vascularisé. Il est au contraire anémié et cicatriciel dans les vieux ptérygions stationnaires, secs, aplatis et d'apparence tendineuse ou cutanée.

Le ptérygion est, en même temps qu'une cause de diminution de l'acuité visuelle quand il atteint le champ pupillaire, une cause de conjonctivite par ses tiraillements incessants. De plus, il peut amener des troubles de la motilité du globe en limitant le champ d'excursion du droit opposé, et de la diplopie.

Il a pour origine une dégénérescence très limitée de la conjonctive qui constitue la *pinguecula* et qui se présente juste au niveau de la fente palpébrale, contre le limbe, sous forme d'un tout petit triangle d'un aspect absolument semblable à celui du liséré qui entoure la tête du ptérygion, dont la base regarde la cornée, et le sommet la commissure. Cette pinguecula se rencontre chez les personnes âgées exposées aux poussières irritantes et au froid et se localise précisément au point où la conjonctive est le moins protégée par les paupières. Elle est le résultat d'une irritation chronique de la conjonctive en ce point. Cette irritation persistant, l'effet persiste et s'aggrave, gagne toute la conjonctive laissée à nu dans la fente palpébrale, et qui s'épaissit sous forme de ptérygion, tandis que la pinguecula devenue maintenant le sommet du ptérygion s'avance vers le centre pupillaire en l'entraînant avec elle.

Le ptérygion stationnaire et qui n'a pas atteint la pupille pourra être abandonné à lui-même.

Quant au ptérygion progressif, il sera détaché soigneusement de la cornée ; son sommet sera détruit par le curettage, puis il sera réséqué au niveau du limbe et les deux lèvres conjonctivales seront soigneusement suturées pour éviter la récidive. Cette récidive est cependant et, quoi qu'on fasse, très fréquente et quelquefois désespérante (fig. 2).

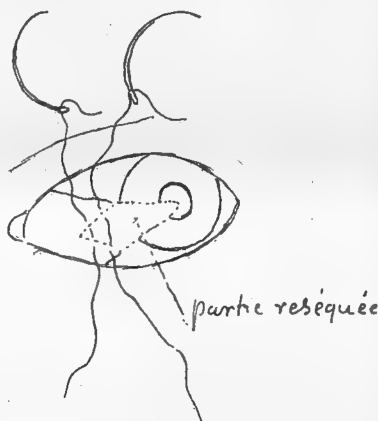


Fig. 2.

Il peut exister, à la suite d'ulcérations de la cornée, des adhérences de la conjonctive primitivement chémotique qui constituent de faux ptérygions. Ils se distinguent des vrais par leur situation indifférente sur un point quelconque du limbe, leur forme moins régulière et le pont qui existe souvent entre le sommet et la base.

Ils ne sont ordinairement pas progressifs et peuvent être justiciables d'une ablation s'ils gênent la vision.

Dr F. Chabrut.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les peignes en celluloïd. Leur danger.

L'industrie moderne est arrivée, grâce au celluloïd, à fabriquer, à bon marché, les parures de peignes nécessaires pour maintenir l'édifice de cheveux qui orne le chef des dames.

On retrouve ces parures partout et, puisqu'elles sont bon marché, surtout chez les ouvriers.

Nul n'ignore que le celluloïd est une simple dissolution de camphre dans du collodion, lequel lui même est une dissolution de fulmi-coton dans de l'éther : c'est un produit essentiellement inflammable et, s'il n'est pas *explosif*, il brûle du moins avec *une grande rapidité* et prend feu, pour peu même qu'il soit porté à une température un peu élevée.

Il y a donc un danger réel à voir se propager l'usage des parures de cheveux en celluloïd, et je suis sûr que bon nombre de praticiens ont été, comme nous, appelés à soigner des brûlures de la tête provoquées par les peignes en corne artificielle.

Nous avons eu pour notre part à soigner cinq jeunes malades dans ce cas, dont les brûlures furent sérieuses. Nous nous hâtons d'ajouter que c'étaient de jeunes ménagères, femmes d'ouvriers, car dans les deux derniers cas, les jeunes dames que nous avons soignées eurent, grâce à la mode, leur cuir chevelu protégé par un matelas de *faux cheveux*.

Dans tous les cas, il y a là un réel danger, pour les ménagères particulièrement, car ce sont elles qui sont le plus souvent et le plus dangereusement atteintes par ces brûlures. Comme le celluloïd brûle rapidement, et, par conséquent, avec un grand dégagement de chaleur, le cuir chevelu est habituellement *flambé* sur une grande surface. Sans avoir de caractère spécial, les plaies sont très douloureuses et longues à guérir, et puis, quel ennui pour une dame de faire le sacrifice, ne fût-il que momentané, d'une partie de sa chevelnre?

Dans un de ses intéressants numéros, le journal la *Nature* rendait compte il y a peu de temps des efforts quasi infructueux qui ont été tentés jusqu'à ce jour pour rendre le celluloïd ininflammable : il manque en effet à la corne artificielle cette seule qualité pour être absolument parfaite.

Il est à souhaiter que ce petit progrès se réalise vite afin que, sans danger, les trottins, les ouvrières, les ménagères, les dames enfin, puissent orner leurs charmantes têtes.

Docteur Robert Bézos.

Le Dr Bézos voudra bien me permettre d'ajouter quelques mots à sa très intéressante communication.

J'ai exercé la médecine de 1900 à 1910 à Oyonnax, dont la seule industrie est justement le peigne en celluloïd. 10.000 habitants emploient chaque jour cette matière, la travaillent et la transforment en peignes. Et pourtant les brûlures sont rares.

A la vérité, dans un incendie d'atelier, tout flambe et il n'y a pas d'espoir de sauver le celluloïd qui brûle. Mais ces incendies sont loin d'être fréquents et se comptent dans l'année.

D'autre part, toutes les Oyonnaxiennes et les femmes de la région portent des profusions de peignes. Et cependant, en dix ans, j'ai rarement eu à soigner des brûlures de la tête, chez des femmes, à cause de la combustion de leurs peignes.

Le celluloïd a une réputation bien surfaite, quant à l'inflammabilité. Pour qu'il prenne feu, il faut qu'il soit en contact direct avec une flamme ou une étincelle ; mais, jamais il n'y a combustion par simple exposition à une chaleur forte. C'est si vrai que, pour donner aux peignes les courbures multiples qu'ils présentent, on chauffe le celluloïd sur des plaques métalliques, posées sur un fourneau à pétrole ou à charbon.

On peut donc conclure qu'il faut qu'il y ait une imprudence commise, pour qu'un peigne placé dans les cheveux puisse s'enflammer.

Mais les brûlures causées par le celluloïd en combustion sont graves ; ce sont de vraies brûlures chimiques, dont la cicatrisation se fait difficilement.

Au cours d'incendies graves, où des ouvriers étaient atteints de brûlures, nous ne constations pas, le premier jour, de lésions bien étendues ; mais le lendemain et les jours suivants, la peau se sphacélait sur de larges surfaces, mettant à nu le derme et occasionnant des douleurs extrêmement vives.

La guérison était alors extrêmement longue à obtenir. Les tissus semblaient frappés de stupeur ; les îlots de peau se formaient mal ; nous avions affaire à une véritable brûlure chimique et non pas à des désordres causés par la flamme.

Pour traiter ces brûlures, nous avons employé moult procédés. Liniments, acide picrique, pommades calmantes, applications de gaze aseptique sèche, baume du Pérou : tout a été essayé tour à tour. Ce qui nous a semblé donner les meilleurs résultats est le procédé suivant : par de grands bains du membre blessé, dans de l'eau bouillie, additionnée d'eau oxygénée, nous détachions le pansement avec de grandes précautions, pour ne pas enlever les îlots de peau de formation récente. Puis, nous faisions des applications de pommade au kéragénol, sur de larges bandes de gaze stérilisée. Cela nous permettait souvent d'attendre deux ou trois jours avant de refaire le pansement, chose excellente pour la pullulation des bourgeons de peau ; puis nous constations avec surprise que, sous l'influence du kéragénol, une épidermisation rapide se produisait en de nombreux endroits à la fois, permettant ainsi d'assouplir, à chaque pansement, par des mouvements variés, la peau de nouvelle formation ; de la sorte, nous avons pu,

en maintes circonstances, éviter des chéloïdes vicieuses et des cicatrices déformantes. Nous avons la conscience d'avoir fait faire aux compagnies d'assurances l'économie d'indemnités à payer aux blessés, pour incapacité permanente partielle due à des cicatrices déformantes et vicieuses, ce qui ne veut pas dire que les compagnies nous en ont su gré.

Je m'aperçois que mes souvenirs d'Oyonnax m'ont entraîné à faire une longue digression ; je conclus, en disant à notre confrère le Dr Bézos : votre communication est très intéressante ; mais ne croyez pas qu'il y ait un danger si général et si fatal dans l'emploi des peignes en celluloïd ; toutes les femmes de la région oyonnaxienne devraient avoir le cuir chevelu brûlé, alors que de semblables lésions ne se sont produites, chez la femme, qu'au cours d'incendies d'ateliers ou d'explosions de lampes à pétrole.

Ne jouez pas avec le feu, dit la Sagesse des nations, surtout lorsque vous maniez du celluloïd ; mais nos charmantes Françaises peuvent sans crainte orner leur abondante chevelure des peignes de toute sorte dus à l'industrie d'Oyonnax ou d'aillleurs.

Dr P. Boudin.

Vérification des décès.

Avranches, le 18 février 1911.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Puisque la question de la vérification des décès est à l'ordre du jour, permettez-moi de vous faire à ce sujet quelques réflexions.

Nous sommes tous plus ou moins menacés d'être enterrés vivants ; nous pouvons, nous, dans notre milieu, faire vérifier notre décès, parce que nous y pensons, et que nous savons que cela peut se faire. Mais les autres, les ouvriers, les paysans, etc., quelles garanties ont-ils ? Qui constate leur décès ? Personne le plus souvent, excepté dans les villes. Qui doit constater les décès ? Est-ce le médecin ? Eh bien ! *non*, d'après la loi.

La chose paraît formidable, elle est vraie ; la loi est très explicite, il n'y a qu'une seule exception : c'est le cas de mort violente.

Nous sommes régis par l'article 77 du Code civil : « Aucune inhumation ne sera faite sans une « autorisation sur papier libre, et sans frais, de « l'officier d'état-civil, qui ne pourra la délivrer « qu'après s'être transporté auprès de la person- « ne décédée, pour s'assurer du décès, hors les « cas prévus par les règlements de police ».

Point n'est question de médecins.

Baudry-Lacantinerie va même jusqu'à prétendre, dans son Précis de droit civil (T. I, p. 105) : « que la constatation d'un décès par un chirur- « gien offre moins de garanties que la constatation « par un officier d'état-civil, celui-ci s'exposant « à une pénalité plus grande en cas de fausse dé- « claration ».

Ne serait-il pas utile de voir tous les décès constatés par les médecins. En ce temps de progrès scientifique ne serait-il pas désirable de vérifier, avant toute inhumation, en ville et campagne, les décès.

Nos parlementaires, qui ont si grand souci de leurs électeurs pendant leur vie, devraient avoir à cœur de pouvoir s'assurer de ne pas les envoyer trop tôt dans le champ des navets, et rectifier l'article 77.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, mes plus sincères salutations.

Dr Le Breton.

THÉRAPEUTIQUE

Pneumonies grippales,

Par le Dr Jean Rocal.

Les pneumonies grippales se caractérisent par des particularités cliniques utiles à rappeler. Les crachats ne sont pas franchement rouillés, ils sont muco-purulents. Le début est insidieux, la marche irrégulière, traînante et cette pneumonie procède souvent par poussées successives. En somme, il y a une grande analogie évolutive entre la broncho-pneumonie et la pneumonie vraie. Parfois les signes stéthoscopiques sont rares, mais une dyspnée intense domine, traduisant l'oblitération des bronches. Certaines pneumonies grippales prennent une marche foudroyante et aboutissent très rapidement à l'hépatisation grise, par exemple chez les diabétiques.

De toutes façons, et quels que soient la marche et les symptômes de la pneumopathie grippale, il faut toujours songer qu'elle est particulièrement grave et qu'elle évolue facilement vers l'hépatisation grise, sinon vers la gangrène.

Malheureusement, nos moyens thérapeutiques sont assez limités en présence de semblables complications et nous allons insister ici sur ceux qui sont les plus efficaces.

Contre la lésion pulmonaire, les enveloppements froids, sans être très actifs, ont une utilité incontestable, surtout quand les sujets sont jeunes et déprimés. Les ventouses *en applications répétées* sont nécessaires chez tout malade ; quant au vésicatoire, nous ne saurions trop nous élever contre son usage, et Graves était, à ce sujet, très catégorique :

« Lorsque la maladie est très violente, dit cet auteur, les vésicatoires ne produisent que des résultats douteux ; souvent même ils ajoutent aux souffrances du malade sans modifier en rien les symptômes pulmonaires et la dyspnée ; cette impuissance du vésicatoire est une des particularités les plus remarquables de l'histoire de la grippe ; pour moi, j'y ai complètement renoncé. »

Il faut encore se garder d'employer les expectorants, les antimoniaux, kermès, tartre stibié qui ont pour effet, de déprimer le cœur, et la saignée formellement contre-indiquée par l'adynamie.

Ce qu'il faut, c'est renforcer l'énergie du cœur et réaliser l'antisepsie broncho-pulmonaire,

La digitale est donc nécessaire, et souvent on obtiendra de bons résultats en utilisant les injections intra-musculaires profondes de digalène. Un centimètre cube, deux fois par jour, de cette digitaline soluble, en relevant la pression sanguine et la diurèse, apportera un dérivatif puissant à l'infection grippale.

Chez les vieillards, quand le myocarde est altéré, la caféine est préférable à la digitale.

Contre les troubles septiques et congestifs du poumon, on agira par les comprimés Roche de Thiocol ou le sirop Roche. Six comprimés représentant 3 gram. de gaïacol cristallisé et sulfoné, c'est-à-dire incapable de nuire à l'état général ou à l'estomac. On réalise avec ce médicament, dont on peut augmenter la dose, des effets antiseptiques, asséchants et hyperleucocytaires, dont les résultats sur la pneumonie se manifestent par la diminution de la dyspnée, de l'expectoration purulente et le retour des râles crépitants de guérison.

Bien que dans cette maladie, il faille être sobre de sédatifs, il est des cas où l'intensité de la toux, la douleur thoracique, l'insomnie réclament une intervention. Chez les jeunes sujets, nous ordonnons le Pantopon (nouvelle préparation opiacée totale sans inconvénients), et 3 à 4 comprimés d'un centigramme suffisent largement à ramener le sommeil et à calmer la toux sans dépression. On peut d'ailleurs utiliser ce remède, — et il y a là encore une commodité thérapeutique appréciable — en injections hypodermiques, et dans ce cas, un ou deux centimètres cubes de Pantopon peuvent suffire.

Contre l'asthénie nerveuse accompagnant la pneumopathie grippale, on peut lutter par l'alcool à petites doses, le champagne, le thé, le café, le kola, la coca, la strychnine et les stimulants diffusibles, comme l'éther, l'huile camphrée, l'acétate d'ammoniaque.

On peut faire prendre, deux ou trois fois par jour, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales de teinture de coca et de kola dans du lait chaud.

La strychnine sera employée aux doses ordinaires de deux à trois milligr. par jour.

Sulfate de strychnine..........	un centigr.
Eau distillée......................	10 cc.

Parfois, nous ajoutons à cette formule :

Cacodylate de soude..............	0 gr. 25

Dès l'apparition de la convalescence, on aura recours aux phosphates et il faudra continuer encore pendant 2 semaines environ l'usage directement favorable sur le poumon des comprimés ou du sirop Roche au thiocol. On diminuera seulement la dose journalière progressivement.

Certains auteurs préconisent les bains froids dans la pneumopathie grippale. Nous croyons que les bains tièdes sont préférables, car ils calment mieux l'agitation et le délire.

La condition essentielle pour réussir à enrayer l'évolution mortelle, dans cette complication de la grippe, c'est d'employer *hâtivement* les moyens précédemment énumérés. Une thérapeutique énergique, mise en œuvre dès le début, pourra seule atténuer le pronostic et amener la guérison.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ÉTUDES ET PROJETS

L'arme nécessaire.

C'est d'un journal de défense médicale que je veux parler.

Oui, dans ces colonnes, dans ce *Concours médical*, qui depuis trente ans a été sans cesse sur la brèche, sans cesse à la peine, qui a été le foyer où se sont réchauffés les enthousiasmes des praticiens clairvoyants, qui a été le bastion où se sont réunis les plus dévoués défenseurs du Corps médical, dans ce journal, fier, à juste titre, des résultats acquis dans le passé et confiant dans les succès promis à son avenir, je ne crains pas de venir dire : « Un nouvel organe nous est nécessaire ».

Certes, nul plus que moi n'apprécie les bienfaits dont nous sommes redevables à ce valeureux *Concours*, nul plus que moi ne vénère ses fondateurs et nul n'a plus de foi dans les destinées de cette œuvre de concorde, d'éducation mutuelle où les médecins ont pour la première fois pris conscience de leur faiblesse dans l'isolement, de leur force dans l'union.

Je ne suis donc pas disposé à oublier que le *Concours médical*, après avoir été le berceau de nos Syndicats, et le trait d'union entre les Sociétés isolées sinon rivales, nous a donné avec le « Sou », l'Amicale, le Patronage, des garanties contre l'adversité ; je n'oublie pas non plus combien heureusement ses efforts ont secondé l'Union des Syndicats dans la lutte pour le libre choix.

Mais, si je conserve toute ma gratitude au *Concours*, je ne me dissimule pas non plus son impuissance, au moins relative, à faire doter notre corporation de la Charte nouvelle que tous nous rêvons pour elle.

Réforme de l'enseignement, extension du libre choix aux mutualités et aux administrations, garantie d'indépendance du praticien au milieu du dédale des lois sociales, autant de revendications que le *Concours* a largement contribué à développer et à fixer, mais dont il serait illusoire d'escompter la réalisation par la seule influence de nos organes médicaux.

Je ne puis en ceci être taxé de pessimisme, car le très distingué rédacteur en chef de ce journal *a recherché ici-même les raisons de cette* IMPUISSANCE RELATIVE *du Syndicalisme médical* (1).

(1) N° 15 *Concours Médical*, 10 avril 1910.

***

Qu'on le déplore si l'on veut, mais ce n'est que par une action gouvernementale et parlementaire que pourront s'améliorer les conditions de la profession médicale.

Magistralement résumées dans le *cahier des revendications législatives* du Dr Vimont, nos réclamations ont été approuvées par le Congrès des Praticiens et par l'Assemblée générale du *Concours médical* (1) et il semblerait, étant donnée l'importante représentation médicale au Parlement, que nous dussions en voir bientôt la réalisation.

Hélas ! il n'en est rien. A part quelques rares et éminentes personnalités, les médecins parlementaires se désintéressent complètement de nos luttes, heureux encore quand de leur rangs ne sortent point nos plus farouches adversaires.

On s'en aperçut bien au cours de la campagne pour le libre choix dans les accidents du travail, quand l'infatigable Diverneresse dut suppléer au manque d'*influence du Corps médical dans le Parlement en cherchant un appui* (2) près des Syndicats ouvriers.

Aussi ne nous étonnerons-nous pas que le Dr Boudin, l'actif secrétaire général du *Concours*, se demandant ce *que nous avons obtenu du législateur*, ait répondu, désabusé ; *Pas grand'chose* ! (3).

***

Non, pas grand'chose en vérité, et ce sera bien moins encore qu'il nous faudra espérer à l'avenir, si le Corps médical ne sait pas exercer une vigoureuse pression sur les égoïsmes uniformes ou même unifiés de nos politiciens.

Pour ceux-ci, le commencement et le terme de la sagesse s'inscrivent entre la crainte de l'électeur et le souci de l'opinion publique, de cette opinion publique que l'on exalte ou que l'on méprise, que l'on flatte ou que l'on fustige, dont on se sert ou dont on se joue, mais que finalement on écoute toujours.

Et pour avoir l'appui de cette opinion omnipotente, il nous suffirait de l'éclairer, de la guider nous-mêmes dans la recherche de solutions qui intéressent en définitive au moins autant le public-clientèle que les médecins. Il nous faudrait prendre contact avec Monsieur Tout-le-Monde autrement que par le bruit de nos querelles et de nos dissensions rapportées et souvent déformées par des journaux peu sympathiques à notre cause.

Car le Corps médical n'a pas en général la faveur de la grande presse. La vénalité de celle-ci la met au service de nos adversaires, riches, puissants, organisés.

Trop souvent, « *même armés des arguments les plus irréfutables, nous nous sommes heurtés à une conspiration du silence* » (4), parce que les *assureurs payèrent la presse un tel prix qu'il nous fut impossible de trouver assez d'argent pour répondre aux articles qui nous diffamaient* (1).

Les grands journaux sont fermés aux pauvres (2). Pour *éclairer* leur religion, il nous eût fallu posséder *la force que nos ennemis puisent dans l'étendue considérable des moyens financiers dont ils disposent* (3).

(1) No 12 *Concours Médical*, 20 mars 1910.
(2) *Concours Médical*, no 2, 9 janv. 1910.
(3) *Concours Médical* no 7, 13 fév. 1910.
(4) Diverneresse. — Discours à Lyon le 5 juin 1909.

***

La grande presse lui étant fermée, la défense de nos intérêts professionnels s'est cantonnée jusqu'à ce jour dans divers organes médicaux dont l'action s'est exercée sur le Corps médical lui-même, mais non sur le grand public.

A cette action interne, endogène, pourrait-on dire, quant à ses résultats, le moment est venu, non de substituer, mais d'adjoindre une action extérieure, exogène si l'on veut, ayant pour but l'éducation de la masse des électeurs.

Cette nécessité est d'une telle évidence que le « Sou médical » a cru devoir faire étudier le projet d'une image d'Epinal destinée à répandre dans le public la notion du libre choix. De même, le Dr Paul Vigne, dans sa lutte contre l'encombrement, a recours à des affiches et à des lettres individuelles adressées aux familles des jeunes bacheliers.

Malheureusement, ce sont là des moyens bien incertains et dont les résultats ont été des plus précaires, de l'aveu même de leurs dévoués promoteurs ; ils ne peuvent rien en tout cas contre l'influence prépondérante des grands quotidiens.

Le Dr Vigne lui-même reconnaît que « *la presse politique est aujourd'hui maîtresse de l'opinion publique, qu'elle façonne à sa guise.* »

Il y aurait, ajoute-t-il, *un gros intérêt à ce qu'elle servît en l'occurrence notre juste cause, qui est aussi celle de la Société* (4).

Mais voilà justement la difficulté. Il faudrait, pour lui faire assumer ce rôle que, selon le mot du Dr Jeanne, la *cohésion du Corps médical ait permis la constitution d'un puissant trésor de guerre.* Et on aura une idée de ce qu'un tel trésor devrait être pour exercer une action suivie quand on saura que pendant la fameuse campagne des médecins marrons, un journal du matin ne demandait pas moins de 35.000 *francs pour ouvrir ses colonnes de temps à autre* aux défenseurs du Corps médical (5).

De telles prétentions nous interdiraient de faire jamais entendre au public le langage de la vérité s'il n'existait aucun autre moyen d'entrer en contact avec lui.

Nous examinerons prochainement comment il est possible de sortir de cette impasse et dans quelle direction le Corps médical doit engager son effort, s'il veut l'orienter définitivement vers la *politique des résultats.*

Dr Lepaitre,
Bessancourt (S.-et-O.).

(1) J. Noir. — *Concours Médical*, 9 janv. 1910.
(2) P. Boudin. — *Concours médical*, 20 mars 1910.
(3) Dr Jeanne. — Discours à Lyon in *Avenir Médical*, juillet-août 1909.
(4) P. Vigne. — *Concours Médical* du 13 fév. 1910.
(5) *Concours Médical* du 23 janv. 1910.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

27 décembre 1910.

Du 1er au 31 décembre 1910, 4 plaintes ont été portées pour faits d'exercice illégal de la Médecine., imputables à diverses personnes (Etudiant en médecine, Pharmacien, Parfumeuse, Masseur).

Durant la même période, le Tribunal correctionnel a rendu 4 jugements condamnant :

1° Un sieur M... dit J... marchand de plantes médicinales, dans les marchés volants de la banlieue parisienne, à 100 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie;

2° M. M.... guérisseur à distance, par la prétendue transmission d'un fluide magnétique, à 6 mois d'emprisonnement et à 3.000 francs d'amende pour escroquerie et exercice illégal de la Médecine, et M. Car, officier de santé, à 500 fr. d'amende pour avoir prêté son concours au précédent; toutefois il a été relaxé des poursuites pour complicité d'escroquerie, en raison du rôle subalterne qu'il a joué dans cette affaire, s'étant borné à signer les ordonnances médicales ;

3° Mme Di., à 2 mois de prison et 100 fr. d'amende pour escroquerie et vente d'un remède secret, sous forme de poudre possédant des propriétés soi-disant anticonceptionnelles ;

4° M. Br., masseur-gymnaste, à 300 francs d'amende pour exercice illégal de la Médecine.

Le S. M. S. ne s'était pas porté partie civile dans ces quatre affaires.

Nous avons publié dans le *Bulletin* du Syndicat (N° du 5 juillet 1910) un état statistique indiquant la marche des affaires suivies par le service de l'Exercice illégal depuis sa création jusqu'au 1er juillet 1910. On a pu remarquer que nous escomptions un nombre de plaintes devant s'élever à 60 environ pour l'année 1910.

Le tableau que nous publions ci-après montre que nos prévisions se sont pleinement réalisées. Quant au nombre des condamnations, il s'est accru dans les mêmes proportions.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Nombre de plaintes déposées du 1er *juillet* 1910 *au* 1er *janvier* 1911 : **30**
Nombre de condamnations obtenues » » **16**

NOMS	PROFESSION	NATURE DU DÉLIT	PÉNALITÉS Amendes		Prison	DOMMAGES-INTÉRÊTS
Da.	Sage-femme	Ex. illég. méd. et pharm.	3000		2 mois	2000 fr. au S. M. S.
Das.	V. de com.	id.	1000		15 jours	
J.	Pharmacien.	Ex. illég. méd. et compl. d'exer. illégal pharm.	600		Néant	1000 fr. au S. M. S. 500 fr. au S. des Ph.
Fr.	Négoc. en liq.	Ex. illég. méd. et pharm.	500		Néant	300 fr. au S. M. S. 100 fr. au S. des Ph
Bour.	Masseur.	Exercice illégal médec.	500		Néant	300 fr. au S. M. S.
de Bar.	Voyageur.	id.	500		Néant	
de Men.	Mas.-gymn.	id.	100		Néant	
Bron.	Mas.-gymn.	id.	300		Néant	
Duc.	Rebouteur.	id.	50		Néant	100 fr. au S. M. S.
Ség.	Etudiant.	Ex. ill. méd. et pharm.	1000		Néant	1000 fr. au S. M. S. solid. avec le Dr M.
Dr M.	Médecin.	Complicité.	500		Néant	
Pois.	Pharmacien.	Compl. d'ex. ill. pharm.	500		Néant	500 fr. au S. des Ph. solidaire.
Vve Pa.	S. profession.	id.	500		Néant	
Val.	Etudiant.	Exercice illégal médec.	2000		Néant	3000 fr. au S. M. S. 3000 fr. au S. M. P
Bail.	Pharmacien.	Infrac. à l'ordon. du 29 octobre 1846.	500		Néant	
Desp.	Etudiant.	Exercice illégal médec.	500		Néant	
M. dit J.	Marchand.	id.	100		Néant	
Ma.	Voyant.	Médecine. Escroquerie.	3000		6 mois	
Carr.	Of. de santé.	Compl. d'ex. ill. médec.	500		Néant	
De Di.	S. profession.	Escroquerie. Vente de remèdes secrets.	100		2 mois	

RÉCAPITULATION

CONDAMNATIONS AMENDES	PRISON	DOMMAGES-INTÉRÊTS
15.750 fr.	10 mois 1/2	11.800 fr.

Nous extrayons du *Bulletin du Syndicat des Médecins de la Seine* le très suggestif tableau ci-dessus des condamnations que ce groupement a fait prononcer.

Féliciter notre ami Levassort ne serait que faire une redite et nous connaissons tous le dévouement que, depuis 1905, il apporte à cette cause. Grâce à son énergie inlassable et à son esprit de suite tenace, il nous montre un Congrès ayant donné de réels et tangibles résultats : nous voulons parler du Congrès pour la Répression de l'exercice illégal de 1906.

Mais vous, syndicats médicaux, quand donc songerez-vous à imiter le S. M. S. ? A quand la bataille contre les illégaux ?

Les Levassort et l'argent vous manquent, nous répondrez-vous ? D'accord ; mais sachez que notre ami Levassort sera toujours heureux de recevoir des dossiers, des documents *précis* qui lui permettront de vous guider.

Sachez que l'Office contre la Répression de l'exercice illégal serait désireux de recevoir vos subventions pour mener à bien cette lutte générale.

En cotisant à cet Office, vous pourrez lui demander aide et conseils.

Sachez enfin que le « Sou médical » soutient *pécuniairement* les syndicats qui se sont affiliés à lui et, comme il vient de le faire récemment pour le Syndicat du Puy, il pourra vous soutenir de ses conseils et de *ses deniers*.

Mais qu'on nous fasse grâce des jérémiades et des récriminations. Oui, confrères ! les temps sont durs ; mais parce que vous ne voulez pas avoir conscience de la force de vos groupements, parce que vous préférez vous suspecter les uns les autres (1) et perdre votre temps à discuter, d'une manière byzantine, les questions plus ou moins rancunières d'une vague déontologie.

Trêve à ces batailles fratricides ! Débarrassez-vous d'abord des ennemis du dehors. — Montrez de l'énergie, de l'action. Donnez la preuve que les Syndicats entendent et *veulent* travailler.

Mais, si vous vous défiez de vos propres forces et de vos maigres ressources, souvenez-vous qu'il existe une Union des Syndicats, un Office contre la Répression de l'exercice illégal et un « Sou médical ».

Et maintenant, à l'ouvrage.

P. B.

(1) On suspecte aussi Levassort de trafiquer avec ceux qu'il enquête ! Pouah ! est-ce assez bête, la monomanie du débinage confraternel.

MÉDECINE SOCIALE

Comment les médecins allemands, professeurs de Faculté et praticiens, comprennent leur rôle social.

Diverneresse a fait traduire, spécialement pour le *Concours*, la communication suivante intéressante à plus d'un point de vue.

Du Service médical dans les Assurances ouvrières en Allemagne.

Assurances pour malades.— Assurances contre les accidents du travail. — Assurances pour invalides.

Par le Dr Otto Magden (de Berlin),
Membre du Reichstag,

Et le Professeur Dr Rudolf Lennhoff.

Conférences internationales sur les assurances ouvrières.
Haag, 6-8 septembre 1910.

A. — Caisses pour malades.

Après avoir reproduit le texte de la loi sur les assurances et relaté les prescriptions relatives à la loi, le Dr Lennhoff continue :

L'introduction des assurances obligatoires pour ouvriers change totalement la situation des médecins en Allemagne.

Ce ne fut que par exception que quelques assurances permirent à leurs assurés le libre choix du médecin.

La plupart de ces caisses d'assurances choisissaient leur médecin moyennant un traitement fixe annuel.

Ce système est bien le plus commode pour les administrations, mais le plus mauvais pour l'assuré.

On rappelle ici les paroles de *Virchow* : « On peut adresser le pauvre à tel tailleur, à tel cordonnier, à tel entrepreneur, mais pas à tel ou tel médecin ».

Le médecin a sa situation exceptionnelle.

Il est bien l'homme de l'art, mais il est essentiellement un homme de confiance, etc.

Le choix des médecins de caisse est fait le plus souvent au hasard — les aptitudes et capacités professionnelles n'y entrent pour rien — la protection, l'amitié, la parenté ou l'antagonisme des partis jouent le principal rôle dans le choix.

Les caisses de malades ne sont pas des assurances ouvrières, les assurés sont, la plupart, des gens dépourvus de moyens.

Les dépenses sont limitées et réglées par la loi.

Les devoirs de ces caisses consistent à faire donner des soins aux malades et accorder une indemnité de maladie.

Les médecins de ces caisses doivent prendre cette situation en considération — leurs honoraires doivent être très modestes —. Leurs ser-

vices étaient dans le principe assimilés à des devoirs de bienfaisance.

Dans certains cas, ces honoraires étaient de 15 pfenning par consultation. On les a portés depuis à 30 pf., mais les honoraires de 50 pf. sont encore rares aujourd'hui.

Aux médecins qui sont plus exigeants, on répond :

« Les caisses de malades ont été créées pour le bien des assurés et non pour créer des ressources aux médecins. »

Même dans la discussion du projet de loi sur les assurances d'état, il y eut un député citant deux médecins qui, pour 40 pf. par consultation, sont arrivés à toucher 30.000 marks par an. Ce qui représente 204 consultations par jour, en admettant que sans interruption, ils aient travaillé pendant 365 jours. Il s'est bien gardé de dire que les 2 médecins étaient aidés dans leur besogne par un grand nombre de médecins assistants.

Pour arriver à une somme raisonnable avec des honoraires aussi réduits, il faut donner une masse de travail telle que la quantité est forcément aux dépens de la qualité.

Le médecin devient, dans ces cas, un routinier ordinaire.

Les services médicaux ainsi rendus ne sont plus faits dans l'intérêt des malades.

Ces considérations ont amené les professeurs de la faculté, dans une motion adressée au gouvernement, à se prononcer pour le libre choix du médecin.

Par le libre choix du médecin, il est également facile d'organiser le service des médecins spécialistes.

C'est également un vœu général d'accorder à ces caisses le droit aux traitements prophylactiques et hygiéniques.

Diverses variétés d'assurances usitées en Allemagne

D'après la loi sur les assurances contre les maladies, l'assurance devient obligatoire pour tout employé ou ouvrier dont les revenus annuels sont inférieurs à 2.000 marks.

Il y a six sortes d'assurances ou de caisses :

1° Les assurances locales, d'initiative privée ;

2° Les assurances commerciales et industrielles ;

3° Les assurances des entrepreneurs, pour le temps d'une entreprise importante et de longue durée ;

4° Les assurances des corps de métiers ou des sociétés ;

5° Les assurances des mines et des corps des mineurs ;

6° Les assurances communales.

Le caractère de toutes les assurances est dans leur désintéressement. Elles ne constituent pas des affaires à bénéfices.

Tous les revenus sont dépensés pour les services déterminés par la loi. Elles sont administrées sous la surveillance de l'Etat.

Il y a plus de 23 000 assurances en Allemagne.
Le système médical est très varié.

I. — Un seul médecin avec traitement annuel par région :

a) Un seul médecin pour soins à domicile avec faculté pour les assurés d'aller à la consultation à d'autres médecins du voisinage.

b) Tous les médecins du voisinage peuvent soigner à domicile et être consultés par les malades ;

c) Faculté donnée aux associés de choisir parmi un certain nombre de médecins désignés par *les Caisses*. Les consultations se faisant au siège de la Société.

II. — Un seul médecin désigné par la Société sans traitement fixe, avec une quotité par tête.

III. — Désignation d'un petit nombre de médecins qui s'engagent à assurer le service médical, qui touchent la totalité des honoraires, sauf à les partager avec un certain nombre de médecins-adjoints et agréés par les Caisses.

IV. — Libre choix de tous les médecins de la région qui acceptent les conditions établies par les caisses au point de vue des honoraires (1).

Diverses méthodes sont employées par les médecins pour relever peu à peu les honoraires et faire cesser le prolétariat médical engendré par la loi des assurances obligatoires.

Création de chambres médicales, de commissions d'arbitrage.

La Chambre médicale de Berlin, l'Union médicale de Leipzig entrent en fonctions et rendent d'énormes services.

Par leur intermédiaire, beaucoup de procès sont évités.

Assurances pour invalides.

Le nombre des invalides dépassant de beaucoup celui des malades et des accidentés, il n'est guère de praticiens qui n'aient eu affaire aux assurances pour invalides.

Théoriquement, l'assuré a le droit de choisir son médecin pour l'obtention du certificat, mais comme l'invalide est généralement dépourvu de moyens, il a recours au médecin désigné par l'assurance.

L'administration de ces assurances varie d'une contrée à l'autre.

Presque toutes ont introduit l'usage de formulaires pour le service médical.

Il y en a qui envoient leurs formulaires à tous les médecins de l'arrondissement, et laissent à l'invalide le libre choix et payent le médecin suivant un tarif adopté. D'autres ne payent que les certificats du médecin qui a soigné l'assuré.

D'autres n'admettent que les certificats des *médecins de confiance* choisis par l'assurance.

Cette dernière méthode est surtout appliquée à Berlin depuis l'arrêté du ministre des travaux publics spécifiant l'intervention du *médecin de confiance* dans toutes les revendications à la rente des invalides.

Ce médecin de confiance doit assister aux séances où les questions de rentes sont portées à l'ordre du jour.

(1) De la page 17 à la page 50, ce n'est qu'une longue description de la lutte entre médecins et Caisses d'assurances. Nous y reviendrons.

Si, suivant la délibération, on juge le certificat du médecin consultant nécessaire, on le fait faire. A Berlin, les décisions ne sont prises que sur la concordance des deux certificats. Si les deux certificats ne sont pas d'accord, on a recours à un troisième témoignage qui amène la conclusion.

La plupart de ces assurances d'Etat n'emploient que des fonctionnaires médicaux.

Quelques-unes choisissent des praticiens expérimentés dans les maladies professionnelles des ouvriers.

Les revendications à la rente des invalides ne sont valables que si la durée de la maladie dépasse 26 semaines.

Dans les autres cas, elles sont du ressort des caisses de malades.

Prophylaxie médicale.

Sur l'initiative d'un certain nombre de médecins, quelques assurances d'Etat sont entrées dans les combinaisons des traitements prophylactiques. De par la loi, elles n'y sont pas obligées.

Un médecin qui n'était pas fonctionnaire, le Dr Pauly, de Posen, a insisté et a obtenu le traitement d'une de ses malades dans un sanatorium.

La question des traitements prophylactiques a fait des progrès.

L'Assurance d'Etat de Berlin a établi un sanatorium pour tuberculeux, un institut pour maladies sexuelles, une clinique dentaire et un autre établissement pour le traitement ambulatoire de la tuberculose.

La plupart des assurances d'Etat ont nommé les médecins comme membres de leur administration.

Ces derniers contrôlent les certificats des médecins et l'état de l'assuré.

Quand leurs diagnostics sont d'accord avec celui des médecins consultés, leurs décisions sont admises pour l'acceptation ou le refus de la rente ainsi que pour la durée de l'invalidité.

Pour terminer, il ne reste plus que peu de mots à dire sur le rôle joué par le médecin comme défenseur, comme avocat social des assurés.

Comme il y a des tribunaux spéciaux pour accidentés et pour invalides, les litiges se terminent généralement en première instance devant les fonctionnaires du contrôle des assurances.

Rarement on est dans le cas de recourir à des avocats juristes.

La plupart des lésés qui font valoir leurs droits pour les rentes ne sont pas en état de payer des avocats ou des avoués.

Les intéressés, la plupart du temps, sont représentés par les secrétaires des sociétés ouvrières.

Mais un grand nombre de ces revendicateurs ne font pas partie de sociétés.

Pour ceux-là, le médecin est le premier à mettre l'intéressé au courant de ses droits.

Très souvent, il est le seul conseiller pour toute la durée des négociations.

Comme le médecin ne réclame pas d'honoraires pour les services rendus librement, — ils ne rencontrent aucune objection — et par suite, une foule de conflits sont évités.

Aussi, en Allemagne, les professeurs des Facultés de médecine défendent le libre choix avec les médecins praticiens. Les médecins qui soignent les blessés sont leurs avocats-conseils. Tout cela paraît très naturel chez nos voisins de l'Est. En France, on a excommunié les médecins qui ont le courage d'en faire autant. Décidément, les médecins français ne marchent plus à la tête de la civilisation et du progrès.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

L'Assemblée générale de la Société centrale de l'A. G.

L'Assemblée générale de la Société centrale de l'A. G. s'est tenue le dimanche 5 mars à 2 h. 1/2 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence de M. le Dr Bucquoy.

Après quelques observations du Dr Bellencontre sur les lacunes du procès-verbal où les paroles qu'il a prononcées à la dernière Assemblée ont été omises, des objections sont faites à la Commission administrative sur l'ajournement de plus de 80 candidats.

A la demande du Dr Noir, l'Assemblée décide que ces candidatures seront examinées par la Commission dans le plus bref délai possible et qu'elles seront présentées à une Assemblée générale extraordinaire qui sera convoquée avant Pâques dans ce but.

L'Assemblée a émis un vote favorable à l'affiliation de la Société Métropolitaine à l'A. G.

Pour le renouvellement partiel de la Commission administrative, deux listes étaient en présence. L'une, présentée par le bureau, comprenait comme secrétaire M. le Dr Jamain, et comme commissaires MM. les Drs Boursier, Bouteron, Durand-Fardel, Fanier Frasey, Lamblin, Mauclaire, Alfred Foucart, Ravanier, Touchard Joseph et Veillard; l'autre était composée de M. le Dr Watelet comme secrétaire, et, comme commissaires, de MM. : les Drs Fissiaux, Thomas, Dignat, Butte, A. Ball, Mercereau, Barbarin, Doucy, Lorion (de Clamart), Séailles et Sicard. Cette dernière liste a été élue avec une forte majorité.

A la suite de l'Assemblée, la note suivante a été communiquée à quelques journaux médicaux, nous l'empruntons à la *Presse Médicale* :

Paris, le 6 mars 1911.

Les président et vice-président de la Société centrale et les membres de la Commission administrative, soussignés :

Considérant :

1° Que, par le referendum du 20 décembre 1909, la majorité des membres de la Société centrale avait nettement condamné le principe de l'entrée des médecins dans une Société commerciale, telle que la Prévoyance médicale ;

2° Que, dans l'Assemblée générale du 5 mars

1911, la majorité des membres présents, par ses paroles et par ses votes, a blâmé les actes de la Commission administrative, conformes aux indications de ce referendum ;

3° Que les soussignés ne peuvent s'associer à l'orientation nouvelle que les dernières élections ont indiquée, en consacrant un principe antérieurement condamné ;

Donnent leur démission de membres du bureau et de la Commission administrative,

Et demandent à M. Darras de conserver, dans l'intérêt de la Société, ses fonctions de trésorier.

Signé : Bucquoy, président ; Paul Boncour, vice-président ; Beaumé, Stéphane Bonnet, Chandebois, Costilhes, Delion, Devis, Doubre, Furet, Gougelet, de Grandmaison, Grossard, Jamain, Jomier, Le Coin, Lelongt, Le Sourd, Mauban, Emile Sergent, Gustave Weil.

En attendant la Mutualité familiale.

Si, à titre de secrétaire général de l'Amicale, nous recevons depuis deux mois une volumineuse correspondance, nous avons le regret de constater qu'à côté du nombre très important de déclarations de maladie et du nombre plus grand encore de demandes de renseignements qui nous parviennent, nous recevons fort peu de dossiers de candidatures nouvelles.

Cette pénurie de candidatures est insolite et nous n'y voyons qu'une seule cause possible : l'hésitation dans laquelle se trouvent beaucoup de confrères, en présence de la transformation de l'Amicale et de la Caisse des pensions en Mutualité familiale. La plupart des candidats attendent de connaître le nouveau *modus vivendi* avant d'envoyer leurs pièces, et la période transitoire que nous traversons risquerait d'être préjudiciable tant à la Société qu'aux candidats hésitants, si nous ne précisions pas dès maintenant quelques points qui seront, nous l'espérons, de nature à calmer toutes les inquiétudes et à lever toutes les hésitations.

D'abord et avant tout, la transformation votée à la dernière Assemblée générale extraordinaire est une transformation surtout de forme qui a eu pour but de simplifier, de mettre combinaisons et barêmes plus à la portée de tous, mais qui a laissé absolument intacts les principes fondamentaux et les grandes règles sur lesquelles reposaient nos mutuelles.

En second lieu, la mise en pratique du fonctionnement de la Mutualité familiale, qui ne pourra guère commencer qu'en mai ne sera véritablement complète qu'au 1er juillet. D'ici là, nous fonctionnerons donc comme par le passé.

Troisièmement, rien, absolument rien, ne sera changé dans la situation des membres admis avant la date du 1er juillet prochain. Ils conserveront leurs tarifs, leurs indemnités, leurs pensions, leurs droits comme sous l'ancien régime. Pour eux, la Caisse des pensions et l'Amicale resteront exactement ce qu'elles étaient, le titre de Mutualité familiale seul étant surajouté aux anciens titres.

Enfin, même après le 1er juillet, l'Amicale restera absolument ce qu'elle est actuellement, avec cette seule différence qu'au lieu d'être une association distincte, elle formera la première section de la Mutualité familiale.

Il n'y a donc aucune raison d'hésiter et de retarder une adhésion décidée en principe. La séance du Conseil aura lieu à la fin de mars, ceux qui seront admis gagneront trois ou six mois de sociétariat.

Quant aux nombreux confrères qui écrivent au trésorier, au secrétaire général ou même au *Concours médical* pour demander des renseignements qui les intéressent, je crois utile de leur dire que la Mutualité Familiale ne pourra fonctionner avant le mois de mai, car il faut faire le dépôt légal des statuts et attendre un mois après ce dépôt.

Nous demandons donc à ces confrères d'attendre jusqu'au mois de mai, car nous ne pourrions avant, leur faire réponse utile.

Des membres de la combinaison C nous demandent s'ils ne pourraient pas passer à la combinaison P nouvelle qui leur donnerait la retraite à 60 ans. Nous pensons pouvoir leur donner satisfaction à la condition qu'ils demandent ce passage avant le 1er juillet.

Nous ferons calculer par l'actuaire la cotisation supplémentaire qu'ils auraient à verser.

Nous conservons soigneusement les lettres qui nous parviennent, nous demandons seulement à ne pas répondre avant le mois de mai : cela nous dispensera de réponses oiseuses et évitera à la Caisse des dépenses inutiles.

Quand nous serons en mesure de fonctionner, nous répondrons.

Jusque-là les caisses anciennes fonctionnent dans les mêmes conditions que par le passé.

H. Mignon.

CORRESPONDANCE

Les charmes de la subvention et du fixe.

Le 9 février 1911.

Mon cher Confrère,

Vous m'excuserez si je n'ai pas répondu plus tôt à votre demande de renseignements, mais j'ai été fort occupé ces temps-ci ; nouvel arrivant, il faut toujours contenter sa clientèle embryonnaire. Je répare mon retard :

Quand j'étais à M., j'ai soigné, la première année surtout, quelques accidentés du travail ; lorsque j'ai envoyé mes notes, on m'a répondu que la commune ayant un abonnement avec moi pour soigner indistinctement tous les habitants, que ce soit médicalement ou chirurgicalement, je n'avais rien à réclamer ; je n'ai pas insisté, ayant toujours l'idée de fuir le bagne où je m'étais fourvoyé volontairement, il est vrai, mais en jeune praticien qui n'avait pas prévu ce que la situation serait.

J'ai assimilé le poste que j'avais à un bagne ; l'expression n'est pas trop forte pour la chose qu'elle désigne, car si je n'y ai pas enduré les douleurs physiques des condamnés, j'ai toutefois souffert et bien souffert, moralement. Je ne dirai jamais assez aux confrères et surtout aux jeunes qui seraient tentés par l'appât d'une subvention aux apparences rémunératrices : Méfiez-vous ! Casse-cou ! Vous ne savez pas où vous allez, vous ne vous doutez pas, vous qui avez choisi une position libérale, combien vous allez aliéner votre liberté ni de tous les déboires vers lesquels vous marchez. Faire de la médecine dans ces conditions-là, ce n'est pas en jouir. Toujours frappé de suspicion par des gens qui, pour la plupart, ne vous considèrent que comme de plats valets, supporter bien des humiliations et des froissements d'amour-propre, il vaut mieux, plutôt que tout cela, abandonner le poste. Si c'est cela le métier de médecin, il serait préférable de se faire garde-champêtre. Quand je me rappelle, parfois, le plus rarement il est vrai, les péripéties de mon séjour à M., je me demande si tout cela est bien vrai.

Au début, les dimanches matin, mon cabinet était le rendez-vous des ivrognes du pays. Bon enfant tout d'abord, j'écoutais leurs divagations, mais voyant que la chose avait tout l'air de devenir une habitude, j'ai été obligé d'y mettre bon ordre et de les mettre à la porte. Et les certificats ! Ce que j'en ai fait, c'est incroyable. Si je refusais, c'était des menaces, qui, il est vrai, ne m'épouvantaient pas beaucoup ; pourtant, pour avoir la pai x, je m'exécutais. Le tout marchait ainsi ; aussi quand j'ai eu trouvé un poste qui me plaisait, j'ai vite quitté ce triste pays dont je garderai indéfiniment un très mauvais souvenir.

Je suis très content ici, pour une première année, je ne croyais pas faire le chiffre d'affaires auquel j'arriverai, d'autant plus que depuis huit ans, il n'y avait plus de médecin ; je fais quelque peu de pharmacie. B. se trouve à 5 kilomètres ; je vais cette année y monter un cabinet, j'espère que si l'occasion s'en présente, vous penserez à moi.

Voudrez-vous avoir la bonté de faire mon changement d'adresse au *Concours* et au « Sou ». S'il y a quelque chose à acquitter, dites-le moi.

Vous m'excuserez de mon long babillage, mais vous qui vous occupez de tout cœur de la défense de notre profession, comprendrez que, l'occasion se présentant, c'est un soulagement pour moi de pouvoir crier aujourd'hui ce que j'ai souvent redit tout bas.

Cordialement et confraternellement à vous.

Dr C.

Les charmes de la médecine administrative.

Mon cher Confrère,

Je crois de mon devoir de vous communiquer une lettre que j'ai reçue de mon Préfet et la réponse que j'y fais. Je compte que vous jugerez le cas assez peu ordinaire pour lui donner toute la publicité possible dans le monde médical ; j'estime, en effet, qu'il y a là un point de vue spécial qu'il importe de régler.

Un indigent doit-il aller à l'hôpital ou crever dans son lit ? Si par hasard son médecin traitant possède quelques habitudes chirurgicales, doit-il opérer pour rien ou passer pour un criminel puisque, pouvant le faire, il s'en abstiendrait? Quelle différence y aura-t-il entre le médecin de l'A. M. G. non chirurgien et le médecin de l' A. M. G. chirurgien ?

Je ne veux pas allonger les prémisses par des explications intempestives. Voici la lettre du préfet :

Le Préfet
à M. le Dr H., à M.

Monsieur,

Je suis informé que vous avez réclamé des honoraires à la nommée Ch... L., de M. qui a dû subir une opération chirurgicale.

Or, d'après les renseignements qui m'ont été transmis, cette malade est inscrite sur la liste d'assistance de la commune sous le n° 36.

Vous êtes donc tenu de lui donner GRATUITEMENT vos soins sans autre rétribution que celle qui résulte de votre traitement fixe annuel qui est mandaté par mon administration.

J'ai, en conséquence, l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître les raisons pour lesquelles vous avez réclamé ces honoraires à l'indigente dont il s'agit, etc.

Au reçu de cette lettre, lue vraisemblablement déjà par le secrétaire de la mairie et sa famille, le garde-champêtre et tous les siens, le maire et sa conjointe, j'avoue que je demeurai perplexe.

Comment, voici une femme atteinte d'une affection grave, qui demandera des soins longs et assidus, qui m'incomberont d'ailleurs.

Elle refuse d'aller à l'hôpital, elle n'est d'ailleurs plus transportable. Il faut que je me baigne dans son pus, que j'infecte habits, linge opératoire, instruments (toutes choses que je ne dois pas à l'A. M. G.), que j'assure peut-être 20 pansements plus infectants les uns que les autres et je dois m'estimer heureux de l'aubaine : *j'ai* 80 *francs par an de l'administration.*

Sur ces 80 francs, il faudra que je paie au moins un louis à mon collègue qui viendra chloroformer, il faudra que je le retienne à dîner et que je le traite convenablement après pareille alerte. Pourquoi n'enverrais-je pas par-dessus le marché une gerbe de roses à M. le Préfet ?

Vous concevez, mon cher confrère, que le coup de fouet me fit bondir, et je répondis du tac au tac à M. le Préfet, la lettre qui suit :

Monsieur le Préfet,

Dans une lettre que j'ai reçue le 16 février, par l'intermédiaire de M. le garde-champêtre de M....., vous exprimez le désir de connaître les raisons pour lesquelles j'ai réclamé à une indigente des honoraires chirurgicaux.

Je m'empresse d'obtempérer, bien que la situation et les circonstances semblent vous avoir été mal dépeintes.

Le numéro trente-six de la liste d'assistance est une

valeureuse femme qu'un travail acharné et sans trève a terrassée il y a deux mois.

Trois de ses fils sont mariés. Le dernier, d'un état de santé des plus précaires, est continuellement malade au lit et demeure pour sa mère un perpétuel sujet de préoccupation et d'alarmes.

Le numéro trente six tomba donc très sérieusement atteinte, il y a 2 mois. Et l'observation complète de sa maladie n'ayant ici rien à faire, j'en arrive au jour où, ayant épuisé toutes les médications permises par le formulaire, je l'informai qu'il fallait partir pour l'hôpital et sans trop tarder.

Elle refusa d'abord, puis réfléchit deux jours et finit par me dire que ses fils ne voulaient pas qu'elle s'en aille. J'ajoutai, *in petto*, qu'il était d'ailleurs trop tard.

Un vaste phlegmon d'origine vraisemblablement pelvienne avait gagné la cuisse gauche et le creux poplité. Il était temps d'intervenir. Comment ?

Il n'existe pas de chirurgiens officiels, qui se transporteraient gratuitement pour infecter leur matériel si coûteux et leurs mains aussi précieuses, leurs blancs sarraux et leurs tabliers virginaux.

Je me livre bien, moi, à l'exercice d'une modeste et obscure chirurgie à bon marché, grâce à laquelle j'empêche quelquefois pour une centaine de francs un prolétaire infirme d'aller se faire achever en Belgique. *Mais ce n'est pas pour cela que j'ai été nommé médecin du Bureau d'assistance.*

Mon matériel doit rester absolument aseptique pour être renouvelé le plus rarement possible, pour assurer le succès de mes entreprises chirurgicales.

Ensuite, avais-je le droit, médecin pauvre et rebuté de tout ce qui est puissant, d'assumer avec la responsabilité de l'intervention, l'obligation à deux jours complets de repos par semaine ? Demandez, Monsieur le Préfet, à mes maîtres qui sont auprès de vous et vous entourent, demandez-leur si, après avoir opéré eux-mêmes un phlegmon, où sûrement des légions de gonocoques camperaient de voisinage avec des régiments d'autres coques, demandez-leur si, tout imprégnés du parfum qui s'en exhalerait, ils oseraient se présenter chez vous moins de 24 heures après et affronter vos narines. Je vous affirme, pour l'avoir vu en l'occurrence, que sorti du 3e pansement du n° 36, vers 10 heures du matin, bien désodorisé, après avoir fait 20 kilomètres en automobile découverte, je fus douloureusement surpris de mettre toute une famille en fuite, rien qu'en pénétrant chez elle au milieu de leur repas qu'il leur fut impossible de terminer ensuite.

Voilà des raisons ; voilà mes réflexions, Monsieur le Préfet, au moment où les 3 fils aînés du n° 36 vinrent me prier de vouloir bien opérer leur mère, s'offrant à payer ce que je voudrais bien demander.

Je fis un prix raisonnable, je convoque mon collègue, M. C...., de C...., pour la narcose et je curai tant bien que mal la cuisse de la pauvre femme.

Depuis j'ai fait gratuitement tous ces pansements infectants, et j'ai dû intervenir sur l'autre côté où un phlegmon semblable menaçait de se produire.

Croyez-vous après cela que les quelques écus que l'on m'a prié d'accepter aient été suffisants pour le blanchissage et l'étuvage de mon linge opératoire (car j'ai cette coquetterie), pour le nettoyage et la désinfection de mes instruments, pour les multiples inconvénients que m'a procurés l'odeur dont on s'imprègne les jours de pansements.

Non, n'est-ce pas, Monsieur le Préfet, et j'espère que vous voudrez profiter de cette occasion pour vous faire documenter sur mon compte d'une façon exacte : je ne fais jamais rien, au point de vue professionnel et social, dont un quelconque de mes confrères n'aurait le droit de s'énorgueillir et malgré toutes espèces d'avatars administratifs tous ceux qui m'ont approché, me redemandent. Voyez F.... ! Il y a 7 ans, j'étais proposé à l'unanimité avec augmentation.

La sagesse de votre administration a cru bon de passer outre et de nommer un médecin plus recommandé sinon un plus digne. Eh bien ! l'opinion publique n'a pas ratifié votre choix ; aussitôt qu'ils ont pu choisir, les indigents de F...., malgré mon éloignement de 500 mètres supérieur à celui de mon collègue, les indigents se sont reportés en masse sur mon nom.

C'est que je traite, moi, les indigents comme des riches, avec de bons médicaments, de douces paroles et non avec de la tisane et des bourrades.

Excusez-moi, Monsieur le Préfet, de retenir aussi longtemps votre précieuse attention, l'on n'a pas tous les jours un supérieur auquel la loi vous impose le respect, lors même qu'on le sait prévenu à votre encontre.

Néanmoins, je vous prie d'agréer, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma respectueuse considération.

Dr H.
à M....,

J'ai remis décachetée ma réponse au maire pour qu'au moins, il la lise et répète à son entourage ce qu'il y avait dedans. Il est toujours mauvais de laisser les gens sur un seul son de cloche.

Je ne sais pas si j'ai répondu suffisamment, mais j'ai toujours vidé momentanément ma bile.

Je me propose de réclamer à ce digne et puissant fonctionnaire les honoraires qui me sont dus pour certains accouchements d'urgence et dont le non-règlement ne lui a pas été signalé. Quel homme mal informé !

A votre tour, excusez-moi, mon cher confrère, de la longueur de ma communication et croyez moi bien votre obligé.

Dr H.

BIBLIOGRAPHIE

La médecine naturiste à travers les siècles. (*Histoire de la Physiothérapie*), par M. le Dr GRASSET. Librairie JULES ROUSSET, rue Casimir-Delavigne, 1 (VIe), Paris, 1910. Un volume grand in-8, de 400 pages. Prix. . . . . . . 8 fr.

Les amateurs d'histoire médicale et les praticiens trouveront leur bénéfice à la lecture intéressante de ce livre qui les mettra au courant de la médecine sans médicaments, avec les méthodes d'hydrothérapie, bains de mer, bains caloriques, eaux minérales naturelles, méthodes hygiéniques et physiques, etc., appliquées depuis des siècles et en nouvelle vogue de nos jours. C'est l'histoire complète de toutes ces méthodes, depuis l'antiquité la plus reculée, que le Dr Grasset met en relief en un ouvrage qui *n'a jamais eu d'analogue.* L'énoncé de la table des matières est assez suggestif en lui-même.

Ch. I. Le culte des éléments naturels. — Ch. II. La médication naturelle avant Hippocrate. — Ch. III. La médecine naturiste d'Hippocrate et ses successeurs. — Ch. IV. La médication naturelle chez les Romains avant notre ère. — Ch. V. L'âge d'or des thermes romains. — Ch. VI. La médecine naturelle aux premiers siècles de notre ère. — Ch. VII. Les stations balnéaires des Romains. — Ch. VIII. Les Barbares et les Arabes. — Ch.

IX. Le Moyen-Age. — Ch. X. La Renaissance au XVIe siècle. — Ch. XI. Le XVIIe siècle. — Ch. XII. La première moitié du XVIIIe siècle. — Ch. XIII. La fin du XVIIIe siècle. — Ch. XIV et dernier. Coup d'œil sur le XIXe siècle.

Conclusions. (Aérothérapie, Climatothérapie, Atmosphères artificielles, Thermothérapie sèche, Frigothérapie ou Cryothérapie, Hydrothérapie, Balnéothérapie, Eaux minérales, Kinésithérapie, Massage, Electrothérapie, Médecine morale et Psychothérapie, etc.)

Formulaire des médications nouvelles pour 1911, par le Dr H. Gillet (J.-B. Baillière et fils).

Conférences d'hygiène pratique et d'hygiène scolaire, par le Dr Roger Hyvert (Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Poliglota Vade Mecum de Internacia Farmacio (Vade-Mecum polyglotte de la Pharmacie internationale), par C. Rousseau, Président du Syndicat des pharmaciens de France (Hachette et Cie) : 7 fr.50.

NÉCROLOGIE

Le Dr POULIOT (de Poitiers).

Un des vétérans du syndicalisme médical français, le Dr Pouliot, de Poitiers, vient de mourir.

Après de sérieuses études médicales à Poitiers, puis à Paris, où il devint interne provisoire des hôpitaux, après avoir soutenu une brillante thèse de chirurgie abdominale qui lui valut le prix Duval de la Société de chirurgie, le Dr Pouliot vint se fixer à Poitiers, où il fut tour à tour médecin des hôpitaux, professeur à l'Ecole de médecine et à la Maternité. Mais avant tout, le Dr Pouliot fut un praticien qui, par la haute conception qu'il s'était faite de sa profession et la grande dignité de sa vie médicale, devait jouer un rôle important dans le corps médical français.

Syndicaliste convaincu et ardent, dès la période héroïque de nos associations professionnelles, il fut mis par ses confrères à la tête du Syndicat médical de son département, puis devint vice-président de la Société de secours mutuels des médecins de la Vienne.

Vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France, sa compétence particulière dans les questions mutualistes lui valut d'être élu le premier représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Le Dr Pouliot était un homme de scrupuleuse conscience. Le jour où il craignit par le fait de l'altération de sa santé de ne plus pouvoir remplir les fonctions qu'on lui avait confiées, il donna sa démission et, avec le même scrupule, il refusa la présidence de la Société de la Vienne.

Nous avons eu l'honneur de connaître, d'apprécier, d'estimer au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France cet excellent homme, modèle de franchise, de dignité, de courtoisie et de dévouement modeste ; il restera dans notre souvenir un des plus beaux types du médecin praticien français.

Aussi nous nous permettrons d'adresser à son fils, notre distingué confrère, le Dr L. Pouliot, de Paris, et à toute sa famille, l'expression bien sincère de notre profonde et douloureuse sympathie et les condoléances du *Concours médical*.

J. Noir.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Le XXIe **Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes** de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Amiens, du 1er au 6 août, sous la présidence de M. le Dr Deny, médecin de la Salpêtrière.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr R. Charon, à Amiens.

Le Salon médical. — Le 2e salon médical : *Salon des Asclépiades*, s'ouvrira du 28 mars au 9 avril inclus de 9 heures du matin à 6 heures du soir, à l'Institut Berlitz, 31, bd. des Italiens ; sont admises à ce salon toutes les œuvres artistiques de médecins, internes et étudiants en médecine, inédites ou ayant déjà été exposées (peinture, sculpture, pastel, gravure, art décoratif). De plus une section de ce salon sera exclusivement consacrée à une exposition de médailles et d'objets d'art ayant trait à la médecine (la Médecine dans l'Art). Un appel tout particulier est adressé à ce propos à nos confrères collectionneurs pour rehausser de leurs richesses cette curieuse exposition.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le Dr P. Rabier, 3, rue St-Louis-en-l'Isle, Paris.

Refugium medicorum. — Réduit à la plus noire misère, un vieux médecin vient de se donner volontairement la mort.

Ce suicide, déplorable à tous égards, comporte plusieurs enseignements.

Il démontre d'abord quel peu de fonds nous devons faire sur la fidélité et la reconnaissance de la clientèle *modern style* qui nous emploie. On a trimé, peiné pendant de longues années, en vivant péniblement sans pouvoir mettre un sou de côté. L'âge vient, l'activité s'amoindrit, de plus jeunes arrivent qui prennent votre place et vous condamnent au repos forcé, en vous enlevant votre gagne-pain.

Il est en outre un argument puissant en faveur de ceux qui veulent lutter contre la surproduction des médecins, et qui cherchent non pas à en limiter le nombre — ce qui est une utopie dangereuse — mais à le diminuer, — ce qui est parfaitement réalisable.

Il prouve encore que la prévoyance est et doit être le premier souci du médecin dépourvu de ressources personnelles et qu'il n'adhérera jamais trop tôt à toutes les œuvres professionnelles qui peuvent le garantir contre les mauvais plaideurs, contre la maladie et la vieillesse.

Il prouve enfin que ces œuvres, non plus que certaines fondations d'assistance, ne sont pas suffisamment connues et qu'il est indispensable de leur faire la plus large publicité.

La Maison du Médecin était toute désignée et

toute prête pour recevoir notre malheureux confrère.

Le prix de pension prévu par les statuts n'y est que question de principe, et l'indigence, la pénurie de ressources ne sont pas des motifs qui en ferment les portes aux ayants-droit.

La Maison du Médecin — *refugium-medicorum* — dispose en effet de bourses et de subventions qui permettent de suppléer en totalité ou en partie au dénûment le plus complet et le plus absolu.

Triste fin d'un médecin autrichien. — Il s'agit du docteur Richard Franz qui exerçait à Riedau. Ce malheureux confrère s'étant risqué a faire la déclaration (obligatoire) d'un cas de fièvre typhoïde survenu dans sa localité, avis du fait avait été donné à l'autorité militaire, après que l'exactitude du diagnostic clinique eut été corroborée par un examen bactériologique. En conséquence, la commune de Riedau fut privée d'un stationnement de troupes qui avait été projeté. Lésés dans leurs intérêts matériels, les paysans de Riedau s'en prirent à leur médecin, qui eut à endurer toutes les misères imaginables : boycottage, insultes sur la voie publique, attaques dans sa propre maison, etc. Il dut à la protection des gendarmes de n'être point assassiné, mais il mourut de mort subite, à l'âge de trente-et-un ans, d'une attaque de paralysie cardiaque. Jolies mœurs ! (*Revue internationale de clinique et de thérapeutique.*)

— Falsification des eaux minérales. — Un pharmacien vient d'être poursuivi pour avoir « minéralisé » de l'eau de Seine par l'addition d'un peu de bicarbonate de soude, afin d'en faire de l'eau de Vichy artificielle.

Le brave homme n'a été condamné qu'à 300 francs d'amende. Et il avait vendu, en deux ans, 8.000 bouteilles de ce pseudo-Vichy ! C'est pour rien.

Voici sa défense :

« Je ne pensais pas mal faire, dit-il. Je croyais que ma profession de pharmacien m'autorisait à minéraliser de l'eau de Seine avec du bicarbonate de soude. Et vous n'ignorez certainement pas que le seul principe actif des eaux de Vichy par exemple, est le bicarbonate de soude ».

Le retour au pain bis. — La majorité des hygiénistes était d'accord pour considérer que les pains de luxe ne contenaient pas les substances alimentaires contenues dans les pains de seconde qualité appelés pains bis, pains de ménage ou de campagne.

Les médecins anglais demandent à leur clientèle de se nourrir de ces pains et réclament une loi rendant obligatoire que tout pain vendu sous ce seul nom soit fait de farine de blé non mélangée et contenant au moins 80 % de la farine complète renfermant les germes et semoules. Le roi et la reine ont fait savoir que le pain « complet » était servi sur leur table. Un grand mouvement en faveur du pain bis se généralise en Angleterre.

—Morphine, mort fine, maufiner. — Comme suite à un précédent reportage, notre confrère Poullain, de Ouistreham, nous donne une leçon de linguistique dont nous tenons à le remercier, en nous apprenant que « mauphiner » qui doit s'écrire « maufiner » n'est pas une expression de terroir, mais bel et bien un verbe français de très légitime naissance, ayant tous ses certificats d'origine, puisqu'il vient, à n'en pas douter, du latin : *mal (am) fin (em) ha (b) er (e)*, avoir une mauvaise fin. Nous donnons très volontiers acte au Dr Poullain de son intéressante démonstration.

— Médecins des asiles d'aliénés. — *Arrêté ministériel du 24 février* 1911. — Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le le lundi 1er mai 1911, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à cinq.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'intérieur une demande, accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) du 15 mars au 1er avril 1911 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

— La taxe des automobiles. — Voici un arrêt du Conseil d'Etat qui intéresse fortement nos confrères possesseurs d'automobiles que nous empruntons à la *Gazette des hôpitaux* :

Les voitures sont toujours vendues avec une double désignation de puissance : 14-20 HP par exemple. Or l'impôt calculé sur le nombre de chevaux doit-il se baser sur la puissance maxima annoncée ? Le fisc le pensait ainsi et percevait la taxe la plus élevée. Le Conseil d'Etat en a décidé autrement :

« Considérant que, par l'arrêt attaqué, le conseil de préfecture, après avoir reconnu que la voiture automobile vendue au sieur Zens comme voiture de 14-20 HP aurait dû être imposée d'après la force réelle de 14 HP, et non d'après la force nominale de 20 HP, a décidé, etc. ;

Considérant que, pour demander l'annulation dudit arrêté, le ministre des finances se fonde sur les dispositions de la loi du 13 juillet 1900, qui a assujetti les voitures automobiles à une taxe de 5 francs par cheval-vapeur, et soutient que les voitures-automobiles doivent être imposées d'après le nombre de chevaux-vapeur indiqué par les constructeurs comme exprimant la force *maximum* du moteur ;

Mais considérant que cette force *maximum* correspond à la force que le moteur peut donner au banc d'essai, et que le ministre des finances n'établit pas que la force réelle de la voiture appartenant au sieur Zens soit de 20 chevaux-vapeur ; que, par suite, il n'est pas fondé à demander le rétablissement de la taxe primitivement imposée à ce contribuable sur le rôle de la Ville de Paris ;

Rejette .... »

Ainsi donc, les médecins propriétaires d'automobiles peuvent demander la détaxe. Ils pourront le faire d'ici quelque temps lors de la publication des rôles. Ils adresseront pour cela une requête au Conseil de préfecture, par l'intermédiaire du préfet ou sous-préfet, dans le délai de trois mois à dater de la publication du rôle, selon les prescriptions des articles 23 et suivants de la loi du 21 avril 1832.

R.-M. PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-Gerant Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
8, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 12 Dimanche 19 MARS 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La lutte contre la tuberculose et l'hygiène urbaine.

La collaboration efficace des médecins praticiens et de l'Administration.

La mortalité tuberculeuse est en décroissance à Paris. Le fait est indiscutable.

En 1907, cette mortalité avait atteint le maximum avec 10.262 décès. En 1908, elle s'était maintenue exactement au même chiffre. En 1909, elle est de 9.714 décès, soit 548 de moins que les années précédentes, et ce résultat paraît d'autant plus encourageant que la population parisienne a dû notablement s'accroître depuis le dernier recensement.

Ces constatations ont été faites au Bureau du Casier sanitaire de la ville de Paris par son distingué directeur, M. P. Juillerat, à qui revient indiscutablement en grande partie l'honneur de ce succès.

Tous les médecins doivent en effet se rappeler les diverses phases de la campagne antituberculeuse. Les plans les plus extraordinaires furent dressés par des hygiénistes (nous allions dire des généraux) en chambre. On préconisait comme réduits les sanatoriums populaires et les dispensaires antituberculeux comme ouvrages avancés. Et malgré cela, la mortalité par tuberculose s'élevait toujours.

On recommandait de ne pas cracher à terre, tout en défendant de cracher dans son mouchoir. Comme le crachoir de poche n'avait aucun succès, et que chaque médecin conseillait vivement à ses clients poitrinaires de ne pas avaler leurs crachats, la recommandation de ne pas cracher à terre restait lettre morte, et ce moyen de prophylaxie antituberculeuse bornait ses effets à donner un thème nouveau de plaisanteries faciles aux revuistes de fin d'année. On vantait la cure d'air, au point d'établir des galeries de cure en plein Paris, dans le XIIIe arrondissement, au milieu des cheminées d'usines et au voisinage immédiat

des écuries d'un entrepreneur de transport. On prêchait la suralimentation par la viande de cheval, et l'on empoisonnait ainsi une foule de pauvres diables qui se croyaient tenus d'avaler chaque jour, par tranches crues, les reliefs de nos rosses parisiennes, infiniment plus dures que la légendaire vache enragée. Et malgré tout cela, la mortalité par la tuberculose s'élevait toujours.

Il y avait cependant des hommes de bon sens et de sens pratique, qui se rendaient compte que, pour combattre *socialement* la maladie, il fallait s'attaquer à ses causes *sociales*. Or, à Paris, ces causes sociales ont toujours été la misère et l'insalubrité de l'habitation. Grancher, s'appropriant l'idée de Pasteur, que, pour protéger une race, il fallait avant tout en sauvegarder la graine, préconisait le placement à la campagne des enfants sains des tuberculeux, luttant ainsi dans la mesure, hélas ! trop restreinte, du possible contre la misère, et d'autre part, en créant le casier sanitaire, l'Administration parisienne se préoccupait de l'étude de l'insalubrité de l'habitat.

M. P. Juillerat, fut chargé de dresser le casier sanitaire, il sut se renseigner et aussi sut voir. Il fit appel à la collaboration des médecins praticiens pour l'instruire sur les conditions d'habitat des tuberculeux parisiens. Les dispensaires anti-tuberculeux, destinés d'abord à être des instruments de cure, puis des écoles d'hygiène, devinrent surtout de ce fait des bureaux de renseignements pour le casier sanitaire ; les médecins de l'Assistance à domicile devinrent, eux aussi, de précieux et discrets enquêteurs. Muni d'une documentation exacte, minutieuse et étendue, M. P. Juillerat put établir que le développement à Paris de la tuberculose tenait à un nombre trop considérable de taudis mal aérés et surtout mal éclairés, abritant une population trop nombreuse et trop misérable ; il conclut en émettant cet aphorisme qui, d'ailleurs, s'accorde parfaitement avec les données de la bactériologie :

La tuberculose est avant tout la maladie de l'obscurité.

M. P. Juillerat signala, d'après les renseignements du casier sanitaire, un certain nombre de quartiers parisiens, véritables *foyers tuberculeux*, où la mortalité tuberculeuse est de 8 décès pour 1.000 habitants, quand la moyenne de ce genre de mortalité pour tout Paris ne dépasse guère 5 décès par 1.000 habitants. Certaines maisons maudites, certains groupes d'hôtels meublés que nous connaissons bien personnellement dans le Ve arrondissement, ont eu jusqu'à 21,95 décès tuberculeux pour 1.000 habitants.

Nous-même avons fait l'étude méthodique d'un de ces foyers de tuberculose, et avons pu vérifier minutieusement dans notre circonscription de médecin de l'Assistance à domicile la scrupuleuse exactitude des constatations de M. Juillerat. Dans un travail (1) où nous avons résumé les résultats de dix ans d'observations journalières, après avoir constaté, par l'étude d'un quartier misérable, rue par rue et maison par maison, l'influence de l'obscurité sur le développement de la tuberculose, nous avons conclu en 1905 par le vœu suivant :

« Que la municipalité parisienne prenne à cœur de poursuivre méthodiquement l'extinction de ces foyers, qu'elle remplace ces maisons maudites par des logements ouvriers sains, abondamment pourvus d'air et surtout de lumière, qu'elle facilite les communications rapides et à bon marché pour permettre aux travailleurs d'aller habiter loin du centre de la ville, sans perdre trop de temps ni d'argent pour se rendre au siège de leur travail et la mortalité tuberculeuse diminuera au fur et à mesure de l'exécution de ce programme ».

Ce programme était celui de tous les médecins praticiens de Paris, qui pénétraient chaque jour dans les masures encombrées de tuberculeux ; ce fut le programme de M. Juillerat, celui que, dans des mesures excessivement restreintes, l'Administration entreprit d'exécuter. Les résultats ne se firent pas attendre : en 1908, la mortalité tuberculeuse, jusqu'alors régulièrement croissante, demeurait stationnaire ; en 1909, elle diminuait de 548 cas. C'est que, depuis 1905, le Métropolitain et de nouveaux moyens de transport avaient permis à une foule de malheureux de chercher dans les quartiers excentriques ou dans la banlieue de Paris des logements plus aérés et surtout plus ensoleillés ; c'est que, grâce à la patiente énergie de M. P. Juillerat, un certain nombre de *maisons maudites* avaient disparu.

Les protagonistes de la grande campagne antituberculeuse, ceux qui dressaient sur le papier, dans leur cabinet, des plans de lutte et de mobilisation symbolique dont la presse médicale et la presse politique reproduisaient complaisamment les fac-simile, ne manqueront pas de revendiquer leur part dans ce résultat faible, mais appréciable et de bon augure. Malheureusement pour eux, le *rapport à M. le préfet de la Seine sur les recherches effectuées au*

(1) J. Noir. — La tuberculose pulmonaire chez les indigents et les nécessiteux dans un coin du Vieux Paris (le quartier Saint-Séverin). (Communication au *Congrès int. de la tuberculose* de Paris, IVe sect., publiée dans le *Progrès médical* du 30 sept. 1905.)

Bureau du casier sanitaire pendant l'année 1909 *relatives à la répartition de la tuberculose et du cancer dans les maisons de Paris* donne des renseignements précis. La mortalité tuberculeuse a surtout diminué aux points où se sont pratiqués les travaux d'assainissement de l'habitation. Dans deux îlots de maisons relatés au casier sanitaire comme des foyers de tuberculose et où aucun travail d'assainissement n'a pu être fait, la mortalité tuberculeuse, au lieu d'être en décroissance, a subi au contraire une notable augmentation, passant, pour l'un, de 12,47 décès par 1.000 habitants à 14,20, et pour l'autre de 6,45 à 8,19. Seul l'assainissement de l'habitation a donc apporté une amélioration dans la situation. Ces constatations nous paraissent suffisamment démonstratives.

Qu'en conclure ? C'est qu'en hygiène publique la collaboration des médecins praticiens et de l'Administration est indispensable, et que cette collaboration qui, à Paris, s'est effectuée librement et sans contrainte, a donné d'indiscutables résultats.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin : M. le professeur Quénu.

Luxations récidivantes.

Je viens de voir avec vous, à l'instant, un malade que nous avons examiné au point de vue de l'état fonctionnel de son épaule. C'est le cas de ce malade que je désire prendre pour sujet de ma leçon d'aujourd'hui.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, exerçant la profession de charretier. Il est entré une première fois dans le service il y a un an, et il est revenu une seconde fois, il y a un mois. L'année dernière, cet homme fut atteint d'une luxation de l'épaule sous-coracoïdienne. C'était la douzième luxation qu'il présentait, la première datant de l'année 1892. Actuellement, nous venons de traiter sa quatorzième luxation.

Comment se sont produites ces luxations ? La première survint à l'occasion d'une chute sur l'épaule. D'autres se produisirent à la suite de mouvements brusques : une fois, quand il chargeait un fardeau sur sa voiture ; une autre fois au moment où il jouait avec ses enfants. La première fut réduite à la Pitié, les autres furent réduites assez facilement, mais pas toujours cependant. A deux reprises, on dut lui donner du chloroforme. La luxation de 1909 présenta des particularités remarquables. L'interne avait essayé, sans succès, la réduction à la consultation. Puis, on donna du chloroforme qui ne réussit pas ; le malade, du reste, alcoolique, prenait mal l'anesthésique. J'eus recours, ensuite, aux injections de cocaïne, sans résultat. Je ne voulus pas pousser les choses plus loin et je me décidai à pratiquer une opération sanglante pour réduire et empêcher la reproduction de la lésion. Il se passa alors une chose curieuse. Un jour, vers 4 heures de l'après-midi, le patient fit un mouvement, cessa de souffrir et cette luxation, qui avait résisté aux moyens de douceur et à l'anesthésie, se réduisit d'elle-même Le malade sortit de l'hôpital, ne voulant plus être opéré. Il revint, il y a un mois, à propos de sa 14e luxation, décidé cette fois à l'opération.

Je l'ai opéré le 14 avril. J'avais l'intention de faire une capsulorrhaphie. Les opérations pour luxations récidivantes ne sont pas jusqu'à ce jour nombreuses. Ceux qui ont publié des mémoires sur ce sujet n'ont réuni que 40 à 50 observations. Je m'attendais à trouver ce que l'on a nommé la boursouflure de la capsule, que je me proposais de diminuer comme on diminue un vêtement un peu ample. Je ne rencontrai aucune espèce de boursouflure. Il n'y avait pas là la poche plissable que l'on a signalée, et il était impossible de pratiquer une plicature, une capsulorrhaphie. Je réséquai la moitié de la tête humérale et vis que la cavité glénoïde offrait des altérations au niveau de son bord antérieur. Je notai l'absence de bourrelet glénoïdien, sans dénudation osseuse cependant, puisqu'il y avait, au-dessus, du tissu fibreux. En avant du bord antérieur, j'aperçus un trou, une poche qui constituait l'habitation de la tête humérale. La capsule, en un mot, au lieu de s'insérer sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, était désinsérée. Je constatai encore une lésion intéressante, un petit corps étranger du volume d'un haricot, pédiculé et rattaché à la capsule.

Voilà un malade chez lequel, en résumé, j'ai pratiqué une résection partielle de la tête humérale et fermé la porte par laquelle sortait cette tête. Je ne veux pas juger aujourd'hui mon opération dont les résultats ne sont pas assez définitifs. Je désire simplement profiter de ce cas pour vous parler des luxations récidivantes.

On désigne sous ce nom des luxations qui ont tendance à se reproduire. On les appelle encore luxations habituelles. Connues depuis longtemps, leur histoire n'est pas cependant ancienne. Les premières observations véritablement intéressantes et complètes datent, en effet, de 1880. Cela se

comprend. Les occasions de pratiquer des autopsies de luxations récidivantes sont rares, et de fait, il n'en existe pas de pièce au Musée Dupuytren. Les constatations anatomiques ne pouvaient être faites que par les procédés opératoires — l'opération étant une sorte d'autopsie localisée — ou par les nouvelles méthodes d'exploration, comme la radiographie. La radiographie, de même que les opérations de ce genre, sont d'origine récente. La première intervention opératoire date de 1883, par conséquent de 27 ans seulement.

Comment ces luxations se produisent-elles ? La première survient comme toutes les luxations en général. Les suivantes se font dans des conditions différentes, à propos de mouvements divers. M. Berger rapporte le cas d'un homme du monde qui se luxait l'épaule en mettant les manches de son habit,en épaulant son fusil. Il existe une observation concernant un étudiant qui se fit une luxation de l'épaule, étant au bain, au moment où il changeait de position et cherchait à se mettre de la position dorsale à la position ventrale, pour nager. Dans d'autres observations, un malade se luxa l'épaule en prenant un bocal, un autre en chargeant un fardeau, un autre (un charretier) en faisant claquer son fouet, un autre en lançant une boulette à un chien, un autre en attrapant une balle, etc.

La fréquence des luxations, chez chaque malade, est variable. Notre opéré en était à sa quatorzième luxation. C'est loin d'être le chiffre le plus élevé. J'ai le souvenir d'un homme à qui j'avais réduit 4 fois une luxation de l'épaule et qui revenait à l'hôpital pour la quarantième fois. Le Fort cite l'exemple d'un homme dont les luxations récidivantes se reproduisaient quelquefois presque quotidiennement et même plusieurs fois dans la journée. Vous comprenez quelle infirmité cela constitue chez des gens ainsi mis bien des fois dans l'impossibilité de gagner leur vie. Ils préféreraient souvent une ankylose.

Les luxations récidivantes présentent-elles des particularités au point de vue de la réduction ? Comment se réduisent-elles ? D'une façon irrégulière. J'ai cité tout au long l'observation de notre malade. Chez lui, à sa douzième luxation, alors que ni les moyens de douceur, ni l'anesthésie générale, ni l'anesthésie locale, n'avaient permis la réduction, celle-ci se fit spontanément à un moment donné. Il y a des observations qui se rapprochent de la nôtre. Certains malades réduisent leur luxation assez facilement. Ils connaissent les manœuvres employées par les chirurgiens qu'ils ont consultés.Ils se font tirer sur le bras et même se tirent eux-mêmes. L'homme du monde cité par Berger se suspendait et arrivait à réduire sa luxation ainsi. Ces tentatives ne réussissent pas toujours. Le malade de Berger essaya en vain un jour de corriger sa luxation par les moyens qui lui avaient donné jusque-là un résultat satisfaisant. M. Berger pratiqua, à son tour, le Kocher sans résultat et il dut s'adresser au chloroforme.

Pourquoi ces difficultés et pourquoi ces luxations qui se réduisent seules ? Pourquoi ces résistances à côté de ces facilités ? Voilà une question qui n'est pas encore claire et je suis moi-même assez embarrassé pour y répondre. Dans la luxation ordinaire, le procédé de Kocher et l'anesthésie générale suffisent toujours. Là, au contraire, il n'en est plus ainsi, ce qui montre que la contracture musculaire n'est pas,dans ce cas, le seul obstacle à la réduction.

Je vais passer à une autre question. Pourquoi ces luxations sont-elles récidivantes ? Une luxation de l'épaule se produit par un mouvement venant rompre la capsule en certains endroits moins résistants. L'emboîtement de la tête humérale dans la cavité glénoïde est d'ailleurs mauvais, la glène étant peu creusée. La capsule articulaire offre des renforcements décrits par Farabeuf, au nombre de trois en avant, le plus faible correspondant à l'échancrure du bord antérieur de la glène. C'est là où se fait la déchirure et la luxation en avant. Farabeuf a très bien montré que toutes les luxations en avant se produisaient au même endroit.

Dans les luxations récidivantes, quelles sont les constatations qui ont été faites ? Trois méthodes ont permis ces constatations : l'autopsie (rare), les opérations, la radiographie. Dans les opérations, les résections seules fournissent quelques données. Sans elles,il est impossible de constater quoi que ce soit. Je ne veux pas dire que la résection soit une opération avantageuse, mais je considère qu'elle seule permet de voir quelque chose. Voici ce qui a été constaté : la laxité de la capsule articulaire d'abord, laxité que je n'ai pas notée chez notre malade. On a trouvé que la capacité de la cavité articulaire, qui normalement est de 28 centim. cubes de mercure, pouvait aller jusqu'à 90 cent. cubes. Une deuxième lésion intéressante, c'est la déchirure de la capsule sur le rebord glénoïdien. On a vu aussi des lésionsde la tête humérale, l'arrachement des muscles de la grosse tubérosité, etc.

Nous allons revenir sur la désinsertion de la capsule. Broca et Hartmann ont présenté une pièce où il y avait décollement du fibro-cartilage : il existait en avant une cavité. Ils ont interprété ce cas comme un décollement sous-capsulo-périostique. Chez notre malade, il n'en était pas de même. Il n'y avait pas de dénudation de l'os, le bord de la glène restant tapissé par du périoste. Il y avait eu déchirure, désinsertion de la capsule au bord antérieur de la glène. Désinsertion ou décollement sont deux choses différentes.

J'ai cherché à savoir quelle pouvait être la fré-

quence respective de l'une et l'autre lésion. Dans une observation de Picqué, le bourrelet était disparu en bas et en dedans. Dans un cas de Mauclaire, la capsule était déchirée en bas et en avant. Dans un cas de Fiessinger, on ne trouvait pas de déchirure, mais une séparation de la capsule du rebord glénoïdien. Vous voyez, en somme, que l'on constate plutôt une désinsertion qu'un arrachement du fibro-cartilage.

Quelles altérations a-t-on rencontrées sur le bord antérieur de la cavité glénoïde ? Broca et Hartmann l'ont trouvé un peu émoussé. On a vu l'os arraché, le cartilage déchiré sur ce rebord Ces lésions du rebord glénoïdien ont été constatées à l'autopsie, par des résections et par des radiographies.

On a observé, en outre, par les mêmes méthodes, des désinsertions des muscles sus et sous-épineux, des arrachements des grosses tubérosités où s'insèrent ces muscles. Enfin, on a vu des altérations de la tête humérale dont le segment postérieur a présenté des pertes de substances comparées à des quartiers d'orange.

Telles sont les lésions rencontrées dans les cas de luxations récidivantes.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

La Saphénectomie totale dans le traitement des Varices superficielles.

M. le Dr Magnien, de Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire), a étudié dans sa thèse les résultats du traitement des varices superficielles par la saphénectomie totale.

« C'est, dit-il, le traitement de choix des varices essentielles.

Les résultats éloignés de la résection totale des saphènes pour varices essentielles, sans complications, ne montrent aucun insuccès.

On peut réaliser pratiquement la cure radicale des varices superficielles comme on réalise la cure radicale d'une hernie. Un variqueux doit être opéré comme un hernieux. C'est surtout aux sujets jeunes, non tarés, auxquels leur profession ne permet ni un repos, ni des soins suffisants, qu'il faut tâcher d'imposer l'opération ; car chez ces malades, on peut compter sur une guérison complète. Il va sans dire que les jeunes variqueux aisés ou riches auront aussi tout intérêt à subir la saphénectomie, qui leur procurera une guérison certaine.

Cette méthode de traitement peut être appliquée également aux complications des varices, avec quelques restrictions.

a) La phlébite variqueuse circonscrite aux paquets variqueux superficiels est également justiciable de la saphénectomie.

La phlébite variqueuse diffuse, profonde, intéressant tout le membre inférieur, non plus que la forme éléphantiasique, ne peuvent bénéficier de cette intervention.

b) L'ulcère variqueux ne doit être une contre-indication à la saphénectomie, que s'il est ancien, très étendu et entouré de tissus à mauvaise vitalité.

c) L'eczéma variqueux est une complication bénigne des varices superficielles et ne doit pas être tenu comme une contre-indication de la saphénectomie.

d) La cyanose variqueuse peut être une contre-indication, surtout s'il y a coexistence d'un ulcère.

La saphénectomie devra être refusée aux malades âgés ou tarés au même titre que toute autre intervention chirurgicale.

Les règles principales de la technique opératoire sont :

Asepsie rigoureuse.

Opérer de haut en bas ; incision fémorale et incision jambière (pour la saphène interne).

Ligature de la crosse de la saphène.

Excision du vaisseau et des paquets variqueux, tous les affluents étant réséqués et liés aussi loin que possible.

Recherche minutieuse et ligature des perforantes.

Hémostase soignée sur tout le trajet des incisions.

Les Injections d'eau de mer isotonique dans l'Eczéma.

Nos ressources thérapeutiques sont fort limitées contre certaines formes invétérées d'eczéma. Déjà, l'an dernier, nous avons signalé les recherches et les succès de MM. Variot et R. Quinton.

M. Jeanselme vient de publier, avec M. Camille Lian, les études qu'il a poursuivies sur les injections de sérum marin isotonique dans l'eczéma chronique.

Les résultats obtenus chez l'adulte ont été meilleurs que chez le nourrisson.

« D'une façon générale, les effets immédiats de l'injection d'eau de mer sont presque toujours analogues chez les sujets atteints d'eczéma ; pendant la nuit qui suit l'injection, le malade dort ; le jour même et le lendemain, les démangeaisons sont atténuées, puis l'insomnie et les démangeaisons réapparaissent peu à peu jusqu'à la nouvelle injection.

« D'autre part, en ce qui concerne les lésions eczémateuses, elles sont bien loin de présenter des variations parallèles aux modifications des troubles fonctionnels. Chez tous les malades, la cessation d'insomnie et l'atténuation des démangeaisons ont précédé de longtemps l'amélioration des lésions.

« Le sérum artificiel ne peut avoir la prétention de produire les mêmes effets que l'eau de mer. C'est ce qui résulte également d'une autre observation

deux injections de 150 cc. de sérum artificiel ne procurent aucun soulagement, mais les jours suivants, deux injections de 150 cc. d'eau de mer amènent une amélioration notable.

« *En somme, les injections d'eau de mer constituent, chez les eczémateux, une bonne médication à la fois hypnotique et antiprurigineuse.* Elles réussissent souvent là où les autres méthodes ont échoué. Il n'est pas indifférent de savoir que, chez un malade torturé par les démangeaisons et l'insomnie malgré les médications courantes, on peut obtenir, souvent d'emblée, une sédation manifeste, grâce à une injection de 150 cc. d'une dilution isotonique d'eau de mer. »

Devra-t-on, en présence d'un eczéma, recourir d'emblée à la méthode des injections d'eau de mer ? Nous ne le croyons pas, répondent les auteurs.

« En effet, les injections doivent être faites par le médecin lui-même ; elles peuvent être l'occasion d'une faute d'asepsie et entraîner la production d'un abcès (nous n'en avons jamais observé) : elles sont quelquefois douloureuses ; elles pourraient entraîner chez certains malades, des tuberculeux par exemple, une ascension thermique ; enfin elles sont coûteuses. *Mais si la guérison se fait attendre, en particulier si les troubles fonctionnels restent très marqués, on saura qu'on peut trouver dans les injections d eau de mer une bonne médication symptomatique pour lutter contre l'insomnie et les démangeaisons* ».

Le Liquide céphalo-rachidien dans la Paralysie générale.

MM. Roubinovitch et Paillard viennent de publier dans la *Gaz. des Hôp.* leurs recherches sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux.

Voici, en quelques lignes, leurs conclusions :

« 1° La pression du liquide céphalo-rachidien, normale en temps ordinaire (10 à 15 centimètres), augmente au moment des périodes de crises convulsives (20 à 35 centimètres), diminue considérablement dans la période de marasme (au-dessous de 10 et même de 5 centimètres).

2° La quantité d'albumine est notablement augmentée et atteint ordinairement un gramme par litre.

3° La lymphocytose est constante et souvent précède les symptômes cliniques : lors des accès aigus, on observe une polynucléose partielle.

4° Le liquide céphalo-rachidien est stérile ; il contient parfois des microbes d'infection secondaire dans le cas de méningite consécutive à une escarre.

5° La réaction de Wassermann est positive. »

Le Pyramidon dans la Fièvre typhoïde

Depuis 1907, l'emploi du pyramidon est préconisé dans le traitement de la fièvre typhoïde. De nombreux auteurs ont expérimenté ce médicament et en ont proclamé la réelle efficacité.

Récemment, M. Maurice Genty a donné dans la *Rev. Internat de Médecine et de Chirurgie* une analyse du travail de M. Jacob (*Munch. med. Woch.*) sur la manière d'administrer le pyramidon chez les typhiques.

« Lorsque la température dépasse 39°, que le malade souffre de céphalée avec troubles nerveux, somnolence, délire, agitation, on prescrit, suivant les indications fournies par le pouls et la température, 0 gr. 10 à 0 gr. 15 de pyramidon toutes les deux heures. On doit veiller à ne pas dépasser la dose de 1 gr. dans les 24 heures.

« Le médicament est administré par la bouche en potion :

Pyramidon..........	2 gr.
Sirop simple.........	20 gr.
Eau distillée. Q.S.p.	200 gr.

« Le sirop est nécessaire pour corriger le goût amer du médicament. Généralement, l'effet exercé par le pyramidon est tel que rapidement la fièvre diminue et la maladie évolue simplement et bénignement ; mais pour cela il est nécessaire que le pyramidon soit continué assez longtemps.

« Il est nécessaire de donner le pyramidon à doses fractionnées fréquemment répétées. Ce qu'on cherche, en effet, ce n'est pas à obtenir de longues et fortes rémissions, mais une neutralisation régulière de l'action toxique de l'infection.

« Lorsque la température arrive aux environs de la normale, on peut essayer de laisser le malade pendant un jour sans pyramidon ; si la fièvre revient, on redonne encore quelques doses pendant un ou plusieurs jours. On peut ensuite abandonner le pyramidon, même si la température n'est pas redevenue tout à fait normale. Tous les auteurs affirment n'avoir jamais eu le moindre ennui en employant cette thérapeutique.

« Les hémorragies ne sont pas une contre-indication à l'emploi du pyramidon qui apporte le calme physique et cérébral que l'on ne peut demander à la balnéation. Ce n'est que lorsque l'hémorragie est suivie d'une chute considérable de la fièvre et du pouls qu'on doit cesser le médicament.

« La statistique de l'auteur porte sur trois années ; la mortalité n'a été que de 10 %, alors que dans la même période de temps, la mortalité des typhoïdiques traités par les bains froids a été de 14 % ».

La position élevée des jambes dans le traitement des ulcères variqueux.

Le *Bull. médical* conseille, d'après M. le Dr *H. Pool* (dans le *Medical Record*), d'appliquer la méthode suivante au traitement des ulcères variqueux :

« Au moment où on renouvelle le pansement, trois fois par semaine, le malade est étendu sur le dos, sur la table à pansement, les deux membres inférieurs étant pliés et relevés contre le mur, de façon à former un angle droit avec le

tronc. Le patient demeure dans cette position pendant environ un quart d'heure. On procède pendant ce temps à un léger massage pour aider au retour du sang veineux dans la circulation centrale. Enfin, avant d'abaisser les jambes, celles-ci sont pansées comme il le convient.

« On recommande au sujet de reprendre cette position trois fois par jour, pendant un quart d'heure chaque fois.

« De cette façon, la guérison de l'ulcère variqueux se ferait bien plus rapidement que lorsqu'on se borne à appliquer des topiques sur la plaie et à condamner le malade au repos horizontal. »

Les Injections sous-cutanées d'Oxygène dans les Asphyxies.

M. le Dr Ramond préconise les injections sous-cutanées d'oxygène contre les asphyxies des bronchiteux capillaires, des asthmatiques et des emphysémateux, des cardiaques, des urémiques, des intoxiqués par l'acide carbonique, par l'oxyde de carbone et par les gaz des puits ou des fosses d'aisance. C'est pour lui un moyen bien plus efficace que les inhalations qui sont le plus souvent impraticables.

La technique de l'injection sous-cutanée d'oxygène, d'après la *Presse Médicale* et d'après le journal de Lucas-Championnière, est la suivante :

« On désinfecte rapidement la peau de la cuisse ou de la région abdominale antérieure avec une couche de teinture d'iode, puis on enfonce dans le tissu cellulaire sous-cutané — et non dans le derme — une aiguille de Pravaz flambée. A ce moment, pour se rendre bien compte que la pointe de l'aiguille ne plonge pas dans une veine, ce qui provoquerait une embolie gazeuse, M. Ramond a l'habitude d'injecter par l'aiguille quelques centimètres cubes de sérum artificiel ; s'il se forme une boule d'œdème, on peut être sûr que l'aiguille plonge bien dans le seul tissu cellulaire sous-cutané. Il est encore plus simple d'ajuster à l'aiguille une seringue de Pravaz dont le piston fonctionne bien, et d'aspirer : si le corps de la seringue ne se remplit pas de sang, on peut pratiquer l'injection d'oxygène sans aucune crainte. Puis on met un peu d'ouate dans le chaton de l'aiguille afin de filtrer l'oxygène et d'arrêter les quelques poussières qu'il pourrait contenir, et on ajuste le tube du ballon d'oxygène sur l'aiguille de Pravaz, d'une façon bien étanche, soit en serrant le tube sur le chaton avec un fil, soit en interposant un petit tube de caoutchouc qui engaine exactement la tête de l'aiguille. On injecte alors *doucement* un litre et demi d'oxygène sous la peau ; il se forme une boule gazeuse assez volumineuse, qui ne tarde pas à se résorber complètement, en quelques heures, sans donner lieu à la production d'un emphysème sous-cutané persistant.

« L'injection peut se répéter plusieurs fois par jour sans aucun inconvénient ; le malade la réclame le plus souvent, tellement il en éprouve lui-même les bienfaits. On voit d'ailleurs la cyanose disparaître, la respiration devenir plus ample et l'état général s'améliorer ; parfois même, on obtient une guérison dans les cas en apparence les plus désespérés.

« M. Ramond a pratiqué deux fois l'injection intra-rectale, mais ses effets sont plus longs à se produire. Peut-être y aurait-il avantage à combiner les deux méthodes. »

Le Baume du Pérou en pansement.

M. le Dr Soubeyran, de Montpellier, a étudié dans un article du *Journal des Praticiens* les propriétés fort appréciables du baume du Pérou employé en pansement dans différentes affections chirurgicales.

« D'après l'auteur, on peut employer le baume du Pérou à l'état pur, en le versant sur une compresse aseptique que l'on applique sur la plaie, ou bien en inondant la plaie avec le baume, puis en la recouvrant d'un pansement stérilisé qu'on touche le moins souvent possible. Quand il s'agit d'une des préparations suivantes, dans lesquelles entrent la vaseline et divers agents, nous stérilisons à l'autoclave pendant 20 minutes.

« Pour enduire les mèches de gaze des abcès et fistules à l'anus, nous employons la formule suivante :

Baume du Pérou......	40	grammes
Styrax...............	10	—
Vaseline..............	50	—

« On peut aussi l'associer au nitrate d'argent :

Nitrate d'argent....	0	gr. 30
Baume du Pérou...	6	grammes
Vaseline...........	90	—

« Signalons la pommade de Kaposi contre les engelures :

Baume du Pérou....	1	gr. 50
Camphre..........	1	gramme
Cire blanche.......	40	—
Huile de lin........	80	—

« Ou bien :

Baume du Pérou....	10	grammes
Baume de Nerval...	20	—
Eau de Cologne.....	30	—

« *Inconvénients.* — Ils sont peu importants ; si la plaie est très infectée, on n'emploiera pas le baume du Pérou ; on sera prudent chez les diabétiques et chez les brightiques.

« Ce baume laisse sur les linges des taches difficiles à enlever et résistant à plusieurs lessives. Son prix est assez élevé (28 francs le kilo), mais on l'emploie en petites quantités ; il doit être pur. Quant aux accidents qu'il peut déterminer, ils sont fort rares et peu importants, car il est très peu toxique ; on sait qu'à l'intérieur, quand la dose est exagérée, il peut produire de



la diarrhée et des néphrites ; localement, on peut observer des érythèmes légers.

« *Conclusion.* — Le baume du Pérou est donc un antiseptique modeste, mais par son action chimio-taxique il est un bon stimulant de la phagocytose ; de plus, il protège les tissus et il les isole. Il excite la défense organique et favorise la cicatrisation des tissus. Ses principales indications nous paraissent résider dans le pansement de certaines plaies lentes à cicatriser : ulcères variqueux, fistules à l'anus, tuberculoses externes, escarres, brûlures, engelures. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La vaccination anti-typhique.

L'*Académie de médecine* vient de clôturer la longue discussion, ouverte à sa tribune il y a plus d'un mois, sur la *vaccination antityphique*.

A la suite d'une proposition de M. Chantemesse, l'Académie avait désigné une commission chargée d'étudier la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde et de recueillir les renseignements pouvant permettre de formuler une appréciation exacte sur la valeur pratique de cette méthode d'immunisation.

Tout dernièrement, M. VINCENT présentait, au nom de la Commission, un rapport très documenté sur la question. Voici les principaux points de ce rapport :

Les méthodes générales d'immunisation sont de deux sortes. Dans les unes, on s'efforce de provoquer, dans l'organisme vivant, la production d'anticorps par l'inoculation isolée ou répétée soit du microbe pathogène actif, soit de ses récepteurs. L'autre méthode emprunte au sérum spécifique prélevé sur les animaux les propriétés protectrices qu'il possède. L'animal fournisseur de sérum a été lui-même immunisé par l'injection de doses croissantes de microbes. L'immunité due à la première méthode est dite *active* ; elle est solide et durable. La seconde est *passive* et fugace. C'est la première que les bactériologues ont surtout tenté d'obtenir dans la fièvre typhoïde.

M. Vincent rappelle les recherches de vaccination anti-typhique de MM. Chantemesse et Widal (1888), de Pfeiffer et Kolle, d'Almroth Wright. C'est en 1896 que, presque simultanément, Pfeiffer et Kolle, en Allemagne, Wright, en Angleterre, recommandèrent les injections sous-cutanées de culture de bacilles typhiques tués par la chaleur pour immuniser l'homme contre la fièvre typhoïde. Depuis, de nombreux auteurs ont étudié la question et modifié le vaccin. On a ainsi recommandé la vaccination par des bacilles morts (Pfeiffer et Kolle, Wright), par des bacilles vivants (Castellani), par des extraits bacillaires (Wassermann, Shiga et Neisser, Vincent), etc.

L'inoculation des vaccins typhiques détermine un ensemble de réactions locales et générales assez pénibles, douleur, gonflement œdémateux au point injecté, courbature, état fébrile, etc. Ces phénomènes douloureux sont la principale raison qui a entravé l'extension des vaccins antityphiques anglais et allemands. La vaccination antityphique faillit être abandonnée en Angleterre, pour ce motif, à la suite d'une campagne de presse et d'une interpellation à la Chambre britannique. Les vaccins par extraits bacillaires (Wassermann, Vincent) sont beaucoup moins douloureux, mais leur activité est moins bien établie.

L'efficacité du vaccin antityphique a été contrôlée expérimentalement. Sa valeur immunisante a été appréciée par les modifications spécifiques du sang constatées chez les sujets vaccinés. Sa valeur pratique, enfin, s'appuie sur les résultats obtenus par son emploi chez l'homme.

Si l'on réunit les principales statistiques concernant le vaccin de Wright, on voit que, sur 216.811 hommes stationnés dans les colonies anglaises et non vaccinés, 4.677 ont eu la fièvre typhoïde (21 p. 1000) avec 1.018 décès (4,68 p. 1000), et que sur 28.110 hommes en garnison dans les mêmes pays et vaccinés, 215 seulement ont eu la fièvre typhoïde (7,29 p. 1000) avec 34 décès (1,20 p. 1000). Même concordance des résultats dans les troupes allemandes avec le vaccin de Pfeiffer et Kolle. La protection assurée par la vaccination antityphique ne semble donc pas douteuse. Sa durée est encore mal déterminée : un an, trois ans, quatre ans.

La vaccination anti-typhique s'est montrée sans danger chez les très nombreux individus qui ont été inoculés. Toutefois, il faut noter une particularité importante, qui est la suivante : l'inoculation de vaccin anti-typhique peut créer quelquefois, pendant une à trois semaines, une diminution de la résistance du sujet vacciné à l'égard de l'infection éberthique. On nomme ce phénomène « phase négative ». Aussi, par mesure de prudence, ne doit-on pas pratiquer d'inoculation vaccinale en période épidémique. Pour la même raison, tout individu vacciné contre la fièvre typhoïde doit, pendant 2 à 3 semaines, par une surveillance attentive de son eau de boisson et de ses aliments, par une hygiène individuelle et une propreté rigoureuses, prendre les précautions les plus strictes pour éviter les chances d'infection éberthique. De même, la typho-vaccination sera formellement proscrite chez tout individu en imminence de fièvre typhoïde. On la pratiquera seulement chez les personnes parfaitement saines.

M. Vincent conclut que la vaccination antityphique, dont les avantages sont mitigés d'inconvénients, ne saurait être, dans l'état actuel, que facultative, et il formule le vœu suivant dont il soumet l'adoption à l'Académie :

« Il y a lieu de recommander l'emploi *facultatif* de la vaccination antityphique comme un moyen rationnel et pratique de diminuer dans des proportions sensibles la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde, en France et dans les colonies.

« Cette recommandation s'adresse à tous ceux

que leur profession (médecins, infirmiers), leurs conditions usuelles ou accidentelles d'alimentation et d'habitat (habitants civils ou militaires des villes où la maladie est répandue, jeunes gens venus de la campagne), leurs rapports quotidiens ou fréquents avec des malades ou des porteurs de germes, exposent à la contagion directe ou indirecte par le bacille de la fièvre typhoïde. »

M. Delorme combat les conclusions de M. Vincent.

La vaccination antityphique, dit-il, a des inconvénients et des dangers. Elle détermine des douleurs et des accidents locaux et généraux sérieux. Elle ne peut être employée dans les milieux où l'épidémicité ou l'endémicité règne, en raison du danger que fait courir la phase négative. Elle ne procure pas une préservation certaine et, sur ce point, tout reste dans le vague. Elle a été, sans doute, largement employée dans les armées coloniales, anglaise et allemande. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'Inde est un foyer redoutable de fièvre typhoïde : on y a vacciné comme mesure suprême. Mais, dans aucun Etat, il n'a été sérieusement question d'appliquer la vaccination antityphique à la population civile pas plus qu'à l'armée métropolitaine,

M. Delorme estime que, en définitive, la vaccination anti-typhique ne donne pas encore une immunisation assez sûre, assez complète. Elle n'est pas actuellement assez dépourvue d'inconvénients pour qu'on puisse la recommander, fût-ce à titre facultatif, aussi bien dans le milieu civil que dans l'armée.

MM. Netter, Landouzy, Chauffard et Chantemesse viennent ensuite défendre les conclusions du rapport de M. Vincent. La vaccination anti-typhique, pour ces auteurs, remplit les deux conditions de toute thérapeutique utile : ne pas nuire et être efficace. Elle mérite, dès lors, d'être recommandée.

Les conclusions du rapport de M. Vincent sont finalement adoptées par l'Académie.

P. L.

PÉDIATRIE

Le Tétanos infantile.

Les cas de tétanos par infection de la plaie ombilicale, pendant la première semaine qui suit la naissance, sont assez rares en France pour qu'il soit intéressant de noter ceux qui se présentent, surtout quand ils sont ceux de guérison complète, comme celui qui fait l'objet de cette observation.

Cette affection, qui sévit à l'état endémique dans certaines contrées de l'Europe et de l'Afrique (Madagascar), ne doit pas être confondue avec les états tétaniques intermittents qui surviennent à un âge plus avancé.

Le tableau symptomatique en est tellement saisissant, le pronostic tellement grave, que les praticiens nous sauront gré de leur indiquer un traitement curatif simple, d'une innocuité parfaite et d'une efficacité surprenante. Je veux parler du sérum antitétanique de l'Institut Pasteur.

Ce traitement, considéré jusqu'ici comme ayant une action nettement mais seulement préventive, nous a donné dans le cas dont il s'agit un résultat absolument curatif ; c'est ce qui nous incite à le publier.

L'enfant G..., né le 2 octobre 1910, du sexe masculin est vu par moi, pour la première fois, le 20 du même mois. L'enfant a donc dix-huit jours. Je le trouve en état de contracture complète, le corps ne formant qu'un bloc rigide. L'enfant placé sur une table ne repose que par l'occiput et les talons; si on le soulève par une extrémité, le corps entier suit le mouvement, sans un simulacre de flexion au niveau des articulations coxo-fémorales ; les bras sont ramenés en avant de la poitrine, les mains sont en flexion forcée, si bien que les ongles ont déjà entamé la paume des mains ; le trismus des mâchoires est à son maximum, et non seulement l'enfant ne peut plus prendre le sein de sa mère, mais il est impossible d'introduire par la bouche aucun aliment liquide, par suite du rapprochement des maxillaires ; de plus, la tentative peut être dangereuse par suite de l'irruption possible des liquides dans les voies respiratoires.

L'enfant fait entendre un cri plaintif continu. Il présente une pointe légère de hernie inguinale droite. L'ombilic laisse suinter une petite quantité de pus. Un prélèvement suivi d'un examen ultérieur nous a confirmé le diagnostic de tétanos pur, par la présence du bacille de Nicolaïer.

Sur la foi des discussions académiques, qui considèrent le sérum antitétanique comme préventif et non curatif, j'applique d'abord le traitement classique : isolement, désinfection de la plaie ombilicale par de l'*aristol*, lavements de chloral, de bromure de potassium, puis de calcium, bains chauds, mais sans résultat. Température constante, 39°5.

Le 28 octobre, je fais, en désespoir de cause, une injection de dix cent. cubes de sérum antitétanique dans le flanc droit. La nuit suivante, l'enfant repose un peu, les plaintes s'espacent et la contracture semble diminuée. Le lendemain, les phénomènes des jours précédents réapparaissent.

Je fais à nouveau, le 30, une injection de sérum de dix cent. cubes. L'enfant a encore une nuit relativement bonne et la contracture ne réapparaît que le surlendemain.

En présence de ces résultats favorables, je tente une nouvelle injection de dix centimètres cubes de sérum le 1er novembre. A partir de ce moment l'enfant, qu'on ne pouvait antérieurement alimenter par la voie buccale et qu'on avait soutenu par des lavements de lait, recommence à pouvoir avaler un peu de lait coupé. La déglutition devient normale, les contractures disparaissent peu à peu et, malgré une crise d'étranglement herniaire qui a duré près de douze heures et

qui a suivi de deux jours la troisième injection de sérum, l'enfant est complètement remis et progresse normalement.

Cet enfant de quatre semaines a donc absorbé trente centimètres cubes de sérum, sans inconvénient. L'effet a été rapide et le résultat définitif car, aujourd'hui, quatre mois après cette crise, l'enfant est très bien portant et se développe régulièrement.

Il y a donc là une indication manifeste à tenter tout d'abord la sérothérapie antitétanique, et je me demande même si les insuccès constatés chez l'adulte ne proviennent pas de l'administration de doses trop faibles de sérum. L'enfant pesait trois kilog environ ; il a donc absorbé dix cent. cubes de sérum par kilog. ce qui, pour un adulte de soixante kilog., donnerait six cents grammes de sérum.

Docteur DELPEUT.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Maladies de la sclérotique.

L'inflammation de la sclérotique (*sclérite, épisclérite*) se présente sous forme d'un bouton parsemé de vaisseaux fins, profonds, de couleur violacée qui donnent à la sclérotique en ce point une teinte lie de vin, caractéristique. Le bouton d'épisclérite est sensible sous le doigt, douloureux à la pression, recouvert par la conjonctive enflammée, mais mobile sur les vaisseaux profonds, intrascléraux, qui caractérisent son inflammation propre. Il est situé sur un point quelconque de la sclérotique, entre le limbe et l'équateur, souvent en dedans ou en dehors (fig. 1). L'affection, qui s'accompagne le plus souvent de douleurs spontanées assez vives, évolue lentement pendant un à deux mois, puis disparaît, sans laisser dans la forme superficielle (*épisclérite*) d'autres traces qu'une teinte ardoisée. Dans sa forme profonde, au contraire, elle laisse après elle une ectasie de couleur foncée où le pigment choroïdien

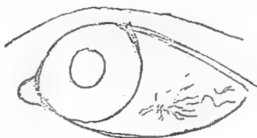


FIG. 1.

transparaît à travers la paroi amincie. Les points de *sclérite* comme d'épisclérite sont souvent multiples, la cornée peut être ainsi, après guérison, entourée de véritables bosselures, qui constituent, en raison de la participation fréquente de l'uvée au processus inflammatoire, les signes indélébiles de la *scléro-choroïdite* antérieure.

Ces ectasies sclérales peuvent même se réunir entre elles et entourer la cornée d'un véritable anneau. La cornée, alors mal soutenue par ces tissus affaiblis, bombe ou plutôt est projetée en avant par la pression intraoculaire, et le globe prend une forme allongée très manifeste.

La forme profonde s'accompagne le plus souvent de complications du côté de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde avec toutes les conséquences qu'elles entraînent pour la vue et pour la vitalité du globe (glaucome secondaire), par suite de synéchies, d'occlusion pupillaire, d'opacité du corps vitré. Cependant, pas plus la forme profonde que la forme superficielle ne donne lieu à de la suppuration du côté de la sclérotique ou de l'uvée, et il n'y a jamais d'hypopyon. Mais la sclérose peut atteindre la cornée et donner lieu à des opacités indélébiles.

La forme profonde a une évolution encore plus lente que la forme superficielle ; elle est souvent bilatérale et le moins qu'il puisse arriver, c'est qu'il persiste après elle des troubles visuels très sérieux, quand la vue n'est pas absolument compromise par le glaucome secondaire.

L'inflammation de la sclérotique est donc, dans sa forme profonde au moins, une affection qui comporte des suites graves.

Elle atteint l'adolescence et l'âge adulte.

Un bouton isolé d'épisclérite ne sera pas confondu avec une lésion conjonctivale, dont il différera toujours par sa proéminence, sa fixité, sa fine vascularisation et sa couleur violacée. Il ne sera pas confondu non plus avec une phlyctène qui sera toujours voisine du limbe et présentera toujours un pinceau vasculaire net et délié.

Le rhumatisme est le plus souvent mis en cause et justifie le traitement au salicylate de soude qu'il est de règle d'instituer. La blennorrhagie, la tuberculose et la syphilis peuvent aussi intervenir dans l'étiologie de l'épisclérite ou de la sclérite classiques. Il y aura donc lieu, au moindre soupçon, d'essayer le traitement mercuriel en injection intramusculaire.

Quant au traitement local, il est assez varié et, en général, peu actif. Il consiste en lavages chauds, en massages à la pommade iodoformée ou à l'oxyde jaune, en injections sous-conjonctivales de sublimé.

Il faudra surtout compter sur le traitement général auquel on adjoindra les reconstituants : arsenic, huile de foie de morue.

La sclérotique peut être aussi, plus rarement, le siège d'une lésion tuberculeuse venant du corps ciliaire et faisant une saillie qui peut être prise pour un bouton de sclérite. Quant à la tuberculose primitive de la sclérotique, elle est exceptionnelle.

Dr F. CHABRUT.

PROPOS D'HYGIÈNE INDIVIDUELLE
ET DE L'HABITATION

Brossage des chaussures et des vêtements.

Les divinités mythologiques, païennes ou catholiques, ont régné tour à tour dans l'esprit des hommes.

Aujourd'hui, l'on vénère les microbes bienfaisants beaucoup plus que les saints d'autrefois, et l'on craint beaucoup moins le diable que les microbes malfaisants. Les légions des anges et des séraphins—notamment celles des anges gardiens — sont remplacées par l'armée des phagocytes; la peur de Satan a cédé la place à celle du microbe, et les sérums sont en train de détrôner la Providence, en attendant que le 606 devienne le rédempteur physique du genre humain.

On pourrait pousser plus loin l'antithèse de l'objectif et du subjectif. La peur du microbe est-elle le commencement de la sagesse ? Sans doute, à la condition qu'elle ne devienne point une hantise. Le souci de se garder en bonne santé est une condition de bonne moralité, c'est le *mens sana in corpore sano* des anciens.

Que de conseils ont été donnés au sujet de la préservation contre les germes nocifs ! — Tout le monde sait aujourd'hui qu'ils sont surtout renfermés dans les poussières venant du dehors, et personne n'ignore qu'il faut se préserver de ces poussières.

Or, n'est-il pas singulier de voir tant de précautions prises par tout le monde pour éviter les poussières, quand, chez soi, dans l'appartement ou le logement, on néglige absolument de les prendre ? Les femmes, il est vrai, ne balayent plus la rue de leurs longues robes puisqu'elles en portent de courtes depuis peu de temps. Mais, malgré tout, elles rapportent au logis, comme les hommes d'ailleurs, des poussières, des boues et même des immondices attachées à leurs chaussures et à leurs vêtements. Voilà l'ennemi dans la place, et cet ennemi dont on a si peur, avec raison, on le garde, on l'installe, on le disperse volontairement dans tous les coins.

Madame, Monsieur, la femme de chambre ou le valet de chambre, se gardent bien de toujours brosser leurs vêtements à une fenêtre. Ces vêtements sont la plupart du temps brossés dans un vestibule, dans un cabinet de toilette ou même quelquefois dans la chambre à coucher. On va dehors ou à une fenêtre battre ou secouer les tapis, mais on se garde bien de le faire pour les vêtements.

Et la poussière des vêtements est incontestablement plus dangereuse que celle des tapis.

Quant aux chaussures, elles sont généralement grattées et brossées dans la cuisine.

Et l'on voit tout ce qui s'en suit ; la personne qui opère travaille dans un nuage de poussières et des pires. Celles-ci se répandent partout, sur les objets, les casseroles, les journaux, les vases, la vaisselle, les substances alimentaires, légumes, eau, pain, lait, etc., substances et objets qui ne sont point toujours soumis à l'ébullition dans la suite. De telle sorte que l'on peut avancer que l'on mange ces poussières à coup sûr.

On ne signale pas suffisamment, à ce qu'il semble, les inconvénients de cette détestable pratique. C'est un point important d'hygiène laissé de côté, lorsque tant d'autres points, tout à fait secondaires, sont l'objet de recommandations spéciales ; — et c'est pourquoi il y a lieu d'attirer sur lui l'attention des maîtresses de maison, soucieuses de la santé de leur famille.

Parmi les divers modes de propagation des maladies contagieuses,on peut penser que celui-là est un des plus actifs et un de ceux auxquels on songe le moins.

Que l'on se préserve de maléfices parfois terribles, de ces diablotins qui pénètrent chez nous à notre suite en s'y installant — parce que nous voulons bien !

C'est le cas ou jamais de croire aux microbes et de les craindre comme la peste ou le choléra, dont les germes sont peut être — avec d'autres — à nos talons.

Docteur COURGEY.

Le danger des cheminées qui fument.

La Tremblade, 26 janvier 1911.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai été appelé, ces jours-ci, pour un accident singulier.

Dans une chambre neuve, assez vaste, on avait fait brûler la nuit, dans une cheminée ordinaire, bien ouverte, deux douzaines de comprimés ovoïdes de charbon, gros comme des œufs ; et le lendemain matin, la femme, de trente ans, était morte, son mari et ses deux enfants sans connaissance.

La cheminée fumait, paraît-il, et c'était pour parer à cet inconvénient qu'on y faisait pour la première fois brûler du charbon.

Moralité (ou conclusion) :

Se méfier d'une cheminée qui fume, et ne pas y brûler du charbon sans précaution ; en effet, le tirage s'y fait mal, et, au lieu de fumée, on respire des gaz délétères et asphyxiants.

Docteur GUILLOU.

Se méfier surtout, dans les grandes villes, des poêles à combustion lente et des cheminées mal construites. Combien de névroses, de dyspepsies, d'entérocolites, d'anémies rebelles, de troubles généraux attribués au rhumatisme, à l'artériosclérose, sont le fait de ce genre de lente et progressive intoxication.

J. N.

THÉRAPEUTIQUE

La Médication opiacée rationnelle.

Par M. le docteur Souty.

(*Thèse de Lyon*, 23 novembre 1910.)

On sait que, soit directement, soit par ses composants, l'opium est une substance médicamenteuse extrêmement importante, qui intéresse tout à la fois la physiologie, la thérapeutique, l'hygiène, l'anthropologie et même la psychologie. Aucun médicament, en effet, ne détermine des effets aussi variés sur la circulation, la température, la respiration, les sécrétions et le système nerveux.

Aussi, l'opium est-il administré avec une infinie variété : extraits, sirops, teintures, laudanum, poudres, morphine, codéine, etc. ; mais de toutes ces préparations, aucune, comme on le sait, ne renferme la totalité des principes actifs de l'opium. L'extrait d'opium lui-même, qui est la préparation pharmaceutique la plus rapprochée de l'opium, n'en renferme qu'un petit nombre, puisque c'est un extrait aqueux de cette drogue ; de plus, aucune des préparations usitées, à part les alcaloïdes isolés, ne peut être donnée par voie hypodermique ; d'autre part, la variabilité de la richesse en opium des capsules de pavots employés, variabilité tenant à leur origine, leur maturité ou à d'autres causes extrinsèques, ne peut donner au médecin la certitude que la préparation qu'il emploie aura tel ou tel résultat.

Or, voici que, dans sa thèse excessivement documentée, et qui a obtenu la mention « très bien », à la Faculté de médecine de Lyon, M. Souty vient d'étudier le Pantopon « Roche », (préparé par le docteur Salhi, de Berne), c'est-à-dire un produit qui comprend la totalité des alcaloïdes de l'opium, précipités sous forme de chlorhydrates solubles et, par conséquent, injectables.

Le pantopon a été expérimenté dans les hôpitaux de Lyon, notamment dans les services des professeurs Courmont, Lyonnet, Poncet, Leriche, dans les hôpitaux de Paris, chez M. le D Morel-Lavallée, chez M. le professeur Robin, chez M. le prof. agrégé Sicard, chez MM. les Drs Laffite, Le Bec, Hallé, Huguier, etc., par un grand nombre de praticiens, parmi lesquels nous devons citer : MM. les docteurs Petit-jean, Sancey, Brintet, Laroche, Boichut, Detouillon, Delarche, Carlot, Potty-Mevel, Bonnefoy, etc., etc.

De sa longue étude, des nombreuses observations qu'il a recueillies personnellement et de toutes celles qui lui ont été communiquées par les cliniciens que nous venons de citer, M. Souty a tiré les conclusions suivantes :

Le pantopon, produit renfermant la totalité des alcaloïdes de l'opium précipités sous forme de chlorhydrates solubles, est l'opium total injectable ; il présente des propriétés hypnotiques sédatives, analgésiques, toni-cardiaques, et une action sur les sécrétions et sur la nutrition supérieures à celles de l'opium, de la morphine et de leurs dérivés.

Ce produit agit sans période d'excitation et sans aucun phénomène désagréable ; il ne provoque habituellement ni nausées, ni vomissements et, dans certains cas, il a même eu une influence incontestable sur la disparition de ces phénomènes.

Le pantopon a une action sédative manifeste sur la motilité de l'intestin ; ce dernier dont le péristaltisme est excité artificiellement ou par des excitants physiologiques, se trouve rapidement calmé en quelques minutes, et ce résultat est, d'après les expériences physiologiques, encore plus rapide pour l'intestin qui n'est pas excité. Ce médicament a une action hypnotique et narcotique plus rapide et plus sûre que les autres préparations opiacées dont l'influence ne peut se faire sentir qu'à la suite de l'absorption relativement lente par le tube digestif ; d'autre part il ne procure pas, contrairement à la morphine, cette sensation d'euphorie qui incite les malades à revenir fréquemment à leur médicament favori ; il n'y a donc pas de crainte de provoquer des habitudes comme la morphinomanie. M. Souty n'a jamais remarqué d'accoutumance et la dose employée à la fin du traitement était la même et produisait les mêmes effets qu'au début.

Enfin, point très important et très digne d'être noté, le pantopon porte un nom inconnu du public ; il n'implique donc pas pour le malade ou son entourage un pronostic grave et n'est pas, pour cette raison, rejeté par un certain nombre de malades qui ont la crainte justifiée de la morphine et de l'opium.

On voit donc que le pantopon réalise et, de par sa fabrication et de par sa solubilité, une médication opiacée rationnelle.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ÉTUDES ET PROJETS

L'Arme nécessaire

(*Suite*).

Il nous faut un organe quotidien.

J'ai défendu longuement cette conclusion, trop longuement peut-être, car les citations nombreuses que j'ai faites permettent d'affirmer qu'ici tout le monde partage, depuis longtemps cette opinion, et que si elle n'a jamais été exprimée, c'est que les difficultés de la tâche entrevue ont fait reculer les plus audacieux.

Sans me dissimuler aucune de ces difficultés, le moment me paraît venu de les aborder franchement et résolument.

Aussi bien, les conditions n'ont-elle jamais été plus favorables : partout le Corps médical montre une tendance à sortir de l'apathie où il se complaisait ; partout, se fondent des syndicats actifs et des groupements professionnels entreprenants.

De plus, l'hostilité latente des pouvoirs publics pour les praticiens s'est démasquée dans les as-

Correspondance hebdomadaire (*suite*).

geance habituelle pour m'indiquer comment je dois établir ma note pour les deux cas suivants.

1° Le 12 juin dernier, *appelé par la famille* du blessé, je me suis rendu sur une route à un endroit situé à 5 kilomètres de chez moi, où un charretier venait d'être écrasé par sa charrette. Il était à peu près midi et demi. A mon arrivée, je constatai que la mort avait été immédiate. A l'inspection du cadavre, je constatai que les traces des roues laissées sur le sol, coïncidaient bien avec les traces de boue qu'elles avaient laissées sur les vêtements du blessé et que d'autre part, une branche d'ajonc cassée par le sabot du blessé encore adhérente, avait été la cause efficiente de la chute du charretier sur un terrain glissant au bord d'un fossé où il avait dû passer pour redresser son attelage qui s'en approchait de trop près. Je jugeai qu'il y avait là des constatations très importantes qui permettaient d'éliminer le cas d'une chute au cours d'une attaque (épilepsie, ictus, etc.). Aussi, je jugeai prudent, dans l'intérêt de la famille du défunt, de ne pas déplacer le corps avant que tout ceci n'ait été constaté par la justice. Les gendarmes prévenus n'arrivèrent qu'un bon moment après, étant venus à pied. Ceci me fit attendre, et une fois leur procès-verbal de constatation des lieux et causes de l'accident rédigé, je pus procéder à l'examen complet du cadavre que je fis transporter dans un village proche, pour pouvoir le déshabiller.

Je ne revins, après avoir terminé, que vers 4 heures. Le soir, je rédigeai un rapport détaillé, je puis presque dire un rapport médico-légal, établissant les causes de l'accident et de la mort et décrivant l'état du cadavre. Ce rapport détaillé tenait deux pages de format commercial bien remplies.

Que dois-je compter au patron, cet accident étant tombé sous le coup de la loi sur les accidents de travail ? ? ? Il y a une assurance qui couvre le patron. J'ai consulté le tarif Dubief à ce sujet. Je n'ai rien trouvé de bien précis. Outre l'indemnité kilométrique, faut-il compter comme une visite prolongée, ou bien comme une vacation médico-légale??? Et pour le rapport, ai-je droit seulement à un certificat descriptif de 5 fr., blessures ayant porté sur le tronc, ou bien davanta-

Suite page XVI.

semblées politiques et dans les prétoires judiciaires, éclairant bon nombre d'*optimistes quand même* sur la réalité des dangers qu'on leur signalait en vain jusqu'ici.

Enfin, les résultats si minces du Congrès des Praticiens — malgré le dévouement de quelques-uns poussé jusqu'au martyre de la correctionnelle — ont montré la presque fatale stérilité de l'agitation bruyante, mais intermittente.

Et ceci, bien entendu, sans la moindre arrière-pensée de critique,car nuls ne me paraîssent mériter plus de confiance et de reconnaissance de la part du Corps médical que les vaillants confrères qui n'ont pas craint d'affronter, dans l'intérêt de la profession, les rudesses de la police et les rigueurs de la magistrature.

***

Eclairés sur la faillite au moins partielle des moyens défensifs employés jusqu'ici, nos confrères accepteront mieux, je pense, d'envisager d'autres méthodes et de s'unir pour l'acquisition des armes modernes nécessaires.

Ils ne voudront pas laisser plus longtemps nos défenseurs batailler avec l'arc et la flèche — pas même empoisonnée — contre les fusils à tir rapide et les mitrailleuses de nos adversaires.

Voir si l'on peut offrir à leur bonne volonté un moyen de s'exercer efficacement, c'est étudier quelle forme doit avoir le journal de défense médicale et par quels moyens on peut le réaliser.

***

Pour agir sur le public dans les meilleures conditions, il faudrait un quotidien, à un sou, d'un gros tirage et sans nuance politique.

La création et le lancement d'un semblable journal nécessitent de tels capitaux, comportent de tels aléas qu'il n'y a pas lieu,dans l'état actuel des organisations médicales, d'en envisager la possibilité.

Il suffira de rappeler à ceux qui conserveraient quelque illusion que le *Petit Bleu*, pendant les six mois de sa tentative, a liquéfié près de 700.000 francs de capital.

Si l'on voulait se contenter d'un tirage plus modeste, 30 ou 40.000 exemplaires, il faudrait encore compter sur un déficit de 2 à 300.000 fr., par an pendant les deux ou trois premières années.

Il faudrait une foi bien ingénue pour supposer qu'à l'heure actuelle nous trouverions les concours nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise.

***

Deux solutions toutes différentes peuvent être envisagées.

Au lieu de créer un organe nouveau, on pourrait, par une entente avec un grand quotidien, se faire réserver en premières colonnes la place d'un article hebdomadaire.

Cela coûterait cher ! Sans doute, encore que certaines combinaisons puissent, j'en suis certain, *réduire à bien peu* l'effort de chaque adhérent, — j'espère le démontrer prochainement.

Mais la principale objection qu'on pourrait faire à cette combinaison, c'est que le journal, hormis l'article réglementaire, échapperait complètement à l'*inspiration médicale* et à la surveillance des annonces médico-pharmaceutiques qu'une autorité plus directe permettrait d'exercer.

Une autre solution pourrait être de profiter des embarras financiers d'un organe de la *grande presse*, existant depuis longtemps et dont le nom seul constitue une sérieuse chance de succès.

Des journaux dans cette situation, on n'en manque pas à Paris, ou du moins on en trouve souvent.

Dans ce sens-là on pourrait bénéficier de véritables « occasions » qui valent bien mieux que le neuf,en raison d'une notoriété déjà acquise,et qui coûteraient d'ailleurs bien moins cher.

Mais — dira-t-on — si vous acquérez un organe qui périclitait, comment espérez-vous qu'en vos mains il aura une meilleure destinée ?

Pour répondre à cette question, il est temps d'examiner comment un groupe médical pourrait s'organiser dans le but, non pas de subventionner, mais bien d'exploiter un journal et d'en tirer de sérieux profits.

La Société pour être ouverte à tous serait constituée par actions de 25 francs.

A chaque action correspondraient 5 parts bénéficiaires dont les souscripteurs deviendraient propriétaires : 1° pour la première, en souscrivant un abonnement personnel ; 2° pour la deuxième en recueillant dans leur entourage quatre abonnements ; 3° trois abonnements pour la troisième, deux pour la quatrième, et un pour la cinquième.

Les parts bénéficiaires non attribuées seraient affectées provisoirement à une caisse spéciale de propagande ou de publicité.

De cette façon, l'adhérent, en s'occupant de recruter des adhérents, obéirait à un double intérêt : d'abord de se faire attribuer des parts bénéficiaires en sus de son action, ensuite de voir prospérer le capital souscrit par lui.

Quand on arrête un instant son esprit sur la force d'influence du médecin dans tous les milieux où il pénètre, quand on voit les résultats qu'il obtient dès qu'il se mêle par goût ou par nécessité de faire un peu de prosélytisme, on ne peut qu'envisager avec la plus sereine confiance l'avenir d'un journal où seraient intéressés un nombre respectable de nos confrères.

Et quelle sera la force d'un organe qui, outre des correspondants professionnels, pourra s'appuyer sur l'aide consciente, bienveillante et intéressée des praticiens des départements ! Cet organe trouvera certainement de cette façon des informateurs dévoués et toujours à même d'être renseignés.

Pour stimuler le zèle de ces collaborateurs occasionnels, il suffira de leur réserver les mêmes rémunérations qu'aux correspondants ordinaires.

Les avantages d'une telle solution sont nombreux.

Le capital nécessaire, bien que sérieux, ne dé-

passerait pas, autant qu'on en peut juger par analogie, 100 à 200.000 francs.

Ce capital, étant donné le nombre des abonnements souscrits de droit, ne courrait aucun risque.

Le journal serait entièrement sous la direction et le contrôle de la Société médicale à constituer et il faudrait prévoir dans le conseil d'administration des représentants délégués par un certain nombre de groupements préexistants, *Concours médical*, etc.

La rédaction tout entière du journal, de cette façon, se ferait selon l'orientation voulue : défense des médecins, et cela jusque dans les faits divers et les annonces.

Il conviendrait cependant d'observer une certaine réserve et de ne pas importuner le public par un parti pris évident.

D'ailleurs le Corps médical, dans son immense majorité, est trop sûr de lui-même pour qu'il ait besoin d'autre chose que de la plus sereine impartialité.

Un dernier avantage pourrait se trouver éventuellement dans l'installation immobilière du journal. Certains hôtels consacrés à la grande presse comportent toute une série de salles de conférences ou d'exposition qui abriteraient le cas échéant, toutes les Sociétés médicales qui le désireraient.

Ce serait la véritable maison corporative des médecins !

***

Ce rêve est beau, trop beau ! Et pour beaucoup, il relèvera surtout du domaine de l'Utopie.

Non... car, en collectivité, vouloir, c'est pouvoir. Ce n'est pas au *Concours Médical* qu'on aura besoin de démontrer la fécondité de l'effort audacieux.

Pour ceux qui doutent toujours, qui tremblent et qui n'osent, je répéterai le mot d'Anatole France à l'inauguration de la Maison des Etudiants : « *Agissez et rêvez et surtout, oh ! surtout*, ne soyez « pas trop prudents. La *prudence est la plus vile « des vertus* ». J'ajouterai : souvent la plus dangereuse.

Dr LEPAITRE,
Bessancourt (S.-et-O.).

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le forfait et les règles syndicales

Mon cher Confrère,

J'ai reçu de la Cie Zurich un papier ci-joint, pour proposition de contrat entre le Médecin et la Société.

Après l'avoir soumis à mon confrère le Dr Falconnet qui fait partie du « Sou » et est abonné au *Concours*, comme moi du reste, nous avons décidé de vous demander certains renseignements.

1° Un médecin syndiqué ou autre peut-il accepter un contrat avec une Société d'assurances sans se mettre en dehors de la loi, lorsque cette Cie demande au médecin :

a) D'être le médecin de la Compagnie (il me semble que pour les accidents du travail, comme pour tout, on est le médecin de son malade, et que si on a un contrat avec une Société, on lèse l'ouvrier parfois, ou on trompe la Cie) ;

b) De lui fournir des certificats de constatation et de guérison (on ne peut le faire que si l'ouvrier y consent, j'ai encore lu cela dans un des derniers numéros du *Concours*).

c) La Compagnie a-t-elle le droit de demander au médecin traitant une série de rapports pendant un long traitement, ou plutôt le médecin traitant a-t-il le droit de fournir ces rapports ? Dans ce cas, ne devons-nous pas toujours dire aux Cies de faire désigner un confrère par le juge de paix ? C'est plus légal, le secret n'est pas touché, puis le confrère peut gagner loyalement l'argent que le médecin traitant gagnerait un peu en fraudant l'une des parties.

d) Enfin le tarif qu'elle nous offre peut-il être accepté, je ne parle pas, bien entendu, des séances d'électricité qui sont portées 1 fr. et dont le nombre est fixé à 10 au maximum.

Je vous serais bien reconnaissant, cher confrère, de me dire votre opinion à ce sujet pour que je la communique à mon confrère. Je vous prie de croire à mes remerciements, etc.

Dr C.

Entre la Compagnie d'assurances contre les accidents « Zurich », 9, rue Pillet-Will à Paris, représentée par sa Direction soussignée d'une part ;

Et Monsieur Docteur en médecine à d'autre part ;

Il a été convenu ce qui suit :

Monsieur le Docteur , sur la proposition de la Compagnie « Zurich », consent à *être médecin de ladite Compagnie* aux conditions ci-dessous arrêtées d'un commun accord :

A. — Il sera alloué au Docteur *douze francs* à forfait pour chaque accident, quelle qu'en soit l'importance (sauf les dérogations prévues par les §§ B, C et D ci-dessous) pour soins donnés et certificats de constatation et *de guérison, fournis à la Compagnie, sur ses imprimés.*

Ce forfait s'applique même aux accidents donnant lieu à moins de quatre jours de chômage ainsi qu'aux cas signalés par le Docteur comme non accidents du travail, malgré la présentation d'un bon d'assurance.

B. — Quand les plaies seront particulièrement graves ou longues à cicatriser, le Docteur pourra signaler le cas à la Compagnie qui examinera avec équité la majoration exceptionnelle du forfait de douze francs.

C. — Il sera payé *en sus du forfait par accident*, pour les cas prévus ci-après, les honoraires suivants :

	Fr.
Entorse tibio-tarsienne (avec massage)....	20 à 30 »
Entorses autres (avec massage)	10 »
Électrisations (avec maximum de 10 *séances) la séance*...........	1 »
Luxations : Doigts, métacarpiens, orteils, métatarsiens.........	12 »
Coude.........	30 »
Epaule.........	20 »
Genou.........	30 »
Amputations et désarticulations :	
1 doigt avec métacarpien, 1 orteil..........	25 »
Orteil avec métatarsien.......	30 »
Plusieurs doigts ou orteils.....	30 »
Plusieurs doigts avec métacarpiens ou plusieurs orteils avec métatarsiens).......	40 »
Bras, pied, main.	25 »
Cuisse.........	60 »
Avant-bras, jambe..........	40 »
Arthrotomie du genou.........	80 »

	Fr.
Fractures :	
Clavicule, côtes, omoplate.....	10 »
Doigts, orteils, métacarpiens, métatarsiens....	10 »
Bimalléolaire...	40 »
Tarse..........	30 »
Cubitus, péroné..	20 »
Radius et tibia...	30 »
Les deux os de jambe ou d'avant-bras....	50 »
Humérus.......	40 »
Fémur.........	100 »
Hernie étranglée.	100 »
Anesthésie générale et aide (pour les grandes amputations).......	25 »
— stovaïnique ou cocaïnique	5 »
Trépanation du crâne........	100 »
— d'un os...	30 »
Sutures et ligatures superficielles..........	10 »
Sutures de tendons ou nerfs..	15 »
Sutures de tendons ou nerfs compliquées ou multiples.....	30 »
Ligature d'artères sectionnées...	10 »

D. — Il sera alloué pour les *accidents oculaires* les honoraires ci-après comprenant, outre l'intervention, les soins consécutifs pendant une durée maxima de quatre jours (pas de certificats à fournir) :

Extraction de corps étrangers superficiels mobiles...................... 5 fr.
Extraction de corps étrangers fixés superficiellement .... 10 »

Ces honoraires ne se cumulent pas avec le forfait (A), mais ne sont pas exclusifs des honoraires fixés ci-après pour les certificats *demandés par la Compagnie*.

Les autres accidents oculaires plus sérieux seront envoyés aux spécialistes indiqués par la Compagnie.

E.— Pour chaque rapport détaillé, délivré en cours de traitement *sur la demande de la Compagnie*, il sera alloué trois francs plus le coût de la feuille timbrée s'il en est fait exceptionnellement usage pour des cas ne relevant pas des accidents du travail.

Dans les cas, très rares, où les soins médicaux ne seront pas à la charge de la Compagnie, pour les accidents ouvriers, la Compagnie paiera trois francs pour chacun des certificats de constatation et de guérison.

Le même tarif de trois francs sera applicable au certificat ou rapport supplémentaire pour les assurances individuelles et de responsabilité civile, qui ne comportent *jamais* la garantie des soins médicaux.

F. — Dans le cas de visite de contrôle réclamée par la Compagnie et concernant un blessé soigné par un autre médecin, la visite et le rapport donneront lieu ensemble à un honoraire de six francs.

G. — Dans le cas de déplacement, l'indemnité sera calculée par kilomètre parcouru en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la résidence du docteur et la mairie de la commune habitée par le blessé, à raison de :

0 fr. 20 par kilomètre si le transport a pu se faire par chemin de fer ;

0 fr. 40 si le transport a dû se faire autrement.

Le présent traité aura son effet pour trois années et se renouvellera tacitement sauf notification contraire de l'une ou de l'autre partie trois mois au moins avant l'expiration de chaque période triennale.

Fait à Paris, le .... pour prendre effet le ....

Le Docteur, La Compagnie,

Réponse

Vous formulez vous-même fort bien les objections à faire au contrat qui vous est proposé. Un syndiqué qui accepte un forfait se met en contradiction avec le principe du libre choix du médecin, principe voté par tous les syndicats et en particulier par le vôtre.

En second lieu, vous devenez le médecin de la compagnie et non pas celui du blessé. Celui-ci peut donc à tort ou à raison vous tenir en suspicion, pouvant croire que vous prendrez de préférence les intérêts de la compagnie qui peut vous casser aux gages et non pas ceux du blessé que vous soignez.

Puis, en délivrant des certificats directement à la Compagnie, vous vous exposez à deux ennuis : violation du secret professionnel et toutes ses conséquences, puisqu'il a été jugé que les certificats doivent être remis en mains propres à l'ouvrier, quitte à celui-ci de les envoyer ou non à l'assurance.

Puis, si pour un motif quelconque, comme cela arrive fort souvent, le responsable omet de faire la déclaration d'accident à la mairie, l'ouvrier peut se retourner contre vous en garantie, pour défaut de délivrance de certificat au blessé lui-même.

Qui fera la distinction des accidents ordinaires et de ceux « particulièrement graves » ? La compagnie, bien entendu : croyez que les accidents seront toujours bénins pour elle, pour ne pouvoir vous les payer que 12 frs.

Non ! c'est un marché de dupe que vous feriez en signant ce contrat. Vous vous en apercevrez par la suite. Puis, vous aliénerez votre liberté : vous serez l'agent de la compagnie, vous devrez prendre ses intérêts et, à la moindre incartade, on vous menacera de vous casser aux gages.

Cette mise à pied est fréquente : on en joue même lorsque le médecin n'a pas de contrat avec une compagnie. J'en sais quelque chose personnellement et j'ai été traîné devant la justice de mon pays pour savoir si le médecin est ou non l'employé de la compagnie. « Non, a répondu la Cour, parce que l'on n'a pas pu m'opposer un contrat signé de ma main. » Mais qu'auraient décidé les juges, si j'avais consenti à me laisser mettre un collier autour du cou ?

Confrère, voulez-vous être un agent de la compagnie d'assurances ? Mais, pourraient m'objecter certains confrères, ces forfaits ne nous

sont pas désagréables, parce que nous n'avons pas besoin d'établir de notes d'honoraires. La voilà bien, la vraie raison : nos confrères sont souvent dans la misère parce qu'ils ne savent pas tenir leurs livres, parce qu'ils ne veulent pas faire de notes. A ce point de vue, ils sont d'une paresse formidable. Et pour avoir la paix, ils préfèrent végéter avec un forfait d'une modicité ridicule, plutôt que d'établir leurs comptes d'après le travail qu'ils ont fait.

Cette question nous préoccupe au plus haut point, au Concours médical.

Depuis quelque temps, nous étudions le moyen d'établir d'une manière pratique la comptabilité du praticien, sur les bases du tarif Jeanne.

Nous avons fait préparer des feuilles d'honoraires pour que le praticien puisse aisément envoyer ses comptes détaillés à ses clients. Nul doute que le médecin verra se relever ainsi son chiffre annuel et, quand il saura tenir ses comptes en règle ou qu'il se sera déchargé de ce soin sur sa femme, il deviendra l'ennemi juré du forfait, parce qu'il reconnaîtra que celui-ci n'est qu'une incitation fallacieuse à la paresse et à la diminution des recettes.

Aussi concluons-nous d'une manière très ferme : « Refusez le forfait qui vous est offert. Restez un médecin indépendant, libre de toute attache et de toute influence. Gagnez votre vie honnêtement, suivant votre travail, sans chercher à accaparer la clientèle, par un forfait, aux dépens de votre voisin, comme à vos dépens propres puisque qui dit forfait dit rabais et exploitation de la paresse du médecin. » P. B.

Nous venions de faire cette réponse, lorsque nous avons lu, dans l'*Année Médicale de Caen*, un article du Dr Charbonnier sur le même contrat forfaitaire.

Nous sommes heureux de reproduire ci-dessous l'opinion de notre excellent ami, le Dr Charbonnier.

Honoraires de famine.

J'ai reçu l'autre jour la visite d'un représentant d'une Compagnie d'Assurances accidents (la *Zurich* pour ne pas la nommer), venu *par ordre* soumettre à mon approbation un contrat forfaitaire (1).

Comme je lui faisais part de mon étonnement, en voyant une Compagnie sérieuse comme la *Zurich* employer de tels procédés et proposer semblable marché, cet agent m'avoua *n'avoir pu jusqu'à présent, en effet, trouver dans notre ville aucun adhérent* ; mais, ajouta-t-il, nous connaissons des régions en France où les Médecins trouvent ce tarif très rémunérateur !

Je n'ai pas l'intention ici de reprendre paragraphe par paragraphe l'extraordinaire contrat ci-dessus pour le discuter, il n'en vaut pas la peine.

(1) C'est celui que nous venons de reproduire, pages 256 et 257.

Seulement, je crois utile d'attirer l'attention du Corps médical contre les dangers de l'acceptation de tout forfait.

Celui-ci n'a pas été accepté chez nous, parce qu'il est trop peu élevé, mais je crois savoir que si au lieu de 12 francs par accident, la Compagnie avait proposé 15 francs, elle eût peut-être trouvé quelques signataires.

Vous voyez-vous soigner un accident grave, très grave même (*quelle que soit l'importance de l'accident*), dit le contrat, pour 15 francs ? Vous voyez-vous établir un rapport détaillé pour 3 francs ? Il est vrai que la Compagnie rembourse le papier timbré !

On comprend aisément qu'à ce prix-là, les Compagnies d'assurances fassent en ce moment-ci tous leurs efforts auprès du Parlement pour arriver à faire voter l'acceptation du forfait dans le traitement des blessés du travail.

Et c'est pourquoi on ne répétera jamais assez au médecin qu'en aucun cas il ne doit jamais accepter un forfait quel qu'il soit.

Le Syndicat de l'arrondissement de Caen, naturellement, s'est unanimement élevé comme il convenait, contre la proposition de la *Zurich*.

Mais lorsque l'on songe qu'en France, il est des régions où ce contrat paraît acceptable, on ne peut s'empêcher de s'écrier : « Pauvres Médecins ! » et aussi... « Pauvres blessés ! »

Dr A. CHARBONNIER.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Les Religieuses hospitalières dans les hôpitaux, les cliniques et les maisons de santé

Beaucoup de confrères, soit comme maires et présidents de commission administrative d'un hôpital, soit comme propriétaires de cliniques ou directeurs de maisons de santé, voudraient pouvoir, ne serait-ce qu'à défaut d'infirmières laïques encore très rares presque partout, utiliser les services des congréganistes hospitalières. Mais ils ne savent pas quels sont leurs droits à cet égard et sont souvent en butte à des tracasseries administratives que le ministère, dit d'apaisement, n'a pas fait cesser.

Comme réponse à leurs questions, nous devons leur rappeler qu'en vertu de plusieurs arrêts de la Cour de Cassation rendus en 1909 et 1910, ils ont le droit absolu de se lier à cet effet, par contrat valable, *avec les congrégations religieuses qui ont été autorisées comme hospitalières*, et ont pu éviter la liquidation en bénéficiant de la disposition finale de l'article 1er de la loi du 7 juillet 1904. C'est l'article 8 de la loi du 7 août 1851 qui crée ce droit.

Mais que faire si la congrégation n'a pas été autorisée ?

A notre avis, les médecins, se basant uniquement sur l'intérêt des malades et blessés, ne doivent pas hésiter à créer un mouvement réclamant l'autorisation de toute congrégation, ou

partie de congrégation *qui ne sera qu'hospitalière.* Il n'y a pas de sectarisme ministériel ou administratif qui ne doive être mis en demeure de satisfaire à cet intérêt général. Et nous en sommes encore à trouver le député qui nous fournisse un argument légitime allant à l'encontre de notre revendication sur ce point.

On nous dit que des demandes d'autorisation formulées dans ces conditions restent toujours sans réponse ou sans effet.

Le groupe médical parlementaire s'honorerait beaucoup en demandant publiquement : Pourquoi ?

H. J,)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins fonctionnaires ou non ?

A voir l'ardeur que mettent tous nos confrères à protester et même à lutter (mais seulement par la langue et par la plume) contre la fonctionnarisation du corps médical, de ce corps médical qui n'a plus pour lui que son indépendance, qui met toute sa dignité à conserver celle-ci, qui ne peut pas plus être suspect au client que la femme de César, et patati et patata, il faut bien reconnaître que nombre d'entre nous ont dû se fonctionnariser sans le savoir, et il convient de les éclairer sur l'opinion de la clientèle, de la magistrature et des pouvoirs publics à ce sujet.

Nous la leur livrons telle que l'ont recueillie des infirmiers, gens qui vivent à nos côtés et auxquels notre mentalité n'est pas tout à fait inconnue.

A propos du libre choix du médecin.

En date du 20 novembre 1910, nous avons soumis à *MM. les Membres de la cinquième Commission, à MM. les Membres du Conseil de Surveillance, à Monsieur le directeur de l'A. P., à Paris,* une note tendant à accorder au personnel le libre choix du médecin pour les agents externes.

Le principal grief que nous invoquons contre les médecins qui nous soignent est qu'ils ne sont pas indépendants. Les médecins sont tous pris parmi ceux des bureaux de bienfaisance, lesquels sont des fonctionnaires et comme tels doivent obéir aux ordres qu'ils reçoivent de leur chef : *l'Administration.*

L'un de nous est-il dans un état de santé précaire, l'Administration, en vertu des règlements, a-t-elle avantage à ce que l'on conclue à une impossibilité de service, vite la chose sera réalisable. Une affaire récente nous a démontré *qu'administrativement on pouvait supprimer un diagnostic.... celui-ci fût-il celui d'un médecin principal* !

Nos médecins ne sont donc pas des médecins indépendants, ce sont des fonctionnaires. Que le corps médical ne proteste pas, en voici deux preuves : Nous trouvons au *Bulletin municipal du* 6 *février,* l'avis suivant :

Un concours pour la nomination à dix places de médecin de l'Assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 13 *mars* 1911, *à midi, à la salle des concours de l'Administration de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères,* 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 *(service du personnel), de dix heures à trois heures, du mercredi* 1er *février au samedi* 25 *du même mois inclusivement.*

Conditions du Concours et formalités à suivre.

Les médecins préposés au service de l'Assistance médicale sont nommés au concours pour trois années commençant au 1er *janvier qui suit leur institution.*

Ils reçoivent leur investiture du Ministre de l'Intérieur. Ils peuvent être réinvestis après avis du directeur de l'Administration de l'Assistance publique et du Bureau de bienfaisance.

Tout médecin non réinvesti ne peut plus se représenter au concours.

Avant d'être présentés proportionnellement au nombre des vacances existant à la fin de chaque année, à la nomination du ministre de l'Intérieur, les médecins du service de l'Assistance médicale remplissent les fonctions de médecin-suppléant de ce service, auxquelles ils sont nommés après concours par le Directeur de l'Assistance publique.

Ces médecins sont, nous le répétons, ceux des bureaux de bienfaisance et ceux qui sont chargés de nous soigner à domicile. Nous savons, hélas ! quelle est leur indépendance. Dernièrement, à une collègue qui avait subi l'opération de l'appendicite, le médecin traitant ne donna comme repos, rien et le contrôleur.... 10 jours. Or, un opéré de l'appendicite se lève au vingt-et-unième jour. Pas solide ! on lui dit, dans 10 jours vous reprendrez votre travail.... ou vous viendrez me voir. Total, deux ou trois vacations ! C'est le travail du médecin contrôleur ! Et l'A. P., qui paie ! Elle est riche. Les médecins qui nous soignent se défendent d'être des fonctionnaires qui doivent se soumettre ou se démettre. La citation ci-dessus démontre le contraire, mais que disent-ils de l'extrait du jugement suivant cité par le *Journal* du 2 janvier 1911 :

Les Médecins fonctionnaires.

Doit-on considérer comme un fonctionnaire un médecin attaché à l'Assistance publique et qui, de ce chef, reçoit de l'Administration une indemnité fixe ?

Tel était le curieux point d'interrogation qui était posé hier à l'audience de la sixième chambre du tribunal — deuxième section, — présidée par M. Leroy, à l'occasion d'une saisie-arrêt pratiquée par un tapissier à l'encontre d'un docteur chargé du service de l'assistance médicale dans le quatrième arrondissement de la ville de Paris.

La question se compliquait de ce fait qu'en sus de son indemnité fixe de douze cents francs, ledit docteur recevait aussi des allocations d'une nature essentiellement variable.

Le docteur demandait la nullité de la saisie pratiquée contre lui sur son traitement, comme n'étant pas faite en conformité de la loi du 12 janvier 1895, qui régit les oppositions au traitement des fonctionnaires.

Est-il possible de considérer comme un traitement l'allocation que perçoit le docteur ? se demande alors Me Blaisot, l'avocat du tapissier. Assurément non, car il n'est pas contestable que les occupations du docteur au bureau de bienfaisance sont des plus limitées, et qu'il lui reste la majeure partie de son temps pour l'exercice normal de sa profession. Or, cette profession lui assure des émoluments beaucoup plus élevés que l'allocation complémentaire qu'il reçoit de l'Assistance publique. Il ne saurait donc être un instant considéré comme le

fonctionnaire gêné auquel le législateur de 1895 a voulu étendre sa protection. Il n'est pas douteux davantage que le docteur ne saurait non plus être considéré comme un employé de l'Administration. Le tribunal doit donc valider dans son intégralité la saisie que nous avons faite.

Mais le tribunal, après plaidoirie de Me Norbert Fouilleul pour le docteur en cause, a jugé nécessaire d'établir une distinction entre le traitement fixe que recevait le médecin et les allocations de nature variable également reçues par lui à l'occasion de son service.

Attendu, dit en substance le jugement, que le docteur, en sa qualité de médecin chargé du service de l'Assistance médicale et recevant à la fois une indemnité fixe et des indemnités variables, se trouve aussi exactement que possible dans la situation de certains agents de l'Etat, tels que ceux des finances ou de l'enregistrement, par exemple, qui reçoivent un traitement fixe, lequel se trouve sous la protection des lois du 21 ventôse an IX et du 12 janvier 1895 et, outre cela, des allocations variables et indéterminées quant à la somme qu'elles peuvent atteindre...

Et le tribunal, faisant aux unes et aux autres une part différente, s'est déclaré incompétent en ce qui touchait le traitement fixe, pour ne valider la saisie qu'en tant qu'elle pouvait se rapporter à des allocations attribuées au docteur par l'Assistance publique en surplus de ses douze cents francs de traitement annuel.

Pas de doute possible, le traitement de nos docteurs étant indivisible, ils sont fonctionnaires. Certains diront : mais leurs consultations sont en supplément et du fait qu'ils vous soignent ils ne sont plus fonctionnaires. Chinoiserie. Un ouvrier blessé ou malade qui appelle près de lui le médecin de son patron, bien qu'il le paye, n'en a pas moins près de lui le médecin de ce dernier. Et pour ces médecins..... *fonctionnaires, que devient le secret professionnel?* Que diraient-ils si un infirmier atteint de tuberculose ou autre maladie, mis à la retraite d'office sur la foi d'un de leurs rapports, *les poursuivait en raison du préjudice causé par violation du secret professionnel ?*

L'exposé ci-dessus démontre surabondamment les raisons qui militent en faveur de la réforme que nous demandons : LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN.

F. Merma.

***

N.-B. — Voici, à titre documentaire, un autre cas de médecin fonctionnaire :

Petite République du 31 *décembre* 1910 :

Fonctionnaire ou non ?

Le docteur P...., médecin de la maison centrale de Nîmes, fut prié le 2 août 1908 de passer au cabinet du préfet du Gard.

Le préfet lui fit connaître qu'il avait reçu l'ordre de lui faire cesser immédiatement ses fonctions, et, sur la demande du docteur P...., qui réclamait communication de son dossier, lui répondit qu'il n'avait aucun dossier à lui montrer et qu'il ignorait la nature exacte de la mesure prise à son égard, ainsi que ses motifs.

Le 8 août dernier, le docteur P.... recevait notification d'un arrêté de révocation signé par le ministre de l'Intérieur.

Cette mesure aurait été motivée par le rôle qu'aurait joué le docteur P... dans une mutinerie des détenus. Mais l'appréciation de son opportunité ne rentrait pas dans la compétence du Conseil d'Etat statuant au contentieux. Ce dont la Haute Assemblée, saisie d'un pourvoi de l'intéressé, avait à s'occuper, c'était de la régularité de la mesure.

A la plainte du docteur P..., qui alléguait que, contrairement à l'article 65 *de la loi du* 22 *avril* 1865, *on ne lui avait pas communiqué le dossier, malgré sa réclamation, l'administration objectait que le médecin d'une maison centrale n'est pas un fonctionnaire, mais un simple chargé de service qui reçoit une indemnité non sujette à retenue.*

Mais le commissaire du Gouvernement Helbronner a fait observer que le docteur P.... avait été nommé par un arrêté ministériel, et que le fait que l'indemnité qu'il touchait n'était pas sujette à retenue ne pouvait lui enlever la qualité de fonctionnaire que cette nomination lui avait conférée.

Conformément à ces conclusions, le Conseil d'Etat a prononcé l'annulation de l'arrêté ministériel révoquant le docteur P....

E. Duval.

(*L'Action*, du 12 mars 1911.)

L'Assistance judiciaire et la Responsabilité civile du médecin.

Dans le *Bulletin médical* du 28 janvier, notre confrère Granjux écrivait ce qui suit :

— Avec notre législation actuelle sur l'assistance judiciaire, celui qui n'a pas le bénéfice de cette assistance se trouve dans une situation toujours défavorable. Il est obligé d'avancer ses frais personnels (avoué et avocat), frais souvent très élevés et dont il ne peut guère espérer se faire rembourser, s'il gagne le procès, par un adversaire condamné, mais insolvable. Aussi, en toute équité, lorsqu'un plaideur obtient l'assistance judiciaire pour *intenter une action*, *le défendeur* devrait, de plein droit, avoir le même bénéfice. De cette façon, la situation serait égale pour tous deux.

. . . .

Il nous semble que les syndicats médicaux seraient qualifiés pour demander que l'assistance judiciaire soit accordée désormais de plein droit à tout médecin attaqué en raison de ses actes de médecin fonctionnaire.

Il va sans dire que nous partageons absolument l'avis de notre avisé confrère. Nous ajouterons même que les syndicats n'ont pas à s'en tenir aux seuls actes du médecin *fonctionnaire*.

Le « Sou médical » a connu récemment une bonne demi-douzaine de scandaleuses actions judiciaires, intentées devant deux ou trois juridictions chaque fois, par des assistés à la solde de la politique des petites mares stagnantes, contre des médecins qui n'avaient rien à se reprocher professionnellement. Il a tiré d'affaire, c'est vrai, ceux de nos camarades qui étaient attaqués, mais il y a laissé à peu près six mille francs et encore n'a-t-il pas pu faire oublier aux victimes les tracasseries, les pertes de temps, les préjudices moraux et matériels que leur prodiguaient ces vils agents de la calomnie en mobilisant toute la magistrature aux frais de la princesse.

Eh bien ! le croira-t-on ? Tandis qu'autrefois l'assistance judiciaire n'était accordée qu'après un peu d'examen du fond de la querelle, on ne tend aujourd'hui qu'à supprimer cet examen !

Et allez donc, c'est pas mon père.

Aussi, le remède contre ces incroyables abus est bien dans l'assistance judiciaire accordée aux deux parties, et nous souhaitons aussi voir les Syndicats médicaux lutter pour l'obtenir.

Mais quand seront-ils prêts pour l'action, ces bons Syndicats qui ont si souvent peur jusque de leur propre nom ? H. J.

CORRESPONDANCE

La légalisation et la certification des signatures.

Monsieur et cher confrère,

Je vous serais obligé de vouloir bien me fixer sur le cas suivant qui intéresse tous les médecins.

Quel est le fonctionnaire administratif qui a qualité légale pour légaliser les certificats des médecins ?...

Il y a trois ans, le commissaire de police de mon quartier (Folie-Méricourt) refusait de légaliser un de mes certificats, sous prétexte que ma signature n'était pas conforme à celle que j'avais déposée au préalable au commissariat.

Mécontent, je me plaignis à la Préfecture de police, où je fu convoqué près du Secrétaire général, quelques jours après.

Là, on m'apprit que le commissaire de police n'avait pas qualité pour légaliser un certificat de docteur, qu'il le faisait généralement, cela était vrai, mais que ce n'était qu'un « usage », que cela regardait le maire de l'arrondissement.

Je m'inclinai et m'en fus dare-dare à la mairie du XIe, où un fonctionnaire, évidemment compétent, commença par m'objecter de façon péremptoire que la légalisation des certificats de médecins était du ressort du commissaire de police !.....

Je lui répliquai, furieux, que je « sortais d'en prendre », et qu'on me renvoyait à la mairie. Ceci l'éclaira vraisemblablement d'une lueur d'intelligence, car il me dit qu'en effet, il avait vu, de ses yeux vu, certains certificats de médecins légalisés par le maire « mais pas tous, ça dépend lesquels (*sic*) ».

— Enfin, lui dis-je, voulez-vous, oui ou non, accepter ma signature, de façon à ce qu'un certificat signé de moi ne soit pas refusé par vous, sans rime ni raison, comme n'étant pas authentique ?...

— Amenez-moi deux témoins patentés et toutes les feuilles pouvant suffisamment établir votre identité : quittances de loyer, carte d'électeur, etc., etc.

Et je m'enfuis.

Tout cela, Monsieur et cher confrère, est-il bien nécessaire ? Cet employé avait-il raison ?

Je serais véritablement heureux d'être fixé à ce sujet et de connaître la marche à suivre pour obtenir, d'une part, la légalisation de mes certificats, sans objection, pour éviter, d'autre part, les chinoiseries administratives.

Avec mes remerciements, veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr G. SÉCHERET.

Réponse.

C'est à M. le Garde des Sceaux que nous avons cru devoir poser la question du confrère Sécheret ; voici sa réponse officielle, qui nous est venue.... par notre commissaire de police !

MINISTÈRE DE LA JUSTICE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, 21 janvier.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice à Monsieur le Procureur de la République, à Paris.

M. le Dr Paul Boudin m'a adressé une requête dans laquelle il demande « quelle est l'autorité compétente qui ne peut pas se refuser à légaliser la signature d'un médecin, apposée au bas d'un certificat, lorsque cette signature est connue d'elle ».

Je vous prie de vouloir bien faire connaître à M. le Dr Paul Boudin que mon attention a déjà été appelée sur cette question, qui a été l'objet à la Chancellerie d'un examen d'où il résulte qu'il faut distinguer la *légalisation*, c'est-à-dire l'attribution de force légale à l'acte qui en est revêtu, de la *certification* qui n'a pour but que d'attester la sincérité d'une signature privée.

D'après la législation actuelle et la jurisprudence du Conseil d'Etat, les agents légalisateurs sont, en droit commun, les présidents de tribunaux et les maires ; mais le commissaire de police du quartier et le maire de l'arrondissement sont en droit de refuser de légaliser l'acte sous seing privé qui leur est présenté et qui ne concerne que des intérêts privés. Les commissaires de police et les officiers municipaux n'ont en effet qualité pour légaliser des signatures que dans les cas exceptionnels où l'acte soumis à leur contre-seing est destiné à être produit en justice.

Les agents certificateurs sont les maires et les commissaires de police, investis, en ce cas, d'une portion du pouvoir municipal. Mais les maires peuvent, selon les circonstances, et en prenant les précautions nécessaires pour n'être pas trompés sur l'authenticité de la signature, refuser ou accorder la certification.

A Paris, les commissaires de police, interprétant littéralement une circulaire de 1900 de M. le Préfet de la Seine, refusent de certifier les actes qui ne sont pas destinés à être produits en justice, ou devant l'administration. En l'état actuel de la législation, ils ne sauraient être contraints de le faire.

J'estime que cette façon de procéder n'est pas sans présenter parfois de sérieux inconvénients et je me propose actuellement d'y remédier en provoquant l'avis de MM. les Ministres des Affaires étrangères, de l'Intérieur et des Colonies, sur l'opportunité d'un projet de loi ou de décret fixant les attributions des maires et commissaires de police en la matière.

Nous constatons en effet que l'inconvénient est sérieux, puisqu'on n'est jamais sûr de trouver une autorité qui soit obligée de légaliser même quand elle connaît au mieux le signataire.

Et comme le Ministre qui avait le désir de changer cela vient de partir, on se demande quand cela finira. Doux pays !

La Responsabilité professionnelle du médecin inspecteur de la Protection des enfants du premier âge.

M'étant toujours bien trouvé des conseils du *Concours médical,* j'ai encore une fois recours à votre expérience pour une question qui peut intéresser pas mal de médecins.

J'ai lu il y a quelque temps un article concernant un procès intenté à un médecin inspecteur des enfants du premier âge, dont je n'ai pas retenu le nom. Un père prétendait le rendre responsable du décès de son enfant, parce qu'il n'aurait pas fait régulièrement les visites mensuelles, et qu'il aurait prélevé plusieurs bulletins à la fois sur le carnet de la nourrice.

Vous connaissez probablement cette affaire ? Pourriez-vous en donner des détails dans le journal ? L'exemple peut être suivi et hier j'ai eu la visite d'un monsieur qui me menaçait des foudres du Conseil général ! pour des faits ne me concernant pas, d'ailleurs.

J'ai des nourrissons placés dans toutes les directions, à des distances allant jusqu'à 12 km. et à des altitudes allant jusqu'à 1000 m. Je ne suis appelé qu'exceptionnellement, et même jamais dans certains de ces endroits perdus. En ce moment, à cause de la neige, il est presque matériellement impossible d'y aller. Et me serait-il possible d'y aller que je n'irais pas pour la raison bien simple qu'une voiture me coûterait 15 à 20 francs, que je perdrais plusieurs heures, et que la visite me serait payée.... 1 fr.; vraiment, les médecins n'ont guère les moyens de se permettre de pareilles folies.

En acceptant ce service, le médecin se met donc dans la situation suivante : ou bien il assure le service régulièrement en faisant chaque mois une visite et dépense de ce fait cent francs par mois, par exemple, sans presque d'autre dédommagement que de se mettre à l'abri de poursuites possibles — ou bien il visite les nourrissons lorsqu'il est appelé dans la localité, c'est-à-dire quelquefois pas du tout, et alors il dépense peu, mais gagne aussi peu, et pour compenser, est toujours sous le coup de récriminations, de poursuites de la part de papas irrités, de blâmes de la Préfecture, etc.,— ou bien enfin, il fait ses visites quand il peut, mais en prenant autant de bulletins que s'il les faisait régulièrement, et alors s'il peut s'arranger de cette petite combinaison, il s'expose, en plus des inconvénients ci-dessus, à se voir poursuivre pour escroquerie ; il est à la merci d'un préfet, d'un maire, de tout le monde.

Je viens donc vous demander jusqu'à quel point la responsabilité du médecin est engagée, s'il ne visite pas régulièrement ses nourrissons. Et si cette responsabilité est réelle, quel moyen y a-t-il de se mettre à l'abri ? Il est bien certain que la Préfecture ne voudra jamais rémunérer suffisamment ces visites pour qu'elles puissent être faites régulièrement ; elle préfère fermer les yeux.

Alors, ne reste-t-il plus qu'à démissionner ou à jeter philosophiquement par la fenêtre l'argent qu'on a assez de peine à gagner ; ou enfin à transiger avec sa conscience d'honnête homme tout en courant pas mal de risques ?

Excusez ma longue lettre. J'attends votre réponse avant de prendre une décision, car je ne veux plus de cette situation, et vous remercie d'avance de vos bons conseils en vous adressant l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr M.

Le procès auquel vous faites allusion est un procès d'ordre purement politique. La meilleure preuve, c'est que les journaux locaux d'une couleur incriminaient le médecin, tandis que les feuilles d'opinion contraire proclamaient l'innocence de l'accusé. L'affaire est même venue devant le Parlement. Inutile de dire que notre confrère a eu gain de cause.

Malheureusement, comme vous venez vous-même de vous en apercevoir, les nourrices, qui lisent les journaux, voudraient recommencer cette petite histoire. La responsabilité professionnelle commence à être à la mode et, à côté du procès fameux du Dr Bazy, plusieurs médecins de province ont été inquiétés par leurs clients : le « Sou médical » a ainsi été obligé de soutenir huit de ses adhérents en 1910.

Vous nous dites, d'autre part, qu'il est presque impossible à un médecin inspecteur de la Protection du premier âge, de faire consciencieusement et correctement son service. Nous sommes parfaitement de votre avis et l'administration aussi.

C'est ainsi que, lorsqu'un préfet veut révoquer un médecin, pour raisons politiques, il ne se sert pas de ces derniers griefs ; mais il fait faire une enquête par ses agents. Toujours, le médecin est trouvé en faute ; d'où motifs à révocation et le tour est joué.

Le médecin est obligé de voir tous les mois ses nourrissons et ce, pour le prix infime, autant que ridicule, d'un franc par visite, quelle que soit la distance kilométrique. Si le médecin fait passer d'abord les clients qui le payent, c'est-à-dire qui le font vivre, il risque de négliger ses visites de nourrissons, car il ne peut inspecter les nourrices que lorsqu'il passe dans leur village ou à proximité. D'où cette situation que vous nous indiquez fort bien : ou faire consciencieusement son service et en être de sa poche, ou ne faire les tournées d'inspection que lorsqu'on le peut, et on est à la merci d'une révocation. A moins que le médecin, soucieux de ne pas être susceptible d'être révoqué, veuille conserver sa liberté d'action et surtout d'opinion, et donne sa démission de médecin inspecteur. Et la responsabilité, nous dites-vous, jusqu'à quel point est-elle engagée ?

Cette responsabilité est réelle et découle du règlement d'administration publique du 27 février 1877 :

« Art. 13.— Si le médecin reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie contagieuse, il constate l'état de l'enfant et celui de la nourrice, et il peut faire cesser l'allaitement. Dans ce cas, ainsi que lorsqu'il

constate une grossesse, il informe le maire, qui doit aviser les parents, sans préjudice, s'il y a lieu, des mesures autorisées par l'art. 7 (enfant placé provisoirement chez une autre nourrice).

« ART. 14.— Dès que le maire apprend qu'un enfant placé en nourrice ou en garde dans la commune est malade et manque de soins médicaux, il prévient le médecin-inspecteur de la circonscription, et, si celui-ci est empêché, il requiert le médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant. »

Eh bien! de ces articles, on peut tirer tout ce que l'on veut en fait de responsabilité du médecin, et, tant que les magistrats ne seront pas responsables de leurs jugements, ils pourront décider, à tort ou à raison, sur des vraisemblances et pas toujours sur des preuves, que le médecin est coupable de négligence. Et, ma foi, lorsqu'on n'a pas la possibilité d'être conseillé et guidé par des avocats spécialisés dans ces questions médicales, on risque fort de succomber au procès. D'où la solution : démissionner de ses fonctions de médecin inspecteur du premier âge, ou demander aide et assistance au « Sou », en lui adressant sa cotisation annuelle de vingt francs.

Mais il y a une troisième solution : elle découle de l'art. 15 du règlement du 27 février 1877 : « les médecins-inspecteurs reçoivent à titre d'honoraires des émoluments qui sont fixés par le Ministre sur la proposition du préfet, après avis du Conseil général ».

Il appartient donc aux Syndicats médicaux de faire valoir les justes réclamations du corps médical auprès des Conseils généraux. Aux Syndicats de demander le relèvement de ce tarif de la protection du premier âge ; de même qu'ils auront à demander que ce service soit fait, soit par circonscriptions, soit par roulement, par tous les docteurs en médecine du département qui manifesteraient le désir de remplir ces fonctions. Cela se fait, dans certains départements, pour l'assistance médicale gratuite, pour les vaccinations. Mais, il faudrait toucher aux situations dites acquises et les Syndicats voudront-ils marcher ?

Conclusion : Vous avez raison, saisissez votre Syndicat de cette question et nous espérons, d'un autre côté, que les fidèles lecteurs du *Concours* discuteront cette question dans les colonnes du journal et déposeront, dans leurs Syndicats respectifs, des rapports et conclusions pratiques.

Relisez dans le *Concours* 1909, p. 938, le rapport très documenté du Dr Authenac (de Sainte-Sévère), et méditez ses conclusions.

P. B.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux. (Hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau).—Le Dr Variot reprendra les conférences d'hygiène et de clinique infantiles le lundi 20 mars, à 10 h. 1/2, salle de la grande Crèche, et les continuera chaque lundi à la même heure.

Le Dr Variot étudiera spécialement la ration alimentaire des nourrissons normaux, débiles et atrophiques.

— **Ecole du service de santé militaire.** (Décret du 21 février 1911).— Art. 1er. L'article 9 du décret du 18 mai 1906 est remplacé par le suivant :

Art. 9.— Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français ;

2° Qu'au 1er octobre de l'année du concours il a eu dix-huit ans au moins, et vingt-quatre, vingt-cinq, vingt-six ans au plus, selon qu'il possède quatre, huit ou douze inscriptions, valables pour le doctorat en médecine ;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole ;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

5° Qu'il est pourvu du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles institué par le décret du 31 juillet 1893.

Toutes ces conditions sont de rigueur et aucune dérogation ne peut être autorisée.

Les étudiants en médecine présents sous les drapeaux sont autorisés à concourir dans les mêmes conditions d'âge et de scolarité que les autres candidats.

Par décision ministérielle du 21 février 1911, le nombre des élèves à admettre à l'école du service de santé militaire, à la suite du concours de 1911, est fixé à 120

Conformément aux dispositions du décret du 21 février 1911, les étudiants à quatre, huit et douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine seront admis à concourir dans les conditions d'âge imposées par le décret susvisé.

Ils seront répartis, selon leur nombre d'inscriptions, entre les trois divisions de l'école.

Les élèves qui n'auront pas accompli l'année de service prescrite par la loi du 21 mars 1905 passeront un an dans un corps de troupe préalablement à leur entrée à la dite école.

Les élèves démissionnaires seront remplacés avant l'ouverture des cours par d'autres élèves pris dans l'ordre de la liste de classement du concours.

Le ministre se réserve de réduire le nombre des admissions si la moyenne des examens est jugée insuffisante, ou de l'augmenter, par une liste supplémentaire, si les circonstances exceptionnelles suivantes : guerre, création d'unités ou de services causaient dans les cadres des déficits imprévus.

— **Exposition d'Hygiène de Tunis.** — A l'occasion de l'Exposition d'hygiène de Tunis, il sera tenu, en cette ville, du 18 au 21 avril, sous la présidence du Dr Conseil, directeur du Bureau d'Hygiène de Tunis, un Congrès d'Hygiène Coloniale.

Les docteurs en médecine qui désirent faire des communications, des conférences, doivent adresser une demande d'inscription au Dr Froussard, président du Comité Parisien, 55, rue Cardinet, Paris.

Dans les locaux de l'Exposition sont réservées des vitrines pour les travaux, livres, instruments médico-chirurgicaux qui y seront exposés, moyennant le prix forfaitaire de 10 francs pour le premier volume ou instrument et 5 francs pour les autres.

Les envois doivent être adressés, jusqu'au 25 mars, au Dr Guillet, secrétaire du Comité, 4, rue

Say, et le montant de la souscription à M. Trèves, trésorier, 12, rue de Hanovre.

Les exposants jouiront de tous les avantages réservés à l'Exposition.

— Hospices Civils de Toulon. — Un concours pour trois places d'Interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 1er avril prochain.

Les candidats devront s'inscrire au moins huit jours à l'avance au secrétariat des Hospices.

— Honoraire médical. — Un jugement récent vient de faire intervenir pour l'appréciation des honoraires médicaux la notion du *temps* consacré par le médecin à ses malades.

Il s'agit d'un confrère parisien qui réclamait, hier à un de ses clients, une note de soixante visites faites à Paris, et de vingt-sept visites qui auraient eu lieu à Saint-Gratien.

Pour les premières, il demandait 10 fr., et pour les secondes 100 francs.

Appelée à vider le différend, la sixième chambre, sous la présidence de M. Hugot, de dire et juger :

« Attendu que la note des honoraires produite par un médecin, lorsqu'elle est conforme à ses livres de consultation ou à ses carnets de visites régulièrement tenus, doit être retenue comme faisant preuve suffisante du nombre des visites et des soins donnés au malade ; que le docteur X... a établi le fondement de sa créance et qu'il convient de faire droit à sa demande en ce qui concerne le montant des visites réclamées ;

« Attendu que, pour déterminer le prix de ces visites, il y a lieu de tenir compte de la notoriété que le médecin s'est acquise ; de la situation pécuniaire du malade, du *temps qui lui a été consacré...* »

Le médecin est donc autorisé à toucher ses honoraires sur le chiffre de 10 francs pour chaque visite à Paris et sur le chiffre de 50 francs pour chaque visite à Saint Gratien.

— Le taux de la mortalité dans les principales villes de l'Europe. — En 1909, le nombre des décès par 1.000 habitants a été de :

13,1 à Amsterdam ; 13,9 à Bruxelles ; 14,3 à Stockholm ; 14,5 à Copenhague ; 14,7 à Londres ; 15,1 à Berlin ; 16,2 à New-York ; 16,8 à Vienne ; 17,7 à Paris (1908) ; 19,3 à Rome ; 24,6 à St-Pétersbourg.

— Une histoire de chantage. — Elle fait pendant à celle du Dr Bazy, ou plutôt elle l'a précédée, mais s'est terminée beaucoup plus heureusement pour la victime, en l'espèce le Dr Variot.

Il reçut un jour une convocation pour se présenter devant la commission d'assistance judiciaire appelée à statuer sur le cas d'une dame X., qui l'accusait de faute opératoire grave commise au cours d'un tubage fait à son enfant atteint de diphtérie — six ans auparavant.

En faisant appel à ses souvenirs, le Dr Variot se rappela en effet avoir tubé un enfant qu'il avait gardé plus de six mois dans son service pour lui faire la dilatation progressive d'un larynx rétréci par des cicatrices de vastes ulcérations.

« Mais comment puis-je être inquiété pour ce cas, dit-il au juge. J'ai la conscience d'avoir fait tout mon devoir à l'égard de l'enfant moi et mes aides ? Pourquoi, avant de me convoquer, n'a-t-on pas pris l'avis d'experts techniques qui auraient reconnu tout de suite que l'opérateur n'était pas en défaut ? »

« Ne vous préoccupez pas, répondit le juge, je vois ce dont il s'agit ; je n'accorderai pas l'assistance judiciaire à cette femme Nous savons qu'il y a des gens d'affaires à la piste des cas de ce genre et qui font du chantage autour des médecins et surtout des médecins en renom. Ils espèrent que, pour éviter le scandale et la publicité, le médecin paiera la forte somme et qu'il reculera devant un procès retentissant. »

— Une nouvelle responsabilité pour les médecins. — *Il Policlinico* de Rome publie un arrêt mettant les médecins sur le même pied que les hôteliers et logeurs !

La cour de cassation de Rome (arrêt du 17 novembre 1910) a jugé que les médecins chirurgiens opérant chez eux ou dans un local privé, à ce destiné, ont le devoir de veiller sur les objets et vêtements que les clients déposent au vestiaire, aux portemanteaux ou dans le salon d'attente.

A ce titre il sont responsables du vol de ces objets.

Cette nouvelle responsabilité manquait probablement à toutes les autres. Il va évidemment surgir une nouvelle industrie, celle du Monsieur venant cueillir dans la salle d'attente du médecin une riche pelisse en castor.

— Affiches macabres. — La préfecture de la Seine, par de grandes affiches blanches, porte à la connaissance du public les nouveaux tarifs des pompes funèbres. Rien n'est oublié, et le prix de tout le matériel funéraire est soigneusement détaillé. Le prix des cercueils varie de deux à quatorze cents francs, suivant qu'ils sont de bois blanc ou d'ébène ; la garniture intérieure peut varier de 50 centimes à 300 francs. Pour 40 francs, l'administration fournit un cheval de bataille : pour 10 francs, elle voile de crêpe les tambours. Il y a même des pleureuses pour la modique somme de 6 francs...

Tout est prévu et le protocole officiel ou officieux peut compter sur tous les moindres détails des convois funéraires.

— Les legs Loutreuil. Une donation scientifique de sept millions. — Un Français, d'origine très humble, M. Loutreuil (de l'Orne), fixé depuis plus de cinquante ans à Moscou, et qui avait réussi, à force de travail et d'intelligence, à faire une grosse fortune dans des entreprises industrielles, est mort récemment, laissant par testament :

100.000 francs à l'Institut Pasteur ;
1 million à la Caisse des recherches scientifiques ;
2.500.000 francs à l'Université de Paris ;
3. 500.000 francs à l'Académie des sciences.

Parti presque sans instruction de son village, ce généreux donateur avait acquis péniblement les connaissances scientifiques qu'il utilisa dans ses nombreuses entreprises industrielles ; et il a voulu que la science française, dont les ressources lui apparaissaient extrêmement réduites en comparaison des riches dotations faites fréquemment aux Universités étrangères, fût la principale héritière de sa fortune.

Ceci est d'un bel exemple et il serait à souhaiter que nos millionnaires, en mal de tester, songent un peu plus souvent à nos organisations scientifiques pour leur ménager les subsides dont elles sont insuffisamment pourvues.

— Physiologie du sommeil. — De notre confrère, le Dr Pascal dans le *Journal* « ... L'homme endormi est comparable à un animal privé provisoirement des hémisphères cérébraux... »

Quand l'homme et les animaux rêvent, est-ce le cervelet ou la moelle allongée qui sont le siège de leurs rêves ? (*Gaz. des Hôp. de Toulouse.*)

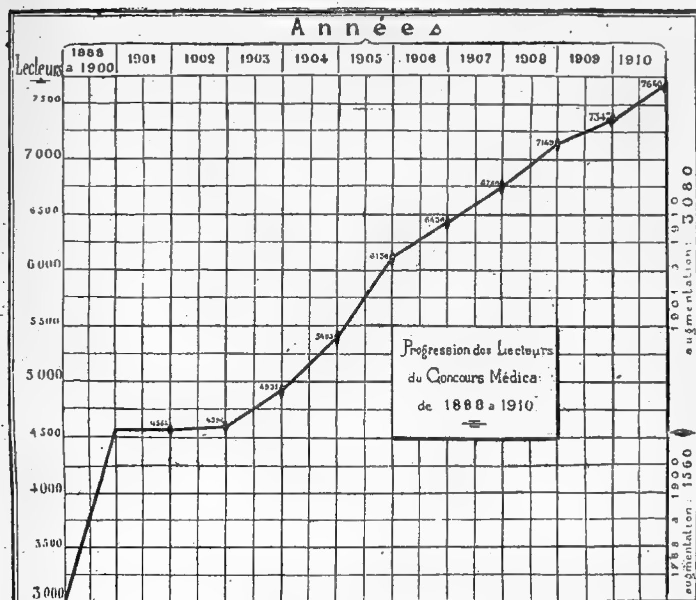
Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-troisième année. **N° 13** **Dimanche 26 MARS 1911.**

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



LE

CONCOURS

MÉDICAL

132, rue du Faubourg-Saint-Denis,

PARIS (10e)

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

23, rue de Dunkerque. — 132, rue du Faubourg-St-Denis.

Oui, le *Concours Médical* change de domicile. Nous écrivons encore ces lignes du 23 de la rue de Dunkerque ; quand nos abonnés les liront, nous serons au 132 *de la rue du Faubourg-St-Denis*, entre les gares du Nord et de l'Est, à quelques centaines de mètres de chacune d'elles.

Incident banal, diront quelques-uns peut-être.

Eh bien ! pour nous, c'est une date à retenir, un fait devant lequel nous n'avons pas pu éviter le recueillement et la méditation, car il évoque vingt-trois années de l'histoire de notre chère Société.

Ouvrez votre collection du Journal, vous, les anciens, qui avez vécu cette période en communauté de vues, de désirs, d'action, de rêves même, avec Cézilly, Gassot, Maurat, Lande, Mignen,

etc., pour ne citer que ceux-là, parmi la phalange courageuse qui était sur la brèche à l'époque préparatoire de l'Exposition de 1889.

Que de travail, que d'idées, que de projets depuis lors! Mais surtout que de *réalisations*, car c'est par là que le « Concours » s'est toujours distingué parmi les organes de la presse médicale !

Dans ce modeste fond de cour où nos pénates furent installés en l'an 1888, le Journal abritait déjà : la *Caisse des Pensions de retraite* due à l'initiative de Lande ; l'*Union des Syndicats médicaux*, dont le budget existait surtout sur le papier, et dont le *Concours* était l'organe hebdomadaire absolument gratuit ; la *Caisse des victimes du devoir médical*, passée depuis à l'Association générale, pour secourir des non-sociétaires, et dont les ressources feront si bien dans l'*Œuvre du secours immédiat*, si elle ne s'éloigne pas de l'A.G.

Et aussitôt, Cézilly et ses collaborateurs se lançaient dans la préparation d'un *Congrès des Praticiens* pour l'année de l'Exposition, avec le programme suivant : « Syndicats, revision de la législation médicale, lois d'intérêt social, caisses d'assurance et de prévoyance entre médecins, Assistance et hygiène publique ». Cet essai de Congrès resta un des rares insuccès de notre fondateur : l'A. G., qui était tout à cette époque, n'ayant pas voulu prêter son aide, nos aînés s'arrêtèrent *par esprit de discipline*, pour ne pas créer, devant la galerie, de divisions fâcheuses au point de vue de l'intérêt général (1889).

Au bilan de cette même année s'inscrivent : la création de l'*Association de la presse médicale* dont Cézilly, Cornil et de Ranse furent les trois premiers syndics ; la constitution du *groupe médical parlementaire* sous l'impulsion du Dr Chevandier ; le commencement de l'ardente campagne d'où sortirent la loi sur l'exercice de la médecine en 1892, et la loi sur l'assistance médicale gratuite en 1893.

Trois années de négociations incessantes et de luttes pénibles, connues des seuls initiés (car il est parfois nécessaire de ne pas publier), furent consacrées à ces deux dernières questions. Cézilly, de Fourmestreaux et d'autres avec eux, assiégeaient les commissions parlementaires, documentaient MM. Chevandier et Langlet, rapporteurs, ainsi que Brouardel et Cornil, commissaires du gouvernement ; après quoi, ils faisaient la conquête des votes individuels dans les couloirs du Sénat et de la Chambre, circonvenaient MM. Loubet, Trarieux, Maxime Leconto, etc., nous suscitaient partout d'éloquents défenseurs.

Ah ! les conciliabules de ce temps-là, 23, rue de Dunkerque, sous des quinquets fumeux, dans des pièces dépourvues de tout confortable !

Puis la victoire était à peine remportée que nos amis passaient à l'article suivant du programme, toujours rejeté par l'A.G. : ils créaient eux-mêmes, tout seuls, par le Concours, l'*Association Amicale-maladie* (1894).

En 1895, tout l'effort se tendait du côté des lois sociales qui devaient voir le jour en 1898 (mutualité, accidents du travail). Pendant que l'*Union des Syndicats*, émancipée, s'organisait à travers mille difficultés grâce à l'infatigable dévouement de Noir, le Concours fourbissait les armes pour l'avenir prochain : conversations avec les chefs de la mutualité, vaste enquête et conclusions sur ce sujet (1895) ; conversations avec les Compagnies d'assurances-accidents, essais infructueux d'entente (1896) ; *Tarif Jeanne* (1897) d'où dériveraient plus tard Tarif de la Participation et Tarif Dubief ; création du « Sou médical » (1898) à la faveur de l'agitation née des affaires Laffite et Laporte ; constitution de la *Financière* et de la *Participation* (1899) pour imposer sur le marché nos chiffres minima d'honoraires aux *assureurs d'accidents*, que Diverneresse et Jeanne ne lâcheront plus à partir de 1900.

Nous nous trouvons alors en pleine participation à un *Congrès professionnel* pour lequel, cette fois, l'Association Générale a marché. Cézilly en est l'un des vice-présidents ; chaque rapporteur constate ses efforts et ses succès acquis sur tous les terrains où il avait lancé le seul *Concours médical* ! Et c'est l'heure où la maladie le sépare de nous : on ne devait plus revoir le pilote au 23 de la rue de Dunkerque.

Mais les élèves recueillent alors la succession du maître et, pieusement, scrupuleusement, maintiennent la tradition que Gassot avait ainsi formulée aux applaudissements de l'Assemblée de 1889 :

« *Si l'œuvre du Concours Médical est bonne, c'est* « *qu'elle est l'œuvre du Corps médical lui-même ; elle* « *est la résultante de tous les efforts individuels de* « *ses membres exerçant leur activité en pleine liberté.* « *Jamais le Directeur du Concours, jamais les membres de ses Comités et Conseils n'ont prétendu lui* « *imposer un programme, lui tracer une ligne de conduite ; jamais ils n'ont cherché à accaparer le mouvement professionnel ; jamais, en présence d'une idée* « *qui leur était soumise, ils ne se sont demandé autre* « *chose que ceci : le Corps médical peut-il en tirer un* « *avantage quelconque ?* »

Unis par une inaltérable amitié, ces élèves ont vu depuis, à chacune de leurs créations contemporaines, se grouper autour d'eux de nouveaux collaborateurs, vaillants et désintéressés, doués du tempérament d'apôtre, qualités sans lesquelles ils n'auraient pas trouvé place ici. Grâce à eux, les services que Gassot

passait en revue avant de conclure ce que ci-dessus, ont tous décuplé d'importance ; ils se sont multipliés jusqu'à nous mettre dans l'impossibilité de les continuer en nos locaux trop exigus.

Il faut quitter ce petit coin que nous rendaient si cher les habitudes, les souvenirs, les rencontres amicales entre vieux lutteurs, même les batailles d'où sortirent tant d'avantages péniblement conquis en faveur de nos fidèles sociétaires. La maison des 3.000 de 1883 ne peut plus contenir les 7.600 d'aujourd'hui 1911.

Donc, demain, nous serons fixés au 132 du Faubourg St-Denis.

Nous y apportons aussi le siège du « Sou médical », un gaillard terriblement envahissant, mais dont les progrès nous rendent particulièrement fiers (il dépasse maintenant 2.000 membres).

Nous y avons surtout préparé une large hospitalité à la *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français*, qui englobera un jour tous les praticiens, quand ceux-ci auront acquis l'esprit de prévoyance que nous avons le devoir de leur inculquer, presque de gré ou de force, puisque un médecin qui ne prévoit pas n'est pas un médecin complet.

Place suffisante y sera réservée pour nous permettre de réunir périodiquement cette élite de dévoués propagandistes de la solidarité professionnelle que nous continuons de grouper en *Comités départementaux.*

Et comme même, depuis l'*Agenda Memento du praticien*, œuvre personnelle de M. Boulanger, administrateur, la consultation de MM. Dumesny, Boudin et Jeanne, en matière de *Contentieux et de Jurisprudence* médicale, est de plus en plus suivie, nous lui donnerons un caractère de permanence chaque jour, du matin au soir, qui sera fort apprécié de nos abonnés parisiens, banlieusards ou de passage.

Après quoi nous attendrons, en vue de services à rendre, les suggestions *réalisables* de tous nos sociétaires.

Et nous les *réaliserons* aussitôt que les voies et moyens le permettront, parce que le « Concours » est et restera toujours ce qu'il fut : la chose de tous ses adhérents.

Le Conseil de Direction.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Prof. agrégé CASTAIGNE.

Sur les albuminuries bénignes et sur la débilité rénale.

Je vous parlerai, aujourd'hui, de la débilité rénale et je me propose de vous montrer comment j'ai été amené à concevoir cette notion et ce que vous devez en retenir.

La notion de la débilité rénale ne m'est pas venue à l'esprit par hasard. A l'époque, où j'étais interne dans son service, M. Gilbert commençait ses travaux sur la cholémie familiale et il indiquait le rôle joué par cette cholémie dans la production de toute une série de lésions hépatiques. M. Gilbert établissait que ce n'est pas sans raison qu'un sujet offre, à un moment donné de son existence, une cirrhose ou une autre affection hépatique, et que souvent entre en cause une prédisposition héréditaire tenant à la cholémie familiale. Cette notion, si vraie et si importante en pathologie hépatique, semble non moins vraie et non moins importante en pathologie rénale. C'est ainsi, par analogie, que j'ai été conduit à me préoccuper de l'état morbide antérieur du rein pouvant faire prévoir une tare de cet organe.

On peut donner de la débilité rénale une définition semblable à celle que j'indiquais en 1902 à la Société médicale des hôpitaux. On doit entendre sous ce nom, disais-je, une faiblesse du rein, du fait de laquelle cet organe est plus facilement lésé par la moindre intoxication ou la moindre infection, et laisse passer de l'albumine sous des causes légères.

Voici un exemple clinique de débilité rénale :

J'ai vu hier un médecin qui me conduisait son fils dans les conditions suivantes. L'enfant, âgé de 7 ans, présentait de l'albuminurie. Il en avait eu déjà plusieurs fois sans avoir été atteint d'aucune maladie infectieuse. Le père avait été amené à rechercher l'albuminurie, car il avait perdu antérieurement un autre enfant de néphrite aiguë. Dès que le petit malade dont je parle fait un exercice violent, dès qu'il travaille à ses études d'une manière exagérée, dès qu'il se départit de son régime habituel, il offre une poussée d'albuminurie qui dure 1, 2 jours, et disparaît. C'est là un exemple type de débilité rénale où se trouvent réunis les deux grands caractères de cet état morbide, c'est-à-dire :

1° Production de l'albuminurie sous l'influence

de la plus petite cause, écart de régime, exercice exagéré, infection légère ;

2° Existence dans les antécédents d'une hérédité nette.

Vous rencontrerez les deux caractères en question, presque constamment, dans l'histoire de la débilité rénale.

L'empreinte héréditaire est quelquefois beaucoup plus accentuée que chez l'enfant dont je viens de vous entretenir. Dans mes observations personnelles, elle a été parfois frappante. Le cas suivant est particulièrement remarquable. Une mère de famille, aujourd'hui mourante d'accidents urémiques, a eu 8 enfants. Sa mère et deux de ses sœurs sont mortes d'urémie. Sur 8 enfants, 6 sont vivants, 4 ont de l'albuminurie continue, sans symptôme grave jusqu'à présent, et les deux autres ont de la débilité rénale, de l'albuminurie à l'occasion de la moindre infection. Cet exemple justifie bien l'importance que j'attache au facteur héréditaire et familial dans la genèse de la débilité rénale.

Il faut aussi tenir compte de la débilité rénale acquise. Vous verrez des sujets présenter une néphrite aiguë à la suite d'une infection ou d'une intoxication ; puis, sous l'influence du traitement, les symptômes de néphrite diminuent et, à un moment donné, on ne trouve plus d'albumine. Les malades peuvent être complètement guéris, mais vous savez que souvent la lésion est simplement calmée, couve sous la cendre pour ainsi dire, et qu'au bout d'un temps quelconque, le syndrome néphritique reparaît. Entre ces deux éventualités, il y a place pour un intermédiaire qui est précisément la débilité rénale. Vous rencontrerez des malades qui sembleront guéris, et feront néanmoins de l'albuminurie à l'occasion d'une fatigue, d'une infection légère, d'une intoxication.

Voilà donc les causes de la débilité rénale, l'une purement héréditaire, l'autre acquise.

Comment peut-on soupçonner, dépister, diagnostiquer la débilité rénale ? Je suppose un sujet ayant eu une néphrite aiguë. Il paraît guéri. Il y a intérêt à savoir s'il lui reste de la débilité rénale. Vous ne devez pas attendre qu'une infection nouvelle ou une intoxication vienne reproduire l'albuminurie. Existe-t-il un moyen clinique de dépister la débilité rénale ? C'est ce que j'ai cherché à établir en étudiant l'albuminurie provoquée par le blanc d'œuf.

L'albuminurie provoquée par le blanc d'œuf a été mise en lumière par Claude Bernard. Un jour, Claude Bernard ayant ingéré des œufs crus, regarda ses urines,et fut étonné de constater qu'elles renfermaient de l'albumine. Claude Bernard l'attribua aux blancs d'œufs, sans naturellement, en tirer comme déduction qu'elle traduisait une débilité rénale. Et puisque je parle de Claude Bernard, je vous rappellerai qu'il a succombé plus tard à des accidents urémiques dont la débilité rénale, démontrée par l'épreuve du blanc d'œuf, avait été le stade prémonitoire.

La notion de l'albuminurie déterminée par le blanc d'œuf devint classique, à la suite des travaux de Claude Bernard, mais on n'y attacha qu'un simple intérêt de physiologie pathologique. J'ai repris ces recherches et je suis arrivé à cette conclusion que, chez l'homme, lorsque de petites quantités de blanc d'œuf provoquent de l'albuminurie, c'est qu'il existe une tare rénale. Je dis de petites quantités de blanc d'œuf, les grandes quantités faisant chez tout le monde apparaître l'albuminurie. Si les petites doses d'albumine du blanc d'œuf ne passent pas dans l'urine, c'est que le rein est sain ; si le rein est lésé, l'albumine passe.

Comment, cliniquement, pratiquer cette épreuve ? Nous pouvons procéder de trois façons. La première est celle de Claude Bernard, à savoir l'ingestion de blanc d'œuf. On fait prendre alors 6 blancs d'œuf par la bouche. Le blanc d'œuf est difficilement digéré par le suc gastrique et il sera absorbé presque en nature, sous forme d'albumine hétérogène. Ce procédé a été abandonné. Si le suc gastrique digère mal le blanc d'œuf, il peut cependant le digérer et la valeur de l'épreuve devient très discutable. C'est pourquoi, nous nous sommes adressé à l'injection sous-cutanée. On injecte deux centim. cubes de blanc d'œuf frais. J'ai pratiqué plus de 200 injections de ce genre. M. Rathery et M. Chiray en ont fait beaucoup également. Nous n'avons jamais eu d'incident, de réaction. A ce procédé, nous en avons ajouté un troisième, qui utilise la voie rectale. Si le blanc d'œuf peut être digéré par l'estomac, il ne l'est certainement pas par l'intestin, et il est toujours en ce cas absorbé en nature, sous forme d'albumine hétérogène. C'est une méthode facile à mettre en œuvre. On donne la veille un lavement purgatif, et le matin, au réveil, un lavement contenant 6 blancs d'œufs crus additionnés de 20 gouttes de laudanum pour faciliter la tolérance.

Quel que soit le mode d'administration adopté, on étudie l'état des urines. Il ne faut pas se contenter de recueillir les urines de vingt-quatre heures, il faut examiner les éliminations fractionnées, dans la première journée et dans les suivantes. Il est arrivé de voir l'albuminurie se montrer non seulement à la première élimination, mais aussi le lendemain.

Telle est la méthode clinique qui permet de déceler la débilité rénale. Nous avons pu donner des arguments probants,démontrant la valeur de cette épreuve. On sait que certains sujets ont de l'albuminurie chloroformique. On voit des sujets chloroformisés offrir de l'albuminurie après avoir

inhalé peu de chloroforme, alors que d'autres n'ont pas d'albuminurie après une chloroformisation très prolongée. J'ai attribué l'albuminurie chloroformique à la débilité rénale. Pour le démontrer, j'eus recours au procédé du blanc d'œuf. Eh bien! il me fut facile d'établir que les mêmes personnes réagissaient par de l'albuminurie au blanc d'œuf et à la chloroformisation. Je pus annoncer presque à coup sûr que tel opéré allait présenter de l'albuminurie chloroformique. Ceci établit bien la valeur de l'épreuve de l'albuminurie provoquée par le blanc d'œuf.

Grâce à un des nos confrères, médecin militaire, j'ai pu fournir une autre argument démonstratif. Vous savez que l'albuminurie se montre chez certains sujets à la suite de marches. Là, encore, la débilité rénale est à incriminer. J'ai conseillé de recourir à l'injection rectale de blanc d'œuf, et on arriva à cette conclusion que tout sujet, ayant de l'albuminurie à la suite de lavement de blanc d'œuf, en présentait à la suite de fatigues également.

L'épreuve du blanc d'œuf permet donc de déceler la débilité rénale. Nous connaissons ainsi l'état morbide et le moyen de le reconnaître. Reste à savoir la nature de cet état morbide et son importance clinique.

Avec M. Rathery, j'ai cherché à créer chez les animaux des lésions rénales héréditaires. Elles sont faciles à produire, soit en pratiquant une injection de produits toxiques, soit en traumatisant le rein chez une femelle en état de gestation. Les nouveau-nés naissent alors, très souvent, porteurs d'altérations rénales dont certaines, légères, correspondent bien à ce que peut être la débilité rénale. Celle-ci serait ainsi un premier stade de néphrite.

La débilité rénale constitue donc une première étape d'un état qui irait en progressant si on ne prenait pas les précautions convenables. Il est de toute importance, dès lors, de la dépister. Vous devez surtout la rechercher dans deux cas. D'abord, quand vous êtes en présence d'enfants nés de parents dont les reins sont touchés. Ensuite, chez les sujets récemment atteints de néphrite aiguë guérie.

Quand devez-vous considérer un patient que vous soignez pour néphrite aiguë, comme guéri ? Jusqu'à ces dernières années, on s'en tenait au conseil de Lécorché et Talamon. D'après ces auteurs, une néphrite aiguë est guérie lorsque la quantité d'urine redevient normale, lorsqu'il n'y a plus ni albuminurie, ni bruit de galop cardiaque, ni hypertension artérielle. Eh bien! si l'on se contentait de cela, on pourrait considéreer comme acquise une guérison quelquefois incertaine. J'ai vu des malades remplissant ces conditions, qui offraient des troubles de la perméabilité au bleu de méthylène et un résultat positif à l'épreuve de l'albuminurie provoquée par le blanc d'œuf. Aussi, avant d'affirmer la guérison, faut-il absolument pratiquer les deux épreuves du bleu de méthylène et du blanc d'œuf. Celle-ci est-elle positive, vous en déduisez qu'il y a débilité rénale, premier degré de lésion rénale pouvant monter jusqu'à la néphrite interstitielle.

Les malades atteints de débilité rénale doivent être suivis et soignés. S'il s'agit d'adultes, on les mettra au traitement des néphrites, en leur conseillant un régime et une hygiène convenables. S'il s'agit d'enfants, d'autres considérations entrent en jeu. Ne laissez pas les petits malades s'orienter vers une profession fatigante, sous peine de voir l'affection marcher plus vite. Faites-les se diriger vers une vie tranquille, à la campagne. Je crois, en outre, qu'il y a utilité à user, chez les enfants, d'une médication stimulante du rein pour accroître la valeur du tissu rénal sain, aux dépens du tissu lésé. Les séjours d'altitude, les cures hydro-minérales, à Saint-Nectaire en particulier, l'opothérapie rénale, seront indiqués.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le Radium dans le traitement du Cancer grave.

MM. les Drs L. WICKHAM et DEGRAIS, continuant leurs recherches sur les effets thérapeutiques du radium dans le cancer grave, viennent de publier les résultats que leur ont fournis les nombreux cas dont ils ont été témoins depuis cinq ans (six cents cas).

Il résulte de l'ensemble de leurs observations qu'il y aurait utilité à ce que la chirurgie considérât le radium comme un appoint supplémentaire lui permettant une action plus étendue, de même qu'elle s'aide parfois des rayons X et de la fulguration. Avertie des ressources que la radiumthérapie lui offre (qu'il s'agisse d'injections de sel de radium ou d'applications d'appareils), elle peut concevoir de nouvelles techniques opératoires adaptées à ces ressources, et atteindre des régions qui paraissaient hors de portée thérapeutique. Elle peut chercher *à atténuer la malignité du champ opératoire, soit avant,* soit après l'opération, compléter des opérations insuffisantes et, dans quelques cas peut-être, adopter avantageusement des procédés conservateurs.

L'Ulcérine.

Dans une communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, M. le Dr GASTOU a recommandé l'emploi de l'ulcérine, baume cicatisant composé par M. Berger, pharmacien à La Varenne-Saint-Hilaire.

« L'emploi du baume Berger est souvent douloureux au début. Il ne faut pas l'abandonner s'il est mal supporté dans les premiers jours. Il se présente sous forme d'une pommade jaunâtre, de consistance semi-fluide, que l'on étale sur la partie malade. On recouvre ensuite de gaze ou de lint aseptiques.

« Ce baume est composé avec les sucs des différentes variétés de Populus (*P. nigra, P. balsamifera, P. tremula*) et les extraits aqueux d'*Atropa belladona*, d'*Hyoscyamus niger*, de *Solanum nigrum*, de *Papaver somniferum*.

« Les principes actifs qui y sont contenus : la salicine, la populine, l'acide benzoïque, la pectine et l'acide gallique associés au *Balsamum peruvianum* donnent à ce baume des propriétés antiputrides, astringentes et cicatrisantes.

Extrait vert de Populus nigra..	ââ 3 gr.
Extrait jaune de Populus balsamifera....................	
Extrait aqueux de Populus tremula....................	
Extrait aqueux d'Atropa belladona....................	ââ 50 centigr.
Extrait aqueux d'Hyoscyamus niger....................	
Extrait aqueux de Solanum nigrum....................	
Extrait aqueux de Papaver somniferum....................	
Extrait aqueux de Balsamum peruvianum..............	
Axonge lavée et purifiée........	40 gr.

« Le mode d'emploi est le suivant : on nettoie soigneusement la partie à traiter en la débarrassant de ses sécrétions à l'aide d'eau bouillie tiède, ou d'un mélange à parties égales d'eau bouillie chaude et d'eau oxygénée neutre à 12 volumes, puis on étend le baume sur la gaze hydrophile stérilisée que l'on maintient bien en contact avec la surface malade. Le pansement est renouvelé une à deux fois par jour, tous les deux ou trois jours, selon l'abondance des sécrétions.

« Le baume Berger, en dehors des radiodermites, trouve son emploi dans le traitement de toutes les plaies ulcérées, en particulier des ulcères variqueux. ».

L'hypoalimentation chez les nourrissons.

M. le Dr Prosper Merklen a fait à la Société de Pédiatrie une communication sur l'hypoalimentation chez les nourrissons, que publie la *Pédiatrie pratique* :

« On a généralement à combattre chez les nourrissons les accidents produits par la suralimentation ; il est plus rare que le médecin ait à envisager l'insuffisance d'alimentation.

Indépendamment de l'amaigrissement et de la courbe évolutive du poids, l'hypoalimentation donne lieu à un ensemble symptomatique, dont les éléments, isolés ou associés de façon variable, sont les suivants :

a) Un état de souffrance qui se manifeste par des *cris* et une *agitation*, auxquels succèdent parfois l'*abattement* et le *sommeil* ;

b) Des troubles digestifs consistant en accidents intestinaux : *constipation* et *modifications des selles*, et en accidents gastriques, *vomissements* ;

c) Une diminution de la quantité des urines ;

d) Une *lenteur des tétées* qui s'effectuent selon un mode tout spécial ;

e) Une série de *phénomènes* soit *locaux*, soit d'*ordre général*.

De ses recherches, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'étiologie de l'hypoalimentation montre combien il est périlleux de se borner à prescrire des tétées d'une durée déterminée à intervalles déterminés, sans insister, en même temps, sur le contrôle indispensable et permanent de la balance.

2° Lorsque la mère amène le nourrisson hypoalimenté au médecin, c'est, en général, soit parce que son enfant ne se développe pas, soit parce qu'il crie et s'agite, soit parce qu'il présente des troubles digestifs.

Dans la première alternative, le diagnostic de sous-alimentation se soupçonne de lui-même.

S'agit-il de cris et d'agitation, l'enquête doit porter sur leur persistance et leur recrudescence après les tétées ; des constatations positives plaident en faveur de la sous-alimentation.

Si enfin de tous les troubles digestifs, la constipation est celui qu'on rattache le plus volontiers à la sous-alimentation, il est de première importance de savoir accorder la même valeur aux selles du type entéritique et aux vomissements.

En tout état de cause, plusieurs moyens permettent le diagnostic ferme et immédiat d'hypoalimentation ; prendre le poids actuel de l'enfant et le comparer au poids moyen des bébés de même âge, regarder si les seins de la mère sécrètent du lait, et si ce lait a bien l'apparence du lait normal, faire téter le nourrisson et voir comment il se comporte devant le sein, établir la contre-épreuve en lui mettant un biberon dans la bouche ou en le confiant pendant quelques instants à une bonne nourrice.

3° Un des plus grands dangers qui menacent le nourrisson hypoalimenté est l'institution d'une thérapeutique symptomatique, surtout vis-à-vis des troubles digestifs ; elle exagère encore l'insuffisance alimentaire et augmente la dénutrition. Il est donc indispensable, avant d'établir le traitement, de remonter de la constatation du symptôme prédominant, vomissements, état des selles, agitation, etc., jusqu'à son origine et d'en éclairer la valeur par les manifestations concomitantes ; ainsi sera dépistée à coup sûr la nature de la maladie.

Les indications de l'arsénobenzol dans la syphilis.

Notre distingué confrère, le Dr Leredde, a récemment formulé, à la Société médicale du XVIe arrond. de Paris, les principales indications qu'il croit avoir établies à la suite de ses recherches personnelles sur l'arsénobenzol d'Ehrlich dans le traitement de la syphilis.

Tout d'abord, dit-il, les enthousiastes ont vu dans l'arséno-benzol le remède infaillible et définitif de la syphilis ; or, il est démontré aujourd'hui que les récidives, après une injection, ne sont pas rares, cette injection étant même faite à la dose de 60 centigrammes. Naturellement, ces récidives sont beaucoup plus fréquentes quand le traitement est fait à la période où la maladie présente sa plus grande virulence, c'est-à-dire au début de la période secondaire.

Les incertitudes des syphiligraphes et des médecins n'auraient pas été ce qu'elles sont aujourd'hui, s'il avait été entendu que l'arsénobenzol est un agent de traitement de la syphilis supérieur au mercure dans un certain nombre de cas et *peut-être* capable d'amener la stérilisation progressive de la maladie plus rapidement et plus complètement que le mercure lui-même.

C'est sur ce terrain qu'il faut se placer à l'avenir. Il faut admettre dès maintenant que l'arsénobenzol est un agent régulier du traitement de la syphilis, et admettre aussi qu'il possède des indications précises.

Les principales indications actuelles de l'arsénobenzol dans le traitement des accidents de la syphilis sont :

1° Accidents rebelles au mercure, et, en particulier : plaques muqueuses récidivantes.

Syphilis de la langue : formes dépapillantes et scléreuses.

Leucoplasie.

Accidents parasyphilitiques.

Syphilis maligne précoce.

2° Malades qui ne supportent pas le mercure.

a) Idiosyncrasie d'emblée ; intolérance aux doses faibles se manifestant par des accidents cutanés ou intestinaux ;

b) Intolérance aux doses fortes ;

c) Intolérance s'établissant à la longue pour les doses fortes ou les doses moyennes ;

3° Cas où il faut agir vite :

Syphilis cérébrale et médullaire, syphilis oculaire, syphilis du voile du palais et de la langue (gommes).

N. B. — Dans ces cas, commencer le traitement par des doses faibles.

Traitement de l'infection.

Une indication est établie dès maintenant d'une manière précise : traitement par l'arsénobenzol *dès que le diagnostic du chancre est certain* ».

L'hydroa buccal.

D'après M. le Dr Pierre Prévost, dans sa thèse, « l'hydroa est une variété d'érythème polymorphe bien définie ;

Ses lésions peuvent siéger sur la peau et sur les muqueuses et en particulier sur la muqueuse buccale, où elles forment un ensemble de symptômes tout particulier ;

Son étiologie n'est pas encore définitivement et sûrement connue, quoi qu'il y ait cependant beaucoup de preuves pour qu'elle soit d'origine rhumatismale ;

La stomatite de l'hydroa est une affection assez rare et des plus bénignes.

Il importe, au plus haut point, d'en connaître toutes les manifestations et les symptômes, afin de ne pas la confondre avec d'autres lésions de la bouche pouvant avoir avec elle quelques ressemblances, avec la plaque muqueuse en particulier ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Mal épileptique pleural mortel. — Néphrite syphilitique et arséno-benzol. — Accoutumance dans le traitement arsénical organique de la syphilis. — Autothérapie ascitique. — Septicémie d'origine dentaire.

MM. Thiroloix et Bretonville présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *mal épileptique pleural mortel.*

L'épilepsie consécutive à une irritation de la plèvre est rarement constatée. Les auteurs ont soigné un jeune malade de 15 ans chez lequel une injection faite dans un kyste pleural enflammé avec une solution médicamenteuse banale (en l'espèce du collargol au 100e), froide et de tension modérée, fut suivie de désordres nerveux intenses, généralisés. Le patient mourut dans le coma le jour même.

Les accidents nerveux observés à l'occasion d'opérations pratiquées sur la plèvre, quoique rares, doivent être connus des médecins, car une famille ne peut comprendre qu'un des siens, peu malade en apparence et en réalité, succombe soudainement, sidéré, après la mise en œuvre d'une médication qu'on lui avait annoncée anodine. Malheureusement, nous ignorons à peu près tout de la prophylaxie et de la guérison de ces accidents. Comme symptomatologie, ils sont bizarres, protéiformes et vont de la syncope à l'attaque d'épilepsie presque invariablement mortelles. Ils surviennent quinze fois sur seize lors d'épanchement pleural purulent. Leur pathogénie est mal connue. Il semble qu'il y ait dans la plèvre une zone nerveuse dont l'irritation déclanche des phénomènes graves d'inhibition ou d'excitation au niveau du mésocéphale et du bulbe.

M. Thiroloix a entrepris chez le lapin une série d'expériences dans le but de provoquer l'épilepsie pleurale. Il y est parvenu en introduisant dans la plèvre de l'animal quelques gouttes de chlorure de méthyle, qui exerce une action de refroidissement et de distension. Ce n'est là encore, évidemment, qu'une tentative d'explication.

— MM. Caussade et Regnard rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *néphrite syphilitique traitée par l'arséno-benzol*. Le malade mourut, mais la mort paraît attribuable à la gravité des accidents urémiques et non à l'injection de 606. Le 606 n'amena pas d'amélioration ; il n'aggrava pas, non plus, la situation.

A ce propos, les auteurs reviennent sur la question du traitement de la néphrite syphilitique. Faut-il recourir à la thérapeutique habituelle des néphrites (lait, saignées, purgatifs...) ou faut-il employer les spécifiques de la syphilis (mercure, arséno-benzol) ? On ne peut guère, sur ce point, que s'en tenir aux conclusions énoncées en 1907 par MM. Widal et Balzer. Il convient de distinguer, quant à la thérapeutique, deux sortes de néphrites syphilitiques : les unes susceptibles d'être traitées par le mercure ; les autres, qui aboutissent au gros rein blanc, ne sont pas influencées par les préparations hydrargyriques. En présence des cas où l'on voit les troubles rénaux disparaître complètement en une semaine par le repos et le régime, et en présence aussi des nombreux autres cas où l'on voit le traitement spécifique aggraver ces accidents, il est logique de déduire qu'il y a intérêt à mettre le malade au régime et au repos pendant une huitaine de jours avant d'instituer une cure spécifique qui devra être surveillée de très près. La question est malgré tout remplie d'inconnus.

— MM. Gaucher et Gugenheim exposent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur l'*accoutumance dans le traitement arsenical organique de la syphilis.*

On a dit que l'injection d'une préparation d'arsenic organique (hectine, 606) déterminait une arséno-résistance des tréponèmes et on a conclu que la thérapeutique arsénicale de la syphilis devait procéder par injections rares et plutôt massives.

MM. Gaucher et Gugenheim n'admettent pas *cette manière de penser.* Ils basent leur opinion sur des faits, entre autres les suivants : une malade, qui avait déjà reçu 2 gr. 70 d'hectine à doses répétées et se trouvait dès lors dans les meilleures conditions pour offrir de l'arséno-résistance, n'en obtint pas moins une disparition rapide de ses accidents sous l'influence d'une piqûre de 606. Un autre, chez lequel l'hectine et l'arséno-benzol étaient restés insuffisants, guérit ensuite par 10 injections d'hectine. Dans d'autres cas, des injections successives d'arséno benzol furent suivies du meilleur résultat, c'est-à-dire déterminèrent tout le contraire de l'arséno-résistance.

M. Gaucher estime, en somme, que l'action du médicament ne s'épuise pas au fur et à mesure de la répétition des injections de 606 ou d'hectine, et que l'arséno-résistance ou accoutumance de l'organisme doit être exceptionnelle.

M. Martin remarque que l'on peut continuer longtemps l'emploi de l'atoxyl dans le traitement de la maladie du sommeil. Pour lui, l'atoxyl-résistance est rare.

— MM. Sicard et Galup communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*autothérapie ascitique par injections massives intraveineuses.*

On a proposé récemment d'appliquer au traitement de l'ascite la méthode préconisée par Gilbert (de Genève) pour faciliter la résorption des épanchements pleuraux, c'est-à-dire l'injection sous-cutanée, répétée à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalle, d'une minime quantité (5 à 10 cent. cubes environ) du liquide prélevé dans la cavité séreuse.

L'application de cette thérapeutique spéciale à l'ascite a été tentée il y a quelque temps, avec succès, par Audibert et Monge. D'autres auteurs ont reproduit leurs essais avec des résultats disparates mais assez peu encourageants dans leur ensemble.

MM. Sicard et Galup ont mis en œuvre la méthode d'une façon différente. Ils ont eu à soigner une malade atteinte de cirrhose de Laënnec avec grand épanchement ascitique. Après échec des traitements classiques (calomel, opothérapie hépatique, diurétiques, régime déchloruré, injections intra-péritonéales d'eau chlorurée), ils s'adressèrent à l'autothérapie. La voie sous-cutanée n'ayant pas donné de résultat, ils eurent recours à l'injection intra-veineuse, dans la veine brachiale. Ils firent une série de piqûres avec, chaque fois, 300 à 500 cent. cubes de liquide ascitique fraîchement recueilli. Le traitement amena un relèvement de l'état général et une régression locale — qui s'est maintenue — de l'ascite.

— MM. Paul Sainton et Debertrand ont observé un cas de *septicémie d'origine dentaire* qu'ils communiquent à la *Société médicale des hôpitaux.*

Le point de départ des accidents septicémiques fut un adéno-phlegmon sous maxillaire consécutif à une infection dentaire habituelle. A cet adéno-phlegmon succédèrent des arthrites multiples, des collections purulentes diverses, puis une infiltration œdémateuse de tout le membre supérieur.

En présence de la continuation des accidents, malgré l'intervention chirurgicale, M. Mauté pensa qu'il y avait lieu de recourir à la vaccination suivant la méthode de Wright. Ayant trouvé dans le sang un coccus indéterminé, sans chercher à l'identifier, il employa ce microbe pour faire un vaccin, qui fut injecté à trois reprises, à quelques jours d'intervalle. Le résultat fut excellent.

P. L.

FORMULAIRE

Traitement symptomatique du hoquet.

Il est parfois difficile de déterminer la cause exacte du hoquet, et le temps pressant, le médecin peut être forcé d'appliquer un traitement purement symptomatique, soit en s'adressant à la médication mécanique, soit en à s'adressant à la médication antispasmodique, calmante, sédative.

a). Médication mécanique :

Chez les enfants et les nouveau-nés, il suffit en certains cas de leur faire peur par un cri ou un geste pour voir cesser spontanément le hoquet.

Parfois, lorsque ce moyen a échoué, on est plus

heureux en provoquant l'éternuement, ou le vomissement par l'ingestion d'une substance émétique.

Dans la seconde enfance et chez les adultes, le malade peut aider le médecin et, partant de ce fait, les moyens mécaniques dont dispose la thérapeutique sont plus étendus. Ainsi l'absorption de quelques fragments de glace, de quelques gorgées d'eau chaude ou d'eau froide gazeuse ; le fait de croquer un morceau de sucre après avoir ingéré un peu de vinaigre, le fait de boire par petites gorgées un liquide quelconque, après avoir fermé avec le bout de ses doigts les conduits auditifs externes en exerçant une certaine pression, le fait de priser du tabac, la suspension de la respiration, les inspirations lentes ou au contraire l'exécution d'une série de mouvements respiratoires profonds et rapides (45 à 50 par minute) et ininterrompus (Mathieu), sont autant de moyens qui comptent des succès à leur actif. Quand le hoquet n'a pas cédé à ces différentes pratiques, le médecin est autorisé à se servir d'autres méthodes telles que : la compression pendant quelques instants du phrénique entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, la compression de l'épigastre, l'usage d'applications chaudes ou froides sur cette région. Enfin dans les cas graves, il est indiqué de pratiquer les tractions rythmées de la langue. On peut aussi faire la galvanisation du phrénique, le pôle positif étant placé au cou et le pôle négatif promené sur les insertions du diaphragme à la base du thorax.

b) MÉDICATION ANTISPASMODIQUE CALMANTE ET SÉDATIVE.

Il est bon d'aider la médication mécanique par la prescription de certains médicaments que l'on fait absorber soit par la bouche, soit par la voie hypodermique.

Chez les enfants, on peut donner quelques gouttes de valérianate dans un peu d'eau ou la potion suivante :

Huile d'amandes douces	60 gr.
Sirop diacode	20 gr.
Chloroforme	XX gr.
Sirop de menthe	10 gr.

(COMBY.)

à prendre par cuillerées à café jusqu'à suspension du hoquet.

ou bien :

Teinture éthérée de valériane au 1/5 V à X gout. suivant l'âge.

Faire prendre dans un peu d'eau, ou sur un morceau de sucre.

Dans les cas graves, on est autorisé à pratiquer une injection de pilocarpine : 5 à 10 gouttes d'une solution à 1/100, suivant l'âge, ou bien à faire inhaler quelques gouttes de chloroforme ou d'éther. Dans la seconde enfance et chez les adultes parmi les médicaments qui comptent le plus de succès, il faut citer : la teinture de cannabis indica, X à XXX gouttes, suivant l'âge ; la valériane, que l'on prescrit sous forme de décoction de poudre : 10 à 60 gr. pour eau 250 cc. ou d'essence, en lavement, suivant la formule :

Essence de valériane	x à xv gouttes.
Décocté de pavot	150 à 200 gr.

L'hydrate de chloral 0,05 cent. par année d'âge chez l'enfant, en lavement, suppositoires ou potion, et 2 à 4 gr. chez les adultes, est aussi un médicament qui a donné de très bons résultats.

Le laudanum, de X à LX gouttes suivant l'âge, la belladone, le bromure de potassium, le sulfate de quinine, le bromure de camphre, que l'on prescrit en suppositoires suivant la formule ordinaire, ont été aussi préconisés.

Enfin, plus récemment on a noté l'efficacité de la cocaïne et de la novocaïne que l'on ordonne soit en piqûre suivant les formules suivantes, applicables aux adultes :

Chlorhydrate de cocaïne	0,10 centigr.
KBr	5 gr.
Eau chloroformée	100 c. c.

à prendre par cuillerées à soupe,

ou :

Chlorhydrate de cocaïne	0,10 centigr.
Eau distillée stérilisée	10 gr.

un à trois cent. cubes ;

ou :

Novocaïne	0,10 centigr.
Sérum physiologique	5 c. c.

de deux à cinq cent. cubes.

Dans la seconde enfance on donnera la moitié de ces doses.

Chez les enfants au-dessous de cinq ans, on ne fera jamais usage de cocaïne.

Dr G. SIGURET (Saint-Nectaire).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pour répondre à la demande de plusieurs de nos lecteurs, nous avons prié un de nos collaborateurs de faire pour le *Concours Médical* un exposé sommaire, mais clair et complet, des découvertes récentes sur la défense de l'organisme et les applications cliniques qui en résultent

La défense de l'organisme contre les infections microbiennes. Ses applications en clinique.

Dans cette étude, nous envisagerons successivement les questions suivantes :

I. *La défense naturelle de l'organisme.*

II. *Ce que devient la défense naturelle de l'organisme à la suite d'une infection microbienne.*

III. *La défense naturelle de l'organisme peut être artificiellement renforcée ; vaccination et bactériothérapie ; sérothérapie.*

IV. *Immunité et anaphylaxie (hypersensibilité).*

I

La défense naturelle de l'organisme.

Dans les conditions normales (intégrité de la peau et des muqueuses, état de bonne santé), les germes nocifs ne peuvent pénétrer dans l'organisme :

a) Parce que la barrière formée par les cellules de revêtement sur la peau et sur les muqueuses s'y oppose ;

b) Parce qu'ils sont incessamment entraînés au dehors par le courant des sécrétions sudorales, nasales, bronchiques, intestinales et que ces liquides eux-mêmes ont normalement des propriétés chimiques qui ne favorisent pas leur pullulation.

Cependant, si pour une raison quelconque, la barrière cellulaire de défense vient à s'effondrer ou si les sécrétions dont nous venons de parler sont modifiées dans leur abondance et dans leur composition chimique, la pénétration devient possible. L'étude des phénomènes de la lutte anti-microbienne est pleine d'intérêt. L'organisme se défend d'ailleurs d'une manière analogue contre toute espèce de corps étranger qui l'envahit.

I. — *Défense cellulaire.*

La défense cellulaire a reçu le nom de *phagocytose* ; les cellules défensives sont les *phagocytes*. Le phagocyte, en contact avec l'élément à détruire, pousse autour de lui des prolongements (*pseudopodes*), et finit par l'englober ; puis, il le digère, grâce à un ferment qu'il sécrète, appelé *cytase*.

Il existe deux grandes variétés de phagocytes.

1° *Les phagocytes fixes* : ce sont les cellules à prolongement du tissu conjonctif, les cellules endothéliales des vaisseaux, les cellules de la rate, les cellules de la moelle des os, etc. Cependant leur nombre tend à diminuer aujourd'hui, car on incline à considérer la plupart d'entr'elles comme des phagocytes mobiles, devenus momentanément fixes sur la paroi des capillaires, par exemple.

2° *Les phagocytes mobiles,* qui se mobilisent dans le courant sanguin, et exsudent par *diapédèse* à travers la paroi des vaisseaux aux endroits de l'organisme envahis par des éléments étrangers. Ces phagocytes comprennent la plupart des globules blancs ou *leucocytes* ; ils existent entre autres dans le sang à côté des globules rouges érythrocytes.

Certains leucocytes ne sont pas phagocytes ; ce sont les *mastzellen* d'Ehrlich, cellules à noyau incolore entouré de granulations sphériques *basophiles,* c'est-à-dire se colorant fortement par les couleurs basiques.

Les autres leucocytes sont phagocytes :

Citons les *gros mononucléaires,* grandes cellules possédant un gros noyau avec des granulations *neutrophiles,* qui constituent chez l'homme la minorité des globules blancs, et se trouvent surtout dans la moelle des os, d'où leur nom de *myélocytes.* (Dans certains cas pathologiques, ils se trouvent en plus grand nombre dans le sang : *myélocytémie ou myélémie*). Les formes jeunes des gros mononucléaires sont les *lymphocytes* (gros noyau, protoplasma peu abondant). Les gros mononucléaires offrent de grandes analogies morphologiques avec les phagocytes fixes ; comme eux, ils englobent *surtout* les corps étrangers, mais aussi quelques bacilles, tel, par exemple, le bacille tuberculeux ; avec ceux-ci, ils constituent la classe des *macrophages* ; leur ferment digestif est la *macrocytase.*

Les autres leucocytes sont les *microphages,* absorbant surtout les microbes ; ils sont plus petits et possèdent, avec des granulations, non pas plusieurs noyaux, mais un seul noyau à forme irrégulière ; on les appelle *polynucléaires* ; ils sont *neutrophiles* ou *éosinophiles,* suivant l'affinité de leurs granulations pour les couleurs neutres ou acides. Les éosinophiles vrais renferment de grosses granulations

Application pratique : le cytodiagnostic. — C'est une méthode de diagnostic, basée sur la recherche des diverses formes cellulaires que l'on rencontre dans les épanchements liquides des séreuses, dans les humeurs, le liquide cérébro-spinal, etc. La prédominance des polynucléaires indique plutôt une infection aiguë, celle des lymphocytes ou mononucléaires, une infection tuberculeuse. L'*éosinophilémie*, ou présence des éosinophiles en excès dans le sang, serait en faveur d'une infection parasitaire du sang ; trypanosomiase, paludisme.

II. — *Défense humorale.*

La phagocytose est un acte cellulaire qui peut s'opérer d'une manière spontanée, en dehors de l'intervention de principes actifs contenus dans les humeurs. La chose est parfaitement démontrée.

Cependant, il existe dans le *sérum normal* de l'homme certaines substances capables d'aider notablement cette action ; elles préparent les microbes à être phagocytés ; ce sont les *opsonines* , appelées au début *stimulines* par Metchnikoff.

Ces substances sont *thermolabiles,* c'est-à-dire qu'elles sont détruites par la chaleur à 56°. Elles ne sont pas spécifiques quand le sujet est neuf, mais, au premier contact microbien, elles se spécifient partiellement contre le microbe envahisseur et deviennent plus abondantes. Nous étudierons plus complètement ce point à propos de la « Défense naturelle, après une infection ».

Application pratique ; la recherche de l'index opsonique. — Cette recherche, basée sur l'appréciation des opsonines chez un sujet, permet de voir comment ce sujet se défend contre une infection donnée. On met en contact dans une même proportion : 1° des globules blancs lavés (c'est-à-dire privés d'opsonines) ; 2° une émulsion de bacilles à étudier ; 3° le sérum du malade à examiner (c'est-à-dire ses opsonines). Le tout est mélangé et porté à l'étuve à 37° pendant 15 ou 20 minutes ; on fait alors avec ce mélange des préparations que l'on colore par les méthodes usuelles ; on compte au microscope la proportion moyenne de bacilles englobés par chaque leucocyte polynucléaire. Si l'on a compté 100 polynucléaires ayant englobé par exemple 220 microbes, on dira que le *pouvoir opsonique* de ce malade vis-à-vis le microbe spécial est 2,20.

On répète la même opération ; mêmes globules

blancs, même émulsion de bacilles, mais en se servant cette fois du sérum d'un individu normal.

Si l'on a compté par exemple 100 polynucléaires ayant phagocyté 150 bacilles, on dira que le pouvoir opsonique du sérum normal est de 1,50.

A l'aide de ces résultats il nous est possible de calculer maintenant, l'*index opsonique*. C'est un *rapport* du coefficient phagocytaire du sérum à étudier en fonction du coefficient phagocytaire du sérum d'un sujet normal ; dans l'exemple pris plus haut :

$$2,20 : 1.50 = 1.47.$$

Dans la fièvre typhoïde, l'index ou indice opsonique s'élève ; un indice supérieur à 1,70, se maintenant à ce chiffre et même ayant tendance à s'accroître, est un élément important en faveur du *diagnostic*, à la condition expresse qu'il soit bien établi que le malade n'a jamais été antérieurement atteint d'infection typhique.

Chez un sujet suspect de tuberculose, un indice nettement inférieur à l'unité (0,3 à 0,8) plaide en faveur de la tuberculose.

Au point de vue *pronostic*, un indice élevé, dans une maladie infectieuse quelconque, tend à prouver que la phagocytose se fait bien, que l'organisme est capable de résister à l'infection.

(*A suivre.*) Dr FISER.

SYPHILIGRAPHIE

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par l'Hectine et l'Hectargyre.

Par le Dr Félix DIVE.

(*Thèse*, Faculté de Paris, 1910).

Ecrite sous l'inspiration de M. Balzer, la thèse du Dr Dive est une excellente mise au point de la question, toute d'actualité, du traitement arsenical de la syphilis. Elle met parfaitement en lumière la très haute valeur curative de l'hectine (benzo-sulfone-para-aminophénylarsinate de soude), dont la nature chimique et l'action physiologique avaient été bien définies dès 1908 par M. le Pr agrégé Mouneyrat.

Après un court aperçu historique de la médication arsénicale antisyphilitique, le Dr Dive étudie l'hectine au point de vue successivement de sa constitution chimique, de sa toxicité, de ses effets physiologiques et de sa posologie. Puis il trace semblable étude de l'hectargyre, qui est la combinaison de l'hectine et de l'oxycyanure de mercure. Un important travail de M. Mouneyrat ayant été précédemment publié sur ces deux substances (1), nous n'avons pas à insister à ce propos.

Par contre, la deuxième partie de cette thèse, consacrée à l'étude clinique, précise certains faits importants qu'il convient de souligner. Notre confrère signale tout d'abord les résultats obtenus dans la syphilis primaire, lesquels confirment pleinement ceux énoncés par M. Hallopeau (2) ; l'action curative de l'hectine est remarquablement rapide sur le chancre induré, quels que soient son type et son siège.

A la période secondaire, les résultats, toujours positifs, varient suivant la nature des manifestations traitées. La roséole, la céphalée, les plaques muqueuses, les syphilis ulcéreuses, disparaissent rapidement sous l'action de l'hectine administrée en injections dans les muscles fessiers. La guérison de la céphalée, obtenue après cinq ou six injections de 0 gr. 20 d'hectine pure, est un fait particulièrement remarquable : rarement, cette manifestation a persisté jusqu'à la fin de la cure.

En ce qui concerne les syphilides cutanées, l'action curative de l'hectine varie suivant le type qu'elles présentent. Les syphilides bien circonscrites rétrocèdent rapidement en général, qu'elles soient ulcéreuses ou non. Dans ces cas, on peut, avec succès, employer la méthode des injections locales ; mais, en général, les injections intra-musculaires doivent être préférées.

Il est un autre accident de la syphilis secondaire sur lequel l'action curative de l'hectine s'est particulièrement bien manifestée, c'est l'iritis. Dans les quelques cas fort graves qu'a observés le Dr Dive, la guérison complète a été obtenue rapidement avec une dose inférieure à 2 grammes.

Enfin, dans la syphilis tertiaire, l'hectine et l'hectargyre ont toujours donné d'excellents résultats dans le traitement des lésions gommeuses et scléro-gommeuses.

Au reste, voici *in extenso* les conclusions de la thèse du Dr Dive.

I. HECTINE. — 1° L'expérience et la clinique ont démontré que l'hectine est le moins toxique de tous les dérivés arsenicaux antisyphilitiques actuellement connus.

2° Elle se localise de préférence dans les muscles et la peau. Cette prédilection pour certains tissus rend compte de la rapidité avec laquelle les lésions cutanées s'arrêtent dans leur évolution, s'affaissent, se résorbent et s'épidermisent.

3° Appliquée en solution, en poudre, en pommade sur les lésions cutanées ou muqueuses, elle est douée d'un pouvoir kératoplastique puissant.

4° Ingérée sous forme de gouttes ou de pilules, elle est parfaitement tolérée par le tube digestif et agit bien, sous cette forme, grâce à sa stabilité.

5° Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle provoque une douleur et un œdème fugaces, mais jamais de nodosités, avec réaction inflammatoire vive.

6° Cette propriété la rend commode pour faire des injections au voisinage des lésions circonscrites, et permet, notamment, de tenter avec facilité le traitement abortif local de la syphilis, tel que le préconise Hallopeau.

7° Injectée en pleins muscles fessiers, elle est généralement indolore ou ne provoque que des douleurs fugaces très supportables.

8° Pendant le traitement, le nombre des globules rouges et blancs du sang augmente, ainsi que sa teneur en hémoglobine. De plus, l'état général s'améliore visiblement et les forces se rétablissent.

(1) *Courrier Médical*, 1910, p. 439, 475, 487.
(2) *Courrier Médical*, 1911, p. 41.

9º L'action curative est remarquablement rapide :

A la période primaire : sur le chancre induré, quels que soient son type et son siège.

A la période secondaire : sur les éruptions cutanées ou muqueuses, sur les symptômes généraux et la céphalée en particulier.

A la période tertiaire : sur les lésions superficielles ou profondes des différents organes ou tissus, qu'elles présentent le type gommeux, ulcéreux ou scléreux, et sur les accidents nerveux.

10º L'action est plus lente à se manifester dans les cas de syphilides papuleuses lenticulaires, miliaires et psoriasiformes, qui nécessitent une cure plus intense.

11º Elle peut donner des résultats dans certains cas de tabès incipiens, mais son action est douteuse dans la paralysie générale confirmée.

12º Comme elle est soluble et par suite rapidement absorbée et éliminée, les doses massives sont inutiles et pourraient être mal tolérées. Pourtant, grâce à la faible toxicité de l'hectine, des doses très fortes (0 gr. 50 à 0 gr. 70) ont pu être injectées sans inconvénient.

13º En ingestion comme en injection, il convient, chez l'adulte, d'administrer 0 gr. 10 d'hectine tous les jours, ou mieux, 0 gr. 20 tous les deux jours comme doses moyennes.

Comme doses fortes, on peut injecter 0 gr. 20 tous les jours ou 0 gr. 40 trois fois par semaine.

Chez l'enfant, on peut employer des doses de 0 gr. 03, 0 gr. 05 et même 0 gr. 10 selon l'âge, en ingestion et en injection.

Chez le nourrisson, les doses de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour semblent suffire.

14º Quel que soit le mode d'administration employé, on fera une cure de deux grammes en moyenne. Elle pourra être portée à trois grammes dans les cas de syphilis maligne.

15º La seule contre-indication est une lésion ancienne ou non-syphilitique du fond de l'œil, avec altération spéciale du nerf optique. La perception, par un malade en traitement, de brouillards devant les yeux avec diminution nette de l'acuité visuelle, commande la suspension du médicament. On agira avec prudence chez les vieux artério-scléreux.

16º Si l'on veut recourir pour diverses raisons, par exemple, en cas d'échec ou de récidive après traitement par l'hectine pure, au traitement mixte, on peut instituer la méthode arsénico-mercurielle :

Soit en faisant alterner, tous les deux jours, les injections d'hectine avec les injections d'un sel mercuriel soluble ;

Soit en injectant l'hectine tous les deux jours et en faisant une injection de 0 gr. 05 d'huile grise par semaine ;

Soit en employant l'hectargyre.

II. Hectargyre. — 1º L'hectine a la propriété de se combiner avec différents sels mercuriels. L'hectargyre est la combinaison que forme l'hectine avec l'oxycyanure.

2º L'association de ces deux spécifiques ainsi combinés permet de faire un traitement intensif de la syphilis. L'hectargyre, en effet, trouve sa principale indication dans certains cas de syphilis malignes précoces ou présentant des éruptions cutanées rebelles, et dans la syphilis tertiaire.

3º Il est bien toléré par le tube digestif, et, en injections, il ne provoque ni induration ni inflammation. La douleur consécutive est en général minime.

4º Les injections doivent être pratiquées dans les muscles fessiers.

5º L'hectargyre comporte les mêmes modes d'administration et la même direction de traitement que l'hectine pure.

6º Les contre-indications sont les mêmes que pour l'hectine.

7º L'hectine pure ou combinée avec le mercure peut donc remplacer avantageusement le mercure chez beaucoup de syphilitiques réfractaires ou intolérants, et chez les syphilitiques anémiés ou cachectisés.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ÉTUDES ET PROJETS

Dans nos deux derniers numéros nous avons publié l'exposé d'un projet du Dr Lepaître, projet qui longtemps hanta notre cervelle, à savoir celui de faire pénétrer dans le public par un organe de la grande presse nos idées syndicalistes médicales. Aujourd'hui nous publions un autre projet non moins intéressant du Dr Tourtourat : « La Maison des Médecins », maison que, nous aussi, après tant d'autres, avons construite en rêve et que nous serions heureux de voir édifier un jour. Certes, ces projets ne sont pas des utopies, mais il y a loin de la coupe aux lèvres.

Sans doute, il est possible de doter le Corps médical de l'*Arme nécessaire*, et il ne faudrait pas aux 21.819 médecins français faire un très grand effort pour fonder et faire vivre *s'ils le voulaient bien*, un grand quotidien ; sans doute il est possible d'élever à Paris la *Maison des médecins* puisqu'elle existe à Bruxelles ; les 4.255 praticiens parisiens pourraient sans se ruiner la fonder et la faire utilement prospérer. Mais pour arriver à ce résultat, il faudrait une entente unanime que nous sommes, hélas ! bien loin de réaliser.

Nos sociétés médicales, dont la richesse pour quelques-unes est plus apparente que réelle, ne possèdent pas pour cela les capitaux suffisants disponibles. Il faudrait en arriver à la création de sociétés nouvelles.

Nous engageons nos confrères Lepaître et Tourtourat à pousser plus loin leurs études, à faire un devis détaillé des frais qu'entraînerait l'exécution de ce qu'ils rêvent ; en donnant ainsi des précisions, ils feraient faire un grand pas à la réalisation de leurs projets. Et peut-être la *Maison des médecins*, trouverait-elle, comme la *Maison du médecin*, les Mécènes généreux qui transformeraient l'utopie d'aujourd'hui en réalité de demain.

J. N.

Une « Maison des Médecins »

S'il est une question dont la solution paraissait difficile et lointaine, c'est bien la création de la « Maison du Médecin », asile définitif de nos confrères qui ne se seront point enrichis dans l'exercice de notre profession.

Le projet en a été néanmoins réalisé dans un temps relativement court par notre confrère Courtault et la « Maison du Médecin », enrichie de legs et de dons, va recevoir sous peu ses premiers pensionnaires.

Au contraire, il est un projet auquel tous, peu ou prou, nous avons dû penser depuis longtemps et qui avec un peu de bonne volonté et d'entente paraît à l'heure actuelle d'une réalisation facile.

C'est la construction à Paris même d'une « Maison des Médecins ».

Suivant l'idée que nous nous en faisons, la « Maison des Médecins » serait le siège social de tous ou de presque tous les groupements médicaux existants : elle comprendrait des bureaux, des salles de réunion, un cercle, une bibliothèque et des services annexes.

Au besoin pourraient s'y trouver des chambres pour nos confrères de province qui seraient de passage à Paris et prendraient ainsi un contact immédiat avec leurs confrères.

La « Maison des Médecins » pourrait être construite à frais communs par des Sociétés médicales pourvues de puissants moyens d'action et disposant de capitaux élevés.

Je citerai dans cet ordre d'idées le Concours Médical, la Société Gallet-Lagoguey, la Prévoyance Médicale, l'Association Générale des Médecins de France.

Les loyers de l'immeuble pourraient être d'avance assurés par les Sociétés médicales au nombre de quarante à cinquante à Paris telles que le Syndicat des Médecins de la Seine, le Syndicat Médical de Paris, les Sociétés d'arrondissement, l'Association de la Presse Médicale, les médecins de Théâtre, les médecins inspecteurs des Ecoles, les médecins légistes, etc., etc. Ces Sociétés auraient l'avantage d'y trouver un siège social rapproché, des moyens d'action en commun et des points de contact multipliés.

Tous ceux qui s'occupent de nos groupements médicaux savent combien grande est l'ignorance de la plupart de nos confrères au sujet de l'existence et du fonctionnement de la plupart de nos Sociétés.

Par la fondation d'un siège social unique, les médecins pourraient facilement et, sans s'en apercevoir en quelque sorte, se documenter eux-mêmes sur les groupements capables de leur rendre des services et qui sont jusqu'à présent bien disséminés.

Toutes les Sociétés médicales s'en trouveraient développées dans l'intérêt de tous par l'accès facile et agréable du cercle qui constituerait un centre de réunion pour tous les médecins groupés ou non.

La question budgétaire, gros obstacle aux réalisations de cette nature, paraît pouvoir être bien facilement et même avantageusement résolue. Nos confrères qui, au moment du Congrès de Lille, ont fait le voyage de Bruxelles, ont pu admirer au cours de la réception chaleureuse de nos confrères belges, le remarquable *Hôtel du Médecin* qu'ils ont pu voir sur la grande place de l'Hôtel-de Ville.

On sait que la vie corporative se développant tous les jours, il existe à Paris un hôtel de la Société des Agriculteurs, de la Société des ingénieurs civils, de la Société de Géographie, etc.

Les grandes salles des hôtels de ces Sociétés, de même que la salle de l'hôtel des Sociétés Savantes, sont à ce point demandées que c'est six mois et plus à l'avance qu'il les faut retenir si l'on veut en disposer à une date déterminée.

Le prix élevé et la location certaine de ces salles constitueraient une source de revenus considérables dont il convient de faire état, qui contribuerait aux frais généraux et servirait par suite au développement de nos sociétés médicales.

Il n'est pas d'ailleurs impossible de prévoir que, comme pour l'Association des étudiants, la concession à long bail, par l'Etat, d'un terrain pour un prix minime pourrait être obtenue, nos Sociétés n'ayant alors à faire que l'effort nécessité pour l'édification d'un immeuble dont la location serait, pour ainsi dire, entièrement assurée d'avance.

Si importantes que soient les considérations matérielles, puisqu'elles seules peuvent servir de base à la réalisation d'une idée certainement grande en résultats, il convient surtout d'apprécier l'avantage moral, certain et précieux que la création d'une « Maison des Médecins » comporterait. Ce serait, en effet, la mise en contact permanente et multipliée de Sociétés qui trop souvent s'ignorent, le groupement des énergies éparses, le rapprochement de documents et de personnalités disséminés, le rapprochement de confrères isolés qui viendraient, dans les conversations intimes à la salle du cercle, s'initier aux questions syndicales et feuilleter les organes de défense professionnelle.

Ce serait un centre de renseignements et d'avantages multiples pour les confrères de province, qui, dans des conditions fort modérées, trouveraient, eux et leurs familles, tout le confort désirable et l'ambiance confraternelle.

Dans notre esprit, l'Association corporative des Etudiants, véritable pépinière des Syndiqués de demain, y tiendrait également ses réunions et s'y installerait pour le plus grand avantage du développement de nos idées syndicales.

L'idée est dans l'air. Nous ne croyons pas qu'il

y ait un médecin qui n'y ait déjà pensé. En raison d'une cordialité de rapports plus grande à l'heure actuelle entre les différents groupements qu'elle ne l'a jamais été, elle est d'une réalisation ou tout au moins d'une étude facile.

Qu'en coûterait-il de se réunir pour en étudier de suite la mise au point ?

Dr Ch. TOURTOURAT.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

La Retraite médicale de droit par la M. F. M.

Nous nous empressons de publier le rapport ci-dessous par lequel la Commission de la retraite de droit saisira l'Assemblée générale prochaine de l'A. G. de ses propositions précises, résultant des longues études dont nos lecteurs ont connu les échos au jour le jour.

A beaucoup, comme à nous-mêmes, il apparaît que cette question est la plus intéressante, pour tout le corps médical, de celles qui seront à l'ordre du jour.

Il semble bien aussi qu'elle marque une orientation nouvelle dans la marche de l'A. G., orientation que de nombreux praticiens réclamaient depuis longtemps, que d'autres reculaient, et qui devait pourtant fatalement se produire en conséquence de l'appauvrissement progressif du corps médical.

Dans son rapport, qui sera publié sous peu, M. Lepage, secrétaire général, s'exprime ainsi au sujet de cette évolution :

Un assez grand nombre de confrères très honorables se lamentent de cette orientation nouvelle et craignent de voir s'effondrer l'œuvre de nos aînés ; je ne partage pas leur pessimisme. L'A. G. est bâtie sur un terrain extrêmement solide ; tout en la modernisant, en y ajoutant les œuvres de prévoyance de droit, en l'adaptant aux besoins de la génération médicale actuelle, on peut respecter l'œuvre du passé et faire profiter ses membres des avantages que peut donner une mutualité largement ouverte à tous et qui possède déjà la double force du nombre et de la richesse.

Est-il nécessaire d'ajouter que le sentiment du secrétaire général est aussi le nôtre, et que nous ne ne partageons aucune des craintes chimériques jetées en travers de notre effort ?

Rapport définitif de M. le Dr A. Gassot sur le Projet de Retraites de Droit (1).

Messieurs,

La Société de la Drôme et Ardèche ayant émis le vœu, *que l'A. G. mette le plus tôt possible à l'étude la question de la retraite de droit à 60 ans d'âge, en élevant d'une part la cotisation annuelle, mais en utilisant, d'autre part, son gros capital de cinq millions de façon à rendre cette élévation aussi faible que possible* », l'Assemblée générale du 10 avril 1910 fut d'avis que la question des retraites de droit méritait une étude approfondie et la renvoya au Conseil général.

Le Conseil général, dans sa séance du 21 avril, désigna pour cette étude une commission spéciale composée, en outre des membres du bureau, de MM. les Drs Maurat, Jeanne, Gairal, Gassot et de M. Léon Marie, actuaire. — J'ai l'honneur de vous présenter le résumé des travaux de cette commission.

Dès sa première réunion, 11 mai 1910, la commission reconnaissait la légitimité de la création d'une retraite de droit, accessible aux moins fortunés de notre profession, mais elle reconnaissait en même temps l'impossibilité de la généralisation de cette retraite à tous les membres de l'A. G. avec les seules ressources de celle-ci.

Ce n'est pas, en effet, avec une cotisation annuelle de douze francs, la totalité de cette cotisation fût-elle consacrée à ce seul objet, qu'il est possible de constituer une retraite suffisante. — La Société de la Drôme et Ardèche le reconnaissait, puisqu'elle proposait le relèvement de la cotisation, — et il est peu vraisemblable qu'une élévation sensible soit acceptée de tous.

D'autre part, l'avoir de l'A. G. n'est pas aussi disponible que beaucoup de ses membres le supposent, faute d'avoir suffisamment étudié la question. D'un travail dressé par M. le Dr Darras, trésorier général, il résulte les constatations suivantes :

Des 5.649.487 frs 32 constituant le total général à la fin du dernier exercice, il faut tout d'abord défalquer 1.675.815 fr. 66 constituant l'avoir des 94 sociétés locales unies, car ces sociétés, il ne faut pas l'oublier, ont leur autonomie pleine et entière, et par conséquent la libre disposition de leurs ressources, et on peut être certain que la totalité de ces sociétés ne consentirait pas à affecter leur avoir à un service unique quelconque, fût-il celui des retraites.

Il reste à l'A. G. 3.973,671 fr. 66 dont il faut défalquer encore la valeur des nues propriétés, soit 705,430 frs et aussi la valeur des immeubles Marjolin qui ne peuvent être actuellement vendus d'une manière avantageuse, soit 132.700 frs ; enfin le don de Mlle Gille dont les revenus seuls sont disponibles, soit 25.470 fr. 16 ; de telle sorte que la fortune des trois caisses administrées par le Conseil général s'élève en réalité à 3.110.071 frs 50.

La Caisse des Pensions viagères possède 2.525.743 fr. 39 auxquels on ne peut toucher actuellement du moins, et dont une grande partie est grevée d'affectations spéciales. La Caisse des veuves et orphelins possède 422.071 frs 77.

La Caisse des fonds généraux ne comporte donc que 162.256 frs 34 dont il faut encore déduire 5.000 frs capital de la rente léguée par le Dr Mesnet et un fond de roulement indispensable de 10.000 frs, de sorte qu'en définitive il reste 140.000 frs en chiffres ronds. On conviendra qu'avec des ressources aussi modestes, il est diffi-

(1) Ce rapport a été rédigé au nom d'une Commission composée de MM. Lereboullet, Bucquoy, Gross, Léon Labbé, Lande, Lepage, de Massary, Darras, Gairal, Gassot, Jeanne, Maurat, Léon Marie, *actuaire*.

cile de faire grand'chose. Aussi certaines sociétés ont-elles fait des propositions plus restreintes.

Mais, avant de les examiner, il convient de définir, une fois pour toutes, ce qu'on doit entendre par retraite de droit.

Des nombreuses lettres qui nous sont parvenues, il résulte que chacun donne de la retraite de droit la définition qui lui plaît. Or, en matière de mutualité comme en matière d'assurance, la retraite de droit est la retraite constituée par le produit de fonds spécialement affectés, fixée à un chiffre déterminé, servie à un âge déterminé, et ne pouvant être atteinte par aucune circonstance étrangère. Tout ce qui ne répond pas à ces conditions n'est pas retraite de droit. Bon nombre de confrères déclarent qu'il ne faut pas capitaliser ; c'est chose entendue et personne ne soutient plus qu'il faille, pour établir une pension, immobiliser le capital énorme dont les revenus seuls constitueraient cette pension ; — mais en dehors du système de capitalisation, il n'y a qu'un moyen de constituer la retraite de droit, c'est de calculer les cotisations de telle sorte que, la mortalité, le taux de l'intérêt et le principe de la mutualité intervenant, le dernier franc de l'actif soit emporté par le dernier sociétaire au moment de sa mort. Toute autre conception est erronée et repose sur des calculs inexacts.

Ceci posé, je reviens aux propositions des sociétés locales :

La Société des médecins de la Sarthe a émis le vœu « *que tous les ans, sur les fonds recueillis par l'A. G., une certaine somme, outre les pensions déjà assurées, soit affectée à servir une retraite de droit à tous les sociétaires âgés de 70 ans, qui en feront la demande* ».

Ce n'est pas la pension de droit, nous n'avions donc pas à discuter ce vœu. Que nos confrères, pourtant, nous permettent de leur faire remarquer que, réduite même à ces proportions, la question serait trop grosse encore pour la caisse des fonds généraux. Sans doute, on peut supposer que l'obligation de faire une demande écarterait certains, du moins au début, mais serait-il possible d'affirmer que, par suite de la dureté des temps, les demandes ne deviendront pas de plus en plus nombreuses ? Et puis, la retraite à 70 ans, c'est trop tard — on nous le dit déjà parfois pour la retraite à 65 ans !

La Société de la Haute-Garonne, « *considérant qu'en plus des avantages offerts par la caisse des pensions de retraite du corps médical français, il y à pour chaque société locale le plus grand intérêt à organiser, pour tous ses adhérents un service de pensions de droit à distribuer aux plus anciens*, a émis le vœu *que le Conseil général réunisse, dans le plus bref délai possible, tous les documents nécessaires à cette étude pour permettre aux sociétés locales de se prononcer sur cette importante question* ». Ce que souhaite la Société de la Haute-Garonne, la société de la Gironde l'a réalisé ; elle donne une pension à ses sept sociétaires les plus anciens dans la Société. Mais ce n'est encore pas là des pensions de droit, et telle éventualité peut se produire (M. le Président Lande l'a formellement reconnu), qui pourrait réduire soit le nombre des pensionnés, soit le taux de la pension. L'initiative est certainement fort louable, elle ne répond pas aux aspirations du corps médical qui réclame la possibilité d'une retraite pour tous, et d'ailleurs, combien de sociétés locales pourraient-elles suivre cet exemple ? La plupart en seraient empêchées par la modicité de leurs ressources. La Commission ne pouvait s'arrêter à ces propositions. Chargée d'étudier la question de la retraite de droit, elle admettait :

1° Que la constitution de cette retraite devait rester volontaire ;

2° Qu'elle nécessitait le versement d'une cotisation spéciale.

Elle eût désiré que, pour réduire la cotisation au minimum possible, la retraite fût constituée sur le modèle de la retraite ouvrière, c'est-à-dire limitée à un maximum de 360 frs et servie par une société de secours mutuels approuvée, conditions qui eussent pu lui assurer, immédiatement du moins, car l'avenir est moins certain, et la bonification de l'intérêt à 4,5 %, et la subvention annuelle de l'Etat ; mais ici encore elle s'est heurtée à une impossibilité absolue. L'A. G. est en effet une Union de sociétés de secours mutuels régie par la loi de 1898 et elle sert à certains de ses membres des pensions de 800 frs et même de 1000 frs ; de ce seul fait découlent non seulement pour elle l'impossibilité de créer des retraites dans les conditions ci-dessus, non seulement pour ses sociétés locales fédérées, la même impossibilité, mais encore pour ses membres l'interdiction de participer à ces retraites dans d'autres sociétés — les consultations que nous avons pu prendre près d'hommes compétents ne nous laissent pas le moindre doute à cet égard.

Si l'on nous objectait quelques faits particuliers, nous répondrions que ces faits doivent n'exister que par ignorance ou par tolérance, conditions qui peuvent changer du jour au lendemain. Vous entendrez, d'ailleurs, M. le secrétaire général Lepage demander que, pour la société de femmes dont il poursuit la constitution, celles-ci ne soient pas membres de l'A. G. en s'appuyant précisément sur les avantages que cette situation permettra de leur assurer.

Nous sommes donc obligés de conclure que l'A. G. se trouve dans l'impossibilité de réaliser la retraite de droit comme nous l'aurions souhaité. Que cette constatation dissipe bien des illusions, qu'elle anéantisse bien des espérances, nous n'y contredirons pas, mais force nous est de nous incliner devant les exigences de la loi, quelque dures qu'elles puissent nous paraître.

La Société locale de la Côte-d'Or a émis le vœu : *que le Conseil général de l'A. G. poursuive l'étude de la question de la retraite de droit, en s'inspirant du fonctionnement des sociétés similaires et en combinant leurs efforts avec les leurs.* Aucune société ne peut se comparer à l'A. G., qui est véritablement dans une situation spéciale désavantageuse en tant que société de secours mutuels, et, si des sociétés fonctionnent en marge de la légalité, nous ne pouvons consciencieusement pas suivre leur exemple et risquer de conduire nos

confrères à ce qui véritablement dépasserait les limites d'une illusion.

La retraite de droit pour le corps médical est possible, mais elle n'est possible que si ses membres la réalisent par leurs propres moyens et en dehors de toute aide de l'Etat.

Fallait-il donc créer, en dehors de l'A. G., une nouvelle société jouissant de son indépendance vis-à-vis d'elle-même comme vis-à-vis de l'Etat?

La Commission ne l'a pas pensé, elle a estimé qu'il était mauvais de disséminer les efforts et a préféré se tourner vers une société qui a le mérite d'exister et d'être même depuis près de dix années déjà patronnée par l'A. G., et qui, précisément, par suite de sa réorganisation, lui présentait les conditions les meilleures pour la solution du problème qu'elle poursuivait : *la Caisse des pensions de retraite du corps médical français* devenue par sa fusion avec l'*Association amicale des médecins français* la section II de la *Mutualité familiale du corps médical français.*

La Caisse des pensions de retraite ne servait jusqu'à présent que des pensions dont le type était de 1200 francs ; la Mutualité familiale servira des pensions par parts de 120 francs et ce, à la volonté du sociétaire, soit à 60 ans, soit à 65 ans, soit à capital aliéné, soit à capital contre-assuré, de telle sorte que si l'adhérent vient à mourir avant d'avoir touché sa première pension, les sommes par lui versées soient, s'il le veut, restituée à ses ayants droit. Le sociétaire pourra s'assurer autant de parts de 120 frs de retraite qu'il voudra jusqu'à un maximum de 10, soit 1200 frs, et sa femme sera admise aux mêmes droits, moyennant une surélévation de prime de 5 % en raison de la longévité plus grande. Le taux des cotisations, calculé par un actuaire, est rigoureusement conforme au principe que j'émettais plus haut, à savoir que le dernier franc de la réserve soit épuisé à la mort du dernier sociétaire.

Trois parts constituent la pension de 360 frs cherchée !

C'est la véritable organisation de la pension de droit dans les conditions où elle est possible pour les membres de l'A. G. La seule question qui intéressait désormais cette dernière était celle de savoir si elle pourrait aider à la constitution de ces retraites et dans quelle mesure elle pourrait le faire.

La commission a résolu la première question par l'affirmative ; elle a pensé que l'A. G., si elle ne pouvait elle-même assurer ces modestes retraites, ne pouvait se désintéresser de leur création, et qu'elle devait les aider, en dehors de toute demande des intéressés, par une subvention qui réduirait les versements. Elle a estimé, en effet, qu'en l'occurrence, mieux valait aider les prévoyants à payer leurs cotisations que majorer des retraites auxquelles certains n'arriveraient pas.

Dans l'impossibilité de fixer actuellement le quantum de la participation de l'A. G., la commission s'est arrêtée à la proposition suivante : chaque année, l'Assemblée générale mettrait à la disposition de la Mutualité familiale une subvention globale ainsi que l'autorise le § 6 de l'article 17 de ses statuts. Il serait entendu, par convention spéciale, que la subvention irait exclusivement aux membres cotisant en vue d'une pension qui ne dépasserait pas 360 francs, et la Mutualité familiale rendrait compte, chaque année, de l'emploi de la dite subvention.

Comme il ne suffit pas de régler théoriquement la question, la commission a pensé à doter de ressources nouvelles la caisse des fonds généraux, la seule en l'espèce qui puisse intervenir, car son avoir est insuffisant et elle doit satisfaire d'autres besoins qu'elle a par ailleurs. Elle a donc proposé, et le Conseil général l'a accepté, de demander aux sociétés locales un versement de 2 frs par sociétaire au lieu de 1 fr. 20 actuellement versés, étant entendu que ce supplément de 0 fr. 80 serait spécialement affecté à la subvention dont il vient d'être question.

Elle faisait remarquer que, pour obtenir le vote de ce versement de 2 francs, point n'était besoin de modifications statutaires ; en effet l'article 16 des statuts de l'A. G. porte : *les ressources de l'A. G. se composent :*

§ 3 *Du montant des cotisations annuelles que doivent verser à la caisse générale toutes les sociétés unies. Ces cotisations sont au moins d'un dixième des revenus annuels des dites sociétés.*

L'article, on le voit, fixe un minimum, mais n'interdit pas un versement plus élevé que peut déterminer une simple délibération de l'Assemblée générale.

On objectera peut-être que les Sociétés unies préféreraient aider elles-mêmes leurs membres à s'assurer une retraite de droit et feront des objections au versement à la caisse générale ; la commission croit pouvoir répondre que si, comme elle le pense, la création de ces retraites de droit répond à un véritable besoin, et si l'A. G. doit contribuer à leur constitution, les sociétés locales ont le devoir de lui en assurer la possibilité.

Or, l'œuvre des retraites de droit, pour réussir, a besoin d'être centralisée ; il lui faut le nombre que n'obtiendraient jamais les créations locales et disséminées ; il lui faut l'unité de direction qui assure la facilité de la propagande et la régularité du fonctionnement.

Refuser la contribution demandée serait avouer qu'on a réclamé du Conseil général une organisation qu'on ne voulait pas tenter sérieusement.

Telle n'a pas été la pensée de tous ceux qui, depuis des années, réclament la création de retraites de droit pour le corps médical, et c'est avec confiance que la commission soumet à l'Assemblée générale les propositions suivantes :

L'Assemblée générale, constatant l'impossibilité actuelle de faire assurer par l'A. G. seule une pension de droit à tous ses membres, décide :

1° *L'Association générale des médecins de France, par l'intermédiaire de sa caisse des fonds généraux, contribuera à la constitution de retraites de droit ne dépassant pas 360 francs, par l'attribution, chaque année, d'une subvention globale à la Mutualité familiale du corps médical français qui organise ces retraites.*

2° *Les sociétés locales, à cet effet, verseront, à*

partir du 1er janvier 1912, à la caisse des fonds généraux, une cotisation de 2 fr. par membre au lieu de 1 fr. 20 et, comme par le passé, le dixième de leurs autres revenus.

***

Tous les confrères auxquels nous avons fait prendre connaissance de ce rapport y ont donné pleine approbation, sauf un, notre dévoué correspondant, M. le Dr Dengler (de Sollières, Jura) qui pourtant compte parmi les plus partisans du projet et, précisément à cause de cela, cherche à lui éviter tout écueil.

« Je redoute dans la discussion à l'Assemblée générale, nous a-t-il dit, les deux objections sui« vantes :

« 1° Nous n'avons pas mandat de notre So« ciété d'accepter ferme aujourd'hui le verse« ment supplémentaire minimum des quatre« vingts centimes ;

2° Malgré vos excellents arguments statutaires, « il est désagréable et peu conforme aux habitu« des des Unions mutualistes d'imposer une cho« se de ce genre à toutes les Sociétés qui se sont « groupées dans une Union. Vous avez voté, au « nom du respect de l'autonomie, contre une « obligation que le Conseil général prétend impo« ser aux Sociétés, et notamment à la Métropoli« taine, en matière d'admission des candidats : « vous avez bien fait. Mais il conviendrait de gar« der aujourd'hui le même scrupule.

« Vous feriez tomber les deux objections si « vous remplaciez la deuxième conclusion du rap« port Gassot par celle-ci présentée en amende« ment :

« 3° *L'Association Générale centralisera les sub« ventions des Sociétés locales qui auront effectué « le versement minimum des quatre-vingts centimes; « elle les versera à la Mutualité familiale ; elle « s'assurera que ces sommes sont le* PREMIER ÉLÉ« MENT *consacré à la diminution des primes des « adhérents à la Mutualité familiale qui appar« tiennent à des Sociétés locales ayant effectué le « versement pour faciliter à tous leurs membres l'ac« cession à la retraite de droit de 360 fr.* ».

Les observations de notre interlocuteur nous ont paru dignes d'intérêt et d'examen. Nous nous serions fait scrupule de ne pas les soumettre à la Commission et à son rapporteur, d'autant que si la rédaction primitive se heurtait à la réserve des délégués à cause du principe de l'obligation qu'elle contient, le caractère facultatif qui a inspiré l'autre ne paraît plus permettre aux objections de subsister.

H. J.

CORRESPONDANCE

L'honorariat pour les Médecins de Chemins de fer.

Touverac (Charente), 21 février,

Mon cher Confrère,

La réorganisation complète de l'administration des Chemins de fer de l'Etat ne vous paraît-elle pas une occasion favorable pour appeler l'attention des pouvoirs publics sur la situation des médecins de chemins de fer qui ont été complètement oubliés par les pouvoirs publics ? Je suis, à ce sujet, dans l'obligation de vous parler de moi, je vous prie de m'excuser.

Ayant cessé l'exercice de la médecine, l'année dernière, j'ai démissionné de mon poste de médecin des chemins de fer de l'Etat (circonscription de Barbezieux), après 27 ans de services et 62 ans d'âge. En prenant ma retraite, j'ai demandé au Directeur, qui était M. Beaugey, de m'accorder l'honorariat. J'appuyais ma demande sur la loi récente du 21 juillet 1909 qui a amélioré d'une notable façon la situation de tous les employés de l'Etat, en avançant à 25 ans de services et 60 ans d'âge la limite du droit à la retraite (Loi sur les retraites) ; je demandais au Directeur qu'à l'occasion de cette loi, il donnât au corps médical des chemins de fer de l'Etat une preuve d'intérêt en lui accordant l'honorariat après 25 ans de services et 60 ans d'âge, pour les assimiler aux autres employés ; qu'il n'était pas juste qu'on oubliât le corps médical, modeste et silencieux, alors qu'on accordait aux cheminots bruyants et révoltés toutes leurs revendications ; que nous méritions comme les autres employés la bienveillance de l'Etat par notre dévouement toujours prêt et nos soins gratuits aux familles des employés.

Le directeur me répondit que les médecins n'étaient pas considérés comme employés et que la loi sur les retraites du 21 juillet 1909 ne leur était pas applicable, mais qu'il se réservait le droit d'examiner les titres.

Et, par suite, je n'ai pas obtenu l'honorariat qui m'eût donné une carte permanente gratuite sur le réseau de l'Etat, des réductions sur les réseaux des compagnies et des facilités correspondantes pour ma famille. J'ai été taxé, sans appel, à 7 voyages gratuits sur le réseau, et pour Madame Meslier à un voyage gratuit et à 6 à 90 %, et cela par année.

La situation du corps médical de l'Etat, au point de vue où je me place aujourd'hui, n'a pas été améliorée depuis 9 ans. Actuellement, l'honorariat n'est accordé qu'au médecin qui a 65 ans d'âge, 25 ans de services au réseau, et dans une circonscription d'au moins 100 agents. C'est-à-dire ne bénéficient de cette mesure que nos confrères de grande ville. Eh bien ! je voudrais que l'honorariat fût conféré à tout médecin de l'Etat ayant 25 ans de services et 60 ans d'âge, quelle que soit l'importance de sa circonscription. Ce serait

l'unification de l'honorariat. Cette mesure me paraît dans les choses possibles. Il me semble qu'il suffirait de quelques démarches pour que le Directeur l'acceptât et cela d'autant plus facilement qu'elle ne coûtera rien à l'Etat et que ce dernier sera mieux disposé si l'on ne frappe pas à sa caisse.

Le *Concours Médical* avec ses ramifications peut-il nous aider dans cette campagne, auprès du Ministre des travaux publics et du Directeur ? J'ai l'intention de m'adresser particulièrement à chaque médecin de l'Etat pour lui demander d'intervenir auprès de son député, et de ses sénateurs en faveur de ce vœu. L'influence locale que possède chaque médecin le fera bien accueillir par les hommes politiques, et un vœu présenté ainsi au Ministre ou au Directeur sera bien près d'être accueilli et exaucé.

Quoi qu'il en soit, j'ai voulu préalablement prendre l'avis du *Concours Médical*.

Veuillez agréer, mon chez confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

D[r] MESLIER,
Membre fondateur de la Caisse des pensions de retraite
Président du Syndicat médical de la Région de Barbezieux,
Ancien maire de Barbezieux,
Ancien conseiller général de la Charente,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Réponse. — La nomination des médecins de chemins de fer étant jusqu'ici pure question de faveur, nous avons en vain cherché sur quel principe nous pourrions appuyer ici démarches et revendications. Les intéressés seuls nous paraissent qualifiés pour agir en se groupant. Le *Concours médical,* au contraire, serait certainement éconduit avec tous les honneurs dus à l'ankylose de sa colonne vertébrale.

L'automobile du médecin.

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire dans le numéro du 8 janvier de notre fidèle et intéressant *Concours* la lettre si spirituellement tournée et infiniment suggestive du D[r] Barbanneau, de Pouzauges (Vendée).

Je me hâte de dire que sur tous les points je suis d'accord avec lui. Une expérience déjà longue de l'automobile me permet de confirmer ses conclusions, tant au sujet du coût de ce mode de locomotion que de la vitesse « pratique » qu'il est possible et prudent d'obtenir. Une moyenne de 30 kilomètres à l'heure régulièrement soutenue est tout ce que peut désirer l'automobiliste qui sort régulièrement et tantôt se trouve en présence d'une côte à escalader, tantôt d'un caniveau à passer en douceur, tantôt d'un attelage tenant toute la route, à moins que ce ne soit un ivrogne qu'un dieu spécial protège de l'écrasement.

Toutefois, il y a une petite phrase de l'article de notre distingué confrère qui ne me semble pas à moi — *experto crede* — entièrement juste, c'est la dernière : « ..... il n'a pu empêcher ce qu'aucun constructeur ne saurait faire : le coût considérable de ce moyen de locomotion ».

Malgré tout le regret que j'éprouve à ne pas suivre jusqu'au bout le D[r] Barbanneau, il faut bien que je dise (puisque je l'ai découvert, après d'autres), le moyen de faire de l'automobile *économiquement.*

J'écris bien : *économiquement* et si cet adverbe vous semble jurer avec le mot *automobile,* lisez ces quelques lignes et peut-être, sans être convaincu, jugerez-vous que je peux avoir raison.

D'abord, pourquoi le médecin fait-il de l'automobile ? Pour son plaisir ou pour son travail ?

S'il ne s'agit que de son plaisir, inutile de compter, il paie, et tout est dit. Il aurait mauvaise grâce à se plaindre, comme il aurait tort de se plaindre du prix du théâtre, de celui des liqueurs fines et des cigares de grande marque.

Si c'est pour son travail, c'est autre chose. Mais dans ce dernier cas, dites-moi donc pourquoi le médecin qui n'a que lui à transporter et sa trousse éprouve le besoin d'avoir une voiture à 4 places ? Celle-ci nécessitera un moteur plus fort, qui consommera beaucoup d'essence et d'huile ; elle demandera aussi des pneumatiques très résistants qui ne tarderont pas à se volatiliser au contact de la route et de ses obstacles. Car, s'il est vrai que le pneu boit l'obstacle, il est vrai aussi qu'il s'use à ce métier, et qu'il ne lui reste guère au bout de quelques mois que la toile. C'est la *marche à la toile,* dirait Bibendum dans sa « Causerie hebdomadaire ».

Nous sommes d'accord, dites-vous, sur le principe : il est bien vrai que le médecin qui veut faire son travail avec une auto n'a nul besoin d'une voiture à 4 places, ni même à 2 places, celle-ci risquant d'être occupée par un client que l'on est forcé d'indemniser en cas d'accident ; mais que nous proposez-vous ? Le tri ou la motocyclette ? Nous en connaissons les désavantages et croyez bien que s'ils sont de moins en moins employés, c'est qu'il y a des raisons à cela.

Je le sais et je me garde bien de vous recommander le vieux tri de nos débuts ou la moto « engendreuse de pannes » comme eût dit Homère, s'il l'eût connue. Je veux vous parler tout simplement de l'engin que j'utilise et qu'utilisent quelques confrères et de nombreux curés — je vous signale cette référence à tout hasard, sans m'enquérir de vos convictions — avec la plus grande satisfaction, depuis pas mal de temps.

Cet engin, le fabricant l'appelle « l'Auto-fauteuil », nous disons plus simplement ; le « Fauteuil ».

C'est bien une moto, si vous entendez par là un véhicule à 2 roues rappelant le vélo, mais combien améliorée ! Deux roues (1), deux pneus seulement, et *increvables* (c'est facile à vérifier), un moteur de 3HP (refroidissement à ailettes, presque toujours suffisant en France), et de 3 3/4 HP, si vous y voulez la circulation d'eau. Moi, j'ai adopté les ailettes, c'est plus léger, moins compliqué et moins cher. Carburateur Claudel, allumage Magneto, transmission par chaîne, mais quelle chaîne et quelle douceur ! ! C'est élastique. Deux vitesses, une grande et une pe-

(1) On fait des auto-fauteuils parfaits à 3 et 4 roues.

tite qui s'entendent si bien que l'on passe de l'une à l'autre, sans à-coups, sans secousses et sans ce grincement de dents que l'Evangile réserve pour les ténèbres extérieures ! L'embrayage se fait si naturellement que vous croiriez démarrer en auto électrique, lorsque vous partez.

Il y a bien d'autres avantages encore, je ne veux en citer que deux. L'un est le pivot d'appui qui permet à la machine de se tenir en équilibre toute seule sur la route, de tourner sur elle-même sans danger, l'autre est le fauteuil proprement dit. Elégant, moelleux, élastique, on s'enfonce là comme en un Maple au coin du feu, on s'installe tout à l'aise, les pieds sur les — j'allais écrire : chenets — sur les repose-pieds, on n'est pas secoué, on fume, on rêve, et l'on arrive..... dans un fauteuil.

Rien d'aussi confortable, d'aussi simple, d'aussi pratique que cet outil de travail, et rien aussi de moins coûteux.

Complet, sans que rien laisse à désirer, il me coûte 1.800 francs, le moteur consomme un centime 1/2 au kilomètre, il en consommait *deux* au début, quand je n'avais pas le carburateur actuel ; de l'huile, je n'en parle pas, et des pneus, dame ! j'espère bien qu'ils feront encore 8 à 10.000 kilom. quoiqu'ils les aient déjà faits.

Mais, n'y arriveraient-ils pas, je n'aurais pas à me plaindre. J'ai fait avec cette machine tout autant de travail qu'avec ma 12 HP d'antan et j'ai dépensé à peine le 8e. J'ai encaissé chez mes clients la même somme que jadis et mon « fauteuil » est déjà amorti. Le voilà bien l'amortisseur rêvé !

Mais j'ai l'air, ma foi, d'avoir découvert le Pérou et je m'aperçois maintenant que cette lettre ne parle que de moi et de mes prouesses. Que faire ? La déchirer ? Je n'ose, car peut-être rendra-t-elle service à quelqu'un de mes confrères. Du reste, si je vous parais haïssable à vous parler ainsi de moi, demandez donc l'avis des confrères Biau, de Vabre (Tarn), Roure, de Lalevade (Ardèche), Capela, d'Urcay (Allier), Boucher, de Quintin (Côtes-du-Nord), Ropers, Villeneuve, etc.

Les noms des autres m'échappent et je me garde de vous citer des curés quoique ce soit à l'un d'eux que je doive d'avoir connu l'Auto-Fauteuil, car il y en a partout et le premier curé venu vous dira, Dieu me pardonne, lequel de ses collègues en a un.

Encore un mot et je termine. Avec un « fauteuil », pour votre travail, rien ne vous empêche de vous offrir une 4 cyl. 10-14 HP, Ariès, Renault Panhard ou autre pour vos promenades de famille ou d'amis. Cela vous coûtera singulièrement moins cher et vous aurez tout le temps de l'amortir. Croyez bien que là est le nœud de la question : Ne pas vouloir, avec le même engin, faire son travail et ses promenades. C'est comme si, pour votre cabinet, vous n'aviez qu'un lustre de 40 ampoules et un seul commutateur vous obligeant d'éclairer *a giorno* pour la moindre des choses. Serait-ce économique ? Tandis que si vous avez votre lampe de bureau à une seule ampoule pour votre travail et votre lustre pour les soirées, vous satisfaites économiquement à tous les desiderata.

Confrères, croyez en mon expérience, allez voir et essayer l'Auto-Fauteuil. Choisissez-le suivant votre goût personnel, à 2, 3 ou 4 roues. Et s'il vous plaît d'avoir de plus amples détails et des renseignements confidentiels de bon confrère, vous pouvez me les demander. Je vous dirai tout ce que je sais.

Mais n'oubliez pas de mettre un timbre pour la réponse, les temps sont durs.

Dr Louis,
51, Boul. Montparnasse, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Assurance contre les accidents du travail. — *Arrêté du* 18 *mars* 1911. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,

Vu l'article 27 de la loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, modifié par la loi du 31 mars 1905 ;

Vu le décret du 28 février 1899, portant règlement d'administration publique pour l'exécution dudit article 27 ;

Vu l'avis conforme du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail en date du 17 mars 1911, aux termes duquel « il y a lieu de mettre fin, en ce qui concerne les accidents du travail régis par la loi du 9 avril 1898, aux opérations d'assurances de la société la Garantie, 56, rue Laffitte, à Paris » ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales,

Arrête :

Article unique. — Il est mis fin, en ce qui concerne les accidents de travail régis par la loi du 9 avril 1898, aux opérations d'assurances de la société la Garantie, 56, rue Laffitte, à Paris, dans les conditions déterminées par l'article 20 de ladite loi.

Concours des médecins d'asiles d'aliénés. — Nous avons annoncé précédemment l'ouverture de ce concours dont le jury est ainsi composé :

Président. — M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Membres titulaires. — MM. Rémond, prof. à la faculté de médecine de Toulouse ; Laignel-Lavastine, prof. agrégé de médecine mentale à la faculté de médecine de Paris ; Vallon, médecin en chef de l'asile Saint-Anne ; Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Blois ; Collin, médecin en chef de l'asile de Villejuif ; Alombert-Goget, médecin en chef de l'Asile de Marseille.

Membres suppléants. — MM. Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes ; Sérieux, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

Les fonctions de secrétaire seront remplies par M. de Saint-Sauveur, et celles de secrétaire adjoint par M. Tissot.

Les candidatures seront reçues au Ministère de l'intérieur du 11 mars au 1er avril 1911.

Encore une demande de dommages-intérêts solutionnée par le tribunal de 1re instance, dans un sens favorable au médecin.

En 1907, M. Dufail était victime d'un banal, mais fâcheux accident. Courant après un tramway, il

tombe et, dans sa chute, se fracture l'humérus gauche. Il fait appeler le Dr X... qui réduit la fracture par l'appareil Hennequin, puis place dans le plâtre le membre blessé. L'appareil plâtré ne lui paraissant pas bien fait, il le brise et en fait un second.

M. Dufail ne peut plus se servir aujourd'hui de son bras gauche qu'avec les plus excessives difficultés ; aussi, prétendant que ce second appareil plâtré, défectueux lui aussi, avait occasionné des plaies, des eschares, et entraîné une paralysie du bras, a-t-il assigné le Dr X... devant la 1re chambre du tribunal civil en 60.000 francs de dommages-intérêts.

Les experts nommés par le tribunal avant de faire droit, le prof. Delbet et les Dr Demoulin et Claude, ont dit, dans leur rapport, que le second appareil plâtré posé par le Dr X... avait pu, étant trop serré, entraîner les accidents dont se plaint M. Dufail. Mais ils ont ajouté que la pose d'un semblable appareil est chose si délicate qu'il peut arriver aux chirurgiens les plus expérimentés de ne pas la réussir.

La 1re chambre du tribunal, présidée par M. Salvador, vient de débouter M. Dufail, pour lequel s'était présenté Me Georges Claretie, de ses prétentions.

Son jugement déclare que M. le Dr X... avait pu ne pas s'apercevoir que son second appareil plâtré était défectueux, et que si M. Dufail soutient avoir enduré de ce fait des souffrances intolérables, le Dr X... prétend au contraire que l'état de son bras, dans l'appareil, n'a jamais cessé d'être normal.

Me Rocher s'était présenté pour le Dr X... (*Le Temps*).

Æsculape. — Revue mensuelle illustrée. — A. Rouzaud, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris. Sommaire du no de février 1911 et de son supplément.

La question du jour : Le Radium. — Par le Dr J. Barcat, assistant de radiumthérapie à l'Hôpital Saint-Louis, et le Dr Dominici, chef du service d'Histologie au Laboratoire biologique du Radium (16 *illustrations*). — Le radium donne des guérisons quasi-miraculeuses de tumeurs, cancers, maladies de peau, etc... ; des photos éloquentes le montrent ici ; l'article sera une révélation pour beaucoup.

La folie de Don Quichotte. — Par le Dr Libert (9 *illustrations*). — Etude médico-psychologique du héros de Cervantès (son amour malheureux, sa lutte contre les moulins à vent, sa défaite, ses multiples désillusions). L'auteur, à la lumière des travaux de la jeune école aliéniste, a pu préciser le genre de folie de ce grand chercheur d'idéal, l'observation de Don Quichotte rentre dans le cadre des folies raisonnantes. Nombreuses illustrations d'après les grands maîtres et les vieilles estampes.

Les faits psychiques (4 *illustrations*). — Le Dr Encause, bien connu des occultistes sous le nom de mage Papus, met au point la question du spiritisme scientifique. Des forces inconnues, invisibles, émanent de certains sujets : personne n'en doute actuellement. Des photos convaincantes du Dr Ochorowicz montrent un médium soulevant, *sans contact*, des ciseaux une balle en celluloïd, par le fait de la seule force invisible qui émane de son système nerveux.

L'homme quarternaire de la Chapelle-aux-Saints (10 *illustrations*). — Le Professeur Paul Raymond nous décrit, d'après son squelette, son crâne, retrouvés enfouis dans des alluvions, les caractères physiques et intellectuels du plus vieil ancêtre connu de l'humanité. Il vivait il y a vingt-cinq ou cinquante mille ans, en compagnie du renne et du mammouth. Son crâne, intact, et dont est reproduite la photo grandeur nature, est d'une demi-brute.

Le cas du Docteur Rose (4 *illustrations*). — Par le Dr Louis Delattre, un des plus grands écrivains belges. C'est un rêve affolant, à la façon d'Edgar Poë ou de Villiers de l'Isle-Adam : une pauvre loque humaine, atteinte d'ostéomalacie généralisée, s'étale depuis quinze ans, à la façon d'une molle pâte de jujube, dans la maison où ses belles-filles et ses fils, belles et beaux vivent dans la désolation des jours.

L'Hydrologie (4 *illustrations*). — Le Professeur Garrigou dit ici l'urgence de l'enseignement de nos ressources en eaux minérales. Des richesses insoupçonnées sourdent de notre sol ; des fleuves médicamenteux vivants, d'activité surprenante contre nombre de maux, s'écoulent inutilement faute d'être mieux connus.

Supplément

Aux lecteurs.

Lettres de nos correspondants (A propos de Saint-Sauveur ; la Révolte à la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro).

La Liberté... de panser, ou : Responsabilités médico-chirurgicales (à propos de l'Affaire Bazy).

J'ai perdu mon alliance (dessein d'Abel Faivre).

L'Orchestre médical (une illustration).

Un cinquième tableau médiumnique d'Hélène Smith.

La Momie variolée et ses microbes.

Charmante soirée.

L'Institut de Paléontologie.

L'Eau minérale de Coudes.

Les Aliénés poètes (une illustration : à Charenton).

Chez le Dr Montoya au Cabaret des Quat'z'Arts : Les Pêcheurs de Lune (8 illustrations).

L'ingénue hermaphrodite (poésie).

Phthirius pubis (sonnet).

Quelle est la couleur de la peau des nègres à leur naissance ? — En réponse à cette question, le docteur Bouchart, de Limoges, adresse au *Centre médical* la note suivante :

«...Je puis vous affirmer, ayant vécu plus de deux ans en Afrique, que les enfants du village nègre, cette sorte d'annexe et de faubourg où se réunissent les noirs des petites villes du sud de l'Algérie naissent blancs, c'est-à-dire roses. Ils ne sont bruns, puis noirs qu'au bout de douze, vingt-quatre, quarante-huit et parfois soixante heures, jamais plus. La coloration n'est pas uniforme au début, la partie externe des membres et postérieure du tronc étant la première colorée. Quant aux cheveux, qui n'apparaissent que plus tard, ils viennent par îlots, distants d'une longueur supérieure au diamètre de l'îlot, plantation clairsemée (en groupes distants).

Les nègres que j'ai vus étaient généralement d'origine soudanaise : je ne puis pas parler des autres races et je ne veux faire aucune généralisation.»

Paris la nuit. (*Fable-express.*)

Un apache venait d'estourbir un passant,
Et, comme le cadavre était embarrassant,
Du pont Saint-Michel il le jeta dans la Seine.
Moralité : L'occis gêne.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 14 Dimanche 2 AVRIL 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Situations acquises !

Nous sortions naguère d'une séance où avait été agité, sans le résoudre, le problème des situations acquises, au sujet de la généralisation du libre choix du médecin dans les mutualités.

Avec le visage inspiré de l'auteur d'une découverte, un de nos amis, d'esprit original et quelque peu fantasque, nous aborda en ces termes :

« En 1858, Alexandre II, le « tsar libérateur », résolut d'affranchir les serfs de toutes les Russies. Mais il fallait songer à les faire vivre. Ne voulant pas cependant déposséder les nobles, il créa une banque spéciale dite de la noblesse, destinée à indemniser les propriétaires des biens cédés aux paysans.

« Pourquoi, ajouta-t-il, n'en ferions-nous pas autant ? Pourquoi ne fonderions-nous pas une Caisse pour indemniser les détenteurs de situations acquises qui, par esprit de confraternité, abandonneraient leurs monopoles ? Ce serait la solution du problème ».

« Solution élégante, répliquai-je, mais dont je vous engage à étudier la réalisation. Concevoir la caisse est bien, trouver les moyens de l'alimenter serait mieux. En attendant, nous risquons de voir pendant bien longtemps se perpétuer les situations acquises. Libérer des serfs est plus facile qu'affranchir des médecins. Il faudrait en France la volonté d'un tsar pour imposer, comme aux moujicks russes, l'indépendance à ceux de nos confrères qui ont pris l'habitude de chaînes qui, hélas ! ne sont pas dorées. »

Il est de coutume, en effet, de proclamer, partout et toujours, le respect des situations acquises. Nous l'avons fait même ici par esprit de confraternité. Nous voudrions que le libre choix triomphât par les seules forces de la raison et de la justice. Mais ce respect des situations acquises doit avoir des limites ; il ne doit pas dégénérer en respect des situations qui s'acquièrent aujourd'hui et qui s'acquerront demain. Ce serait la proclamation de la pérennité de ces situations et le piétinement sur place.

Il conviendrait encore de les examiner quelque peu, ces fameuses situations, et d'en jauger l'importance. Est-il admissible de voir une action syndicale mise en échec parce que dix ou quinze médecins de mutualités détiennent des situations qui leur assurent en moyenne un revenu annuel de 50 à 100 francs ? Qui, dans ce cas, a une situation qui réclame le respect ? Est-ce le praticien qui exerce normalement et avec dignité sa profession ? Est-ce celui qui, sans raison acceptable, déprécie la valeur de ses soins et la considération médicale ?

Dans son organisation du service médical des mutualités, le Syndicat des médecins du Rhône a cherché à mettre un terme à la transmission indéfinie de ces situations acquises.

Grâce au dévouement de Bolliet, qui parvint, avec une ténacité admirable, à obtenir l'adhésion de l'unanimité des praticiens lyonnais, le plus grand nombre des Sociétés de secours mutuels de Lyon acceptèrent le service général organisé par le Syndicat des médecins du Rhône. Mais un nombre appréciable de Sociétés conservèrent cependant, pour des raisons diverses, un service médical restreint. Le Syndicat décida de respecter les situations des médecins de ces Sociétés à service restreint, mais d'obliger tout jeune médecin, acceptant dans ces Sociétés une fonction, de signer un contrat, et le contrat comportait l'engagement formel du nouveau confrère de se retirer de la Société le jour où les circonstances permettraient de le faire entrer dans le service général.

Il faudra bien un jour ou l'autre faire partout comme à Lyon, et chercher un remède à cette maladie de la pérennité des situations acquises.

Le mieux serait d'arriver par une entente unanime à leur suppression pure et simple. Et qu'on n'aille pas croire qu'en agissant ainsi, le plus petit préjudice serait porté aux médecins détenant le monopole de services médicaux quelconques. L'expérience a été déjà faite, notamment, sous l'impulsion de Jeanne, par le Syndicat de l'arrondissement de Versailles. La suppression des services médicaux mutualistes ayant amené un relèvement considérable des honoraires, les médecins qui jusqu'alors assuraient ces services, furent les premiers à en profiter largement. Les mutualistes qu'ils avaient soignés naguère, auxquels ils avaient rendu service et inspiré confiance, continuèrent à s'adresser à eux. Seuls, durent pâtir du libre choix ces médicastres peu intéressants, qui acceptent des fonctions avec la ferme intention de ne pas les remplir, et qui, sans honneur ni conscience, font tort à leurs confrères tout en trompant les mutualités. Ces gens-là nous indiffèrent, car nous ne saurions parler de respecter que ce qui est respectable.

En somme, la situation acquise est le plus souvent, sinon toujours, comparable à une dent cariée. Elle gêne, on la supporte, on hésite à la laisser enlever ; mais si, au cours d'une crise aiguë, le dentiste l'arrache, on le bénit de cette délivrance, surtout si le reste de la mâchoire est sain. J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur Pierre Delbet.

Diagnostic des tumeurs de la parotide.

Nous allons examiner ensemble une malade qui est venue nous demander conseil dans les conditions suivantes. Cette femme, âgée de 58 ans, a constaté, il y a six mois environ, la présence d'une grosseur, d'une « boule », au niveau de sa joue gauche. Elle a ressenti également, dans la région intéressée, quelques douleurs, peu intenses d'ailleurs et sans phénomènes inflammatoires nets. Depuis, la lésion a augmenté progressivement de volume, jusqu'à atteindre les dimensions actuelles.

Lorsque vous regardez la malade, vous notez une asymétrie bien caractérisée de la face. Vous voyez, à la région préauriculaire gauche, une tuméfaction qui soulève le lobule de l'oreille. Le lobule de l'oreille est déplacé en dehors, mais il a conservé sa forme et n'est pas lui-même infiltré. Son intégrité est un fait important à enregistrer en pareil cas, comme je vous le dirai tout à l'heure. La tuméfaction préauriculaire remonte jusqu'au devant de l'orifice du conduit auditif externe. En arrière, elle s'étend jusqu'au sterno-mastoïdien. Sa limite inférieure est assez vague.

Il n'existe pas de modification de couleur des téguments. Nous allons rechercher si ces téguments sont épaissis, œdématiés, et s'ils ont conservé leur mobilité. La peau est mobile en haut et en bas. Si, par contre, on cherche à faire un pli cutané à la partie moyenne, en plaçant les doigts assez loin l'un de l'autre, au lieu d'avoir un

pli unique, il se forme une série de petits plis, de sillons, qui prouvent l'existence d'adhérences en certains points. Vous savez que la peau ainsi plissée prend quelquefois l'aspect de la peau d'orange, aspect dû à une exagération d'apparence des orifices des glandes. Ici, nous n'avons qu'une esquisse de peau d'orange.

La tumeur, située en arrière de la branche montante du maxillaire, siège dans la loge parotidienne. Cela ne veut pas dire avec certitude qu'elle a son origine dans la glande. Il peut exister des lésions inflammatoires, des adénites de la loge parotidienne. Notre malade accuse des douleurs ; elle déclare les avoir ressenties au début de l'affection, et un tel symptôme peut faire penser à une lésion inflammatoire portant sur les ganglions. Un fait permet d'affirmer qu'il n'y a pas eu inflammation dans la loge parotidienne : la malade ouvre la bouche sans difficultés. Ces inflammations sont tantôt — rarement — des adénites, tantôt — plus fréquemment — des parotidites. Toujours, alors, la mâchoire est immobilisée. La facilité d'ouvrir la bouche fera éliminer les parotidites et les adénites de la loge parotidienne.

Il est une chose à laquelle il faut penser, c'est la lithiase salivaire. La lithiase n'est pas rare à la glande sous-maxillaire. Elle entraîne en arrière de la glande des modifications inflammatoires chroniques diffuses, prises facilement pour des néoplasmes malins. Nous allons examiner le canal de Sténon. Je ne l'aperçois pas. Il n'est pas toujours apparent à l'état normal, mais, quand il est enflammé, il devient visible. Au début de la parotidite, il est rouge, saillant, et dans la majorité des cas, il laisse bientôt sourdre du pus. Il suffit d'exercer des pressions d'arrière en avant pour amener du pus à l'orifice buccal du canal de Sténon. Cette constatation est intéressante, au point de vue pathogénique d'abord. Elle montre que la parotidite se développe généralement par voie buccale, ascendante. Dire qu'il en est toujours ainsi serait excessif. La parotidite peut relever d'une infection hématogène. Toutefois, ordinairement, elle a pour origine une infection buccale, et la preuve, c'est que, si vous examinez au début l'orifice du canal de Sténon, vous le voyez rouge. Il y a là encore un intérêt thérapeutique. Un grand nombre de ces parotidites sont curables sans incision, par expression. En faisant deux ou trois fois par jour des manœuvres d'expression, vous arriverez à guérir les patients sans prendre le bistouri. Quelquefois, on est surpris de la quantité de pus que l'on fait sortir. Ici, s'il s'agissait de lithiase salivaire, l'orifice du canal de Sténon serait visible. D'ailleurs, à l'exploration du canal de Sténon dans sa partie située en avant du masséter, je ne sens aucune espèce de résistance.

Nous avons éliminé l'hypothèse d'inflammation aiguë ou subaiguë et celle de lithiase. Nous sommes amenés à l'idée d'un néoplasme de la parotide. De quelle variété ? Bénigne ou maligne ? Les tumeurs bénignes sont des néoplasies mixtes où l'on rencontre tous les éléments possibles. Quelles sont les bases sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour ce diagnostic différentiel ? Les tumeurs bénignes de la parotide se rattachent à des troubles de développement et se voient chez les sujets jeunes. Elles restent parfois longtemps stationnaires, mais les malades se rappellent leur début dans la jeunesse. Or, la malade actuelle a 58 ans, et l'origine de sa néoplasie remonte à six mois seulement.

Pour établir le diagnostic entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de la parotide, nous disposons de 3 signes qui sont : les rapports de la tumeur avec les téguments, l'état du lobule de l'oreille, et l'état du facial.

Je vous ai parlé des connexions avec les téguments. Les tumeurs mixtes peuvent être volumineuses, distendre les téguments : elles ne les envahissent pas, si volumineuses soient-elles. Ici, nous avons trouvé des adhérences avec la peau. Si nous constations des phénomènes inflammatoires, même très légers, ces adhérences n'auraient pas grande importance. Sans phénomènes inflammatoires, les adhérences ont à elles seules une grande valeur.

Chez notre malade, le lobule de l'oreille est soulevé, non infiltré. L'absence d'infiltration est en faveur d'une tumeur bénigne si la tumeur est volumineuse. Cependant, elle ne permet pas de conclure. L'envahissement du lobule, au contraire, est significatif et indique une néoplasie maligne. Le signe du lobule n'a, en somme, de valeur que s'il est positif.

Pour la paralysie faciale, je répéterai ce que j'ai dit du lobule de l'oreille. L'absence de paralysie faciale est en faveur de la tumeur bénigne, sans qu'on en puisse tirer une déduction bien précise. Quand, par contre, le facial est paralysé, vous pouvez être certain de la malignité de la néoplasie. Les tumeurs bénignes, même volumineuses, gênent peu le facial, qui s'en accommode.

Si nous récapitulons ce qui existe chez notre malade, nous voyons : rien du côté du facial, rien du côté du lobule. Je viens de vous dire que l'absence de ces signes n'offrait pas une grande importance. Seule, leur existence a de la valeur. Nous avons constaté, chez notre malade, des adhérences à la peau, signe capital, si nous pouvons éliminer les phénomènes inflammatoires. Nous avons cherché à établir les limites de la tumeur. Elles sont nettes dans les néoplasmes bénins, vagues dans l'épithélioma. Dans le cas actuel, ces limites sont assez nettes à la partie postérieure, imprécises à la partie inférieure et antérieure. Nous avons à rechercher, en outre, s'il y a des ganglions autour de la loge parotidienne. Nous n'en sentons pas.

Donc, les seuls symptômes qui nous orientent — et ils orientent vers la tumeur maligne — sont les adhérences de la peau, l'insuffisance de la limitation de la néoplasie et l'âge de la malade.

Les tumeurs malignes, vous le savez, peuvent déterminer des douleurs quand elles compriment ou envahissent les nerfs. Par elles-mêmes, elles sont insensibles. Dans le cas présent, nous ne constatons aucune douleur en appuyant sur la masse néoplasique. Le diagnostic qui découle de tout cela est celui de tumeur maligne, de cancer de la parotide.

Ce cancer est-il justiciable d'une intervention ? Certes, son étendue permet encore une extirpation, mais, il faut alors enlever la totalité, ou presque, de la parotide. On est obligé de sacrifier le facial et il en résulte une très pénible infirmité, la paralysie faciale. On dit bien qu'il est possible d'en diminuer les inconvénients par des anastomoses nerveuses ultérieures ; toutefois, les résultats de ces anastomoses ne sont pas aussi pleinement satisfaisants qu'on se l'imagine, et ce n'en est pas moins un gros sacrifice.

Je vais vous dire quelques mots de ces anastomoses. En quoi consistent-elles ? Voici le facial sectionné dans la loge parotidienne. Avec quel nerf peut-on anastomoser son bout périphérique ? Avec le bout central d'un autre nerf. On a pris le plus souvent le spinal. On peut aussi prendre l'hypoglosse, la branche descendante du grand hypoglosse. On n'est pas très sûr, avec ce dernier, d'avoir des fibres motrices. Lorsqu'on s'adresse à l'hypoglosse, sa section entraîne une paralysie de la langue. Un moyen terme consiste à dédoubler l'hypoglosse, à conserver une moitié et à anastomoser l'autre moitié. Néanmoins, le nerf le plus souvent employé, en pareil cas, est le spinal. Il résulte de sa section une paralysie partielle du sterno-mastoïdien et une paralysie totale du trapèze. Ces paralysies ne gênent pas extrêmement les malades. Toutefois, le résultat, quant au facial, n'est pas bien satisfaisant. Il y a deux choses à envisager dans la paralysie faciale, les modifications statiques (les muscles au repos) et les modifications dynamiques (les muscles en contraction). A l'état statique, les muscles sains entraînent les tissus de leur côté, et à l'état dynamique, la déformation s'accentue. Eh bien, après une anastomose avec le spinal, que voit-on ? J'en ai observé un cas, dix ans après l'opération. La face était encore asymétrique. Le malade pouvait contracter tous ses muscles, mais pas à sa guise. Il se passait ce fait singulier : chaque fois que le sujet cherchait à soulever son épaule (mouvement dévolu au trapèze), le cerveau ayant conservé l'habitude de donner l'ordre au spinal d'entrer en fonction, on voyait sa face se contracter. On raconte qu'un jour, à Londres, une malade qui avait été opérée dans ces conditions, fut arrêtée sur la voie publique pour outrage aux bonnes mœurs, parce qu'en soulevant son parapluie du côté opéré, ses muscles de la face se contractaient chaque fois et offraient une mimique trop expressive, jugée offensante pour les habitudes de nos voisins d'Outre-Manche. De telle sorte que le sacrifice du facial reste un gros sacrifice. Aussi, avant de le faire, avant de pratiquer l'extirpation de la parotide, allons-nous effectuer un prélèvement d'une portion de la masse néoplasique, pour assurer le diagnostic par une biopsie.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les fumigations aromatiques dans l'atmosphère des chambres de malades.

Il est d'une excellente pratique prophylactique et thérapeutique d'employer les fumigations aromatiques dans l'atmosphère des chambres de malades atteints de phtisie, de diphtérie, de rougeole, d'angines, d'affections broncho-pulmonaires.

M. le Dr Couetoux, de Blain, recommande cette pratique avec une vive insistance dans une petite brochure qu'analyse le journal de Lucas-Championnière. M. Couëtoux s'en tient aux fumigations faites au moyen d'une cuiller de fer remplie de la mixture choisie. On met le feu à la mixture au moyen d'une allumette. On tient la cuiller par le manche jusqu'à ce que la mixture soit entièrement consumée. Il importe que la combustion soit complète, et pour obtenir ce résultat, on peut prescrire de chauffer en-dessous la cuiller de fer avec une bougie ; mais, avec l'alcool à 95°, cette précaution est inutile.

La cuiller en fer sert, en même temps, de mesure et l'on peut ainsi prescrire de brûler, chaque jour ou chaque nuit, une ou plusieurs cuillerées de mixture. Dans la pratique habituelle, M. Couëtoux, pour une chambre moyenne, se contente de prescrire une seule cuillerée de fumigation, à faire le soir, vers neuf ou dix heures, c'est-à-dire au moment où les portes et les fenêtres sont pour la nuit définitivement fermées.

Les mixtures dont il se sert se divisent en deux groupes :

1° Celles qui contiennent des remèdes journellement employés en thérapeutique et dont il arrive fréquemment de varier la composition. Voici deux spécimens de ces mixtures :

Il commence d'ordinaire par la mixture suivante :

Créosote de hêtre ...	10 gr.
Essence d'eucalyptus .	5 gr.
Formol	5 gr.
Alcool à 95°	150 gr.

Quand cette médication a produit un effet suffisant et qu'elle menace de devenir excessive, ce que l'on reconnaît à la sécheresse de la toux et

à la difficulté de l'expectoration, on s'empresse d'en cesser l'usage ou du moins, on alterne son emploi avec celui d'autres substances médicamenteuses, ayant une action physiologique différente. Voici, par exemple, une autre mixture très convenable pour succéder à la première :

Acide lactique........	30 gr.
Acide acétique	5 gr.
Acide benzoïque	3 gr.
Alcool à 95°..........	150 gr.

L'action antiseptique, désinfectante, commencée par la première mixture sera sans interruption continuée par la seconde ; mais les propriétés balsamiques des premiers remèdes seront remplacées par l'action liquéfiante et la facilité d'expectoration que peuvent procurer les acides contenus dans la seconde mixture.

Depuis 1906, M. Couëtoux utilise des mixtures nouvelles à base d'essences végétales généralement peu usitées en pharmacie :

Ces mixtures sont plus agréables et d'une action plus douce que les précédentes :

Mixture n° 1 expectorante.	Essence d'aunée.......	1 gr. 60
	Essence de genièvre....	3 gr.
	Essence de mélisse ...	2 gr.
	Essence de sauge.....	1 gr.
	Alcool à 95°.. q. s. pour	120 cc.

Mixture n° 2 balsamique.	Essence d'eucalyptus..	4 gr.
	Essence de serpolet....	2 gr.
	Essence d'hysope......	2 gr.
	Essence de cubèbe	2 gr.
	Alcool à 95°...q. s. pour	120 cc.

On alterne l'emploi de ces deux mixtures pour combattre les affections des voies respiratoires.

Mixture n° 3 sédative.	Essence de sauge......	2 gr.
	Essence de marjolaine.	2 gr.
	Essence de menthe...	2 gr.
	Essence de reine des prés	0 gr. 40
	Alcool à 95°. . q. s. pour	120 cc.

Cette fumigation convient bien aux rhumatisants.

Traitement d'urgence des manifestations graves de l'hypertension artérielle.

M. Georges Foy a traité dans *Paris Médical* l'intéressante question du traitement d'urgence des manifestations graves de l'hypertension artérielle.

Le but thérapeutique à atteindre est l'abaissement de la tension artérielle. On pourra y parvenir par différents moyens.

Le procédé thérapeutique par excellence est la *saignée*, qui semble répondre à elle seule à toutes les médications d'un traitement rationnel.

1° Elle enlève une quantité considérable de poisons ;

2° Elle abaisse la tension artérielle ;

3° Elle provoque la diurèse (on sait qu'au cours de ces accidents aigus, il y a presque toujours trouble fonctionnel du rein : oligurie ou anurie).

Mais, pour obtenir ce résultat, il faut que la saignée soit abondante (800, 1000 , 1200 grammes), suivant l'élévation de la tension et la résistance du sujet. La saignée, ainsi comprise, faite le plus tôt possible, agira et sur l'accident actuel et sur les accidents qui auraient pu suivre, en en prévenant la possibilité par l'abaissement de la pression sanguine.

Cette action thérapeutique de la saignée sera secondée et prolongée par une *dérivation intestinale* à l'aide de purgatifs (eau de Sedlitz ou eau-de-vie allemande) qui tiendra lieu à son tour de « saignée blanche », et par un régime et une hygiène appropriés. La saignée est le traitement par excellence des crises convulsives (éclampsie, encéphalopathie saturnine, urémie convulsive), de l'hémorragie cérébrale et de l'œdème pulmonaire.

Mais la saignée n'est pas toujours possible.... Il faut avoir recours à un traitement plus pratique, pouvant, au besoin, être employé dans certains cas par le malade lui-même (angine de poitrine) ; nous voulons parler de la *médication hypotensive.*

Tous les hypotenseurs n'ont qu'une action extrêmement passagère ; aussi ne sont-ils indiqués que dans les manifestations aiguës de l'hypertension artérielle. Ils sont tous empruntés au groupe des nitrites tant organiques que minéraux, mais ils sont loin d'avoir une valeur et des propriétés égales.

Le *nitrite d'amyle* a l'action la plus rapide et la plus énergique. On le donne en inhalations (à la dose de 4 à 5 gouttes mises en ampoules). L'action de ce médicament commence vers la septième à la neuvième seconde, est maxima vers la quinzième, cesse à la quatre-vingt-dixième, à la centième. La face rougit, le malade éprouve une sensation de chaleur généralisée, la pression artérielle baisse de plusieurs centimètres et concomitamment, les phénomènes douloureux s'atténuent. Le nitrite d'amyle n'est cependant pas sans danger. Dès qu'il a cessé d'agir, la tension artérielle remonte et peut même dépasser son chiffre primitif. C'est la « phase réactionnelle » du médicament, au cours de laquelle un nouvel accident peut apparaître. Aussi est-ce un médicament d'exception, qui ne doit être employé que dans les cas où le malade est dans l'impossibilité d'absorber une préparation liquide.

La *trinitrine* est la substance qui semble donner le meilleur résultat à cause de son action plus fidèle et de son maniement plus facile. On se sert de la solution alcoolique au centième, que l'on fait prendre par gouttes : deux à trois gouttes, trois ou quatre fois par jour, à intervalles assez éloignés des repas. L'administration par voie sous-cutanée est moins pratique que l'administration par voie buccale (deux gouttes par centimètre cube).

L'action de la trinitine n'est pas durable, mais elle n'amène pas de phase réactionnelle dangereuse, à moins d'être employée à dose considérable.

C'est la trinitrine en solution étendue que le

malade peut avoir sur lui et prendre dès l'apparition de l'accès angineux.

Le nitrite d'amyle n'est employé que sous forme de solution alcoolique ou mieux sous forme d'esprit de nitre dulcifié (2 à 4 grammes par jour en potion). Il a une action moins nette et moins rapide que les médicaments précédents.

Le *tétranitrol* a une action beaucoup plus lente (trois à quatre heures après). On le donne à la dose de 1 à 5 milligrammes répétée trois ou quatre fois dans la journée. Il produit, souvent, des sensations très pénibles.

Parmi les nitrites alcalins, deux d'entre eux, potassium et sodium, ont été préconisés. Le premier a une action très infidèle. Le second agit à peu près à la façon de la trinitrine : action nette commençant au bout de quinze à vingt minutes, et persistant pendant une heure et demie. On l'emploie à la dose de 10 à 20 centigrammes, et la dose toxique de ce médicament est 30 centigrammes. C'est dire combien l'administration doit en être surveillée de très près, à cause justement des limites étroites de sa « zone maniable ».

En résumé, le nitrite d'amyle est le médicament d'urgence ; la trinitrine, le médicament de choix.

Lorsque, enfin, on doit intervenir au cours d'une crise subite d'hypertension pouvant provoquer des accidents parfois immédiatement mortels, il est une médication redoutée à tort des médecins et proscrite par les classiques, héroïque en tous cas, c'est l'injection de morphine à la dose de 1 centigramme. « A coup sûr, l'injection ainsi pratiquée peut ne pas empêcher la mort, mais, il n'est pas vrai qu'elle la provoque, il est certain qu'elle peut la conjurer » (Vaquez).

Il est enfin, pour les manifestations cérébrales, une indication un peu spéciale, nous voulons parler de la *ponction lombaire*. Faite au début d'une crise convulsive, d'un accès de délire aigu, par exemple, elle peut, en décomprimant les centres nerveux par une soustraction abondante (30, 40, 50 centimètres cubes) de liquide céphalo-rachidien, arrêter les phénomènes d'excitation et empêcher des accidents plus graves de se produire. Elle est, en particulier, indiquée au cours de l'encéphalopathie saturnine, de l'hémorragie cérébrale ou méningée se produisant au cours d'une forte hypertension artérielle.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement de l'actinomycose. — La peste en Mandchourie. — Tumeurs du sein.

MM. Poncet et Bérard exposent à l'*Académie de médecine* quelques considérations sur le *traitement de l'actinomycose humaine*.

Les auteurs ont mis en œuvre, contre cette maladie, les principales médications recommandées depuis quinze ans (sérothérapie, tuberculine, mercure, arsenicaux, photothérapie, radio thérapie, iodures, etc.). Les méthodes de la première heure leur ont paru les plus fidèles. Ils estiment qu'il faut distinguer, au point de vue thérapeutique, trois types anatomo-cliniques, qui sont :

1° Une forme bénigne, mais peu fréquente, représentée par le nodule mycosique limité, induré ou ramolli, non fistuleux. On peut assimiler ce nodule à une tumeur et pratiquer son extirpation en bloc avec les téguments. Une large incision suivie d'un curetage donne parfois le même résultat. L'iodure est le complément de l'acte chirurgical.

2° Une deuxième forme, type habituel des lésions cervico-faciales. C'est le placard gaufré, diffus, infiltrant la peau et les tissus sous-jacents, avec des fistules, les unes récentes, les autres en voie d'oblitération. Ces lésions mixtes, mycosiques primitives et infectieuses surajoutées, relèvent du bistouri, de la curette, du thermocautère, des applications caustiques ou antiseptiques (sublimé, teinture d'iode, iodipine) autant que du traitement médical. Les interventions locales sont, bien entendu, soumises aux lois générales qui interdisent au chirurgien d'ouvrir inutilement des portes d'entrée aux infections secondaires, en contusionnant par des manœuvres trop superficielles les tissus dont les plans profonds, souvent les plus malades, échappent à son action.

3° Une troisième forme, constituée par les actinomycoses viscérales (poumon, plèvre, tube digestif). Ici, l'intervention intempestive du chirurgien peut entraîner des métastases, et la première place doit être réservée au traitement ioduré et arsenical, car s'il n'est pas sûrement efficace, il n'offre du moins aucun danger.

— MM. Chantemesse et Borel font à l'*Académie de médecine* une communication sur la *peste en Mandchourie*.

La peste a débuté en Mandchourie à la fin d'octobre 1910. Elle a eu comme propagateur un rongeur, sorte de castor des prairies, nommé dans le pays tarabagan. Ce petit animal, très recherché pour sa fourrure, est particulièrement sensible au virus de la peste. Des chasseurs, qui avaient tué un grand nombre de ces tarabagans et manipulé leurs peaux, furent pris successivement d'une maladie qui commençait par de violentes quintes de toux, suivies bientôt d'une abondante expectoration de sang et enfin de mort : c'était la peste pulmonaire.

Pour combattre le fléau, deux moyens principaux doivent être mis en œuvre : la destruction des rongeurs, d'abord, la sulfuration des navires avant déchargement pour tuer les rats et les puces ; la vaccination anti-pesteuse ensuite.

La vaccination anti-pesteuse, fondée sur l'injection sous-cutanée, faite à deux reprises, de bacilles pesteux tués par la chaleur, est née après la démonstration expérimentale de l'efficacité de cette même méthode pour prévenir l'infection typhique chez les animaux. Haffkine a commencé à l'appliquer en Manchourie dès le 26 décembre 1910. Après la première injection, quelques membres du corps sanitaire ont encore succombé à la peste ; mais à partir du septième jour qui a suivi la seconde injection — et pendant cette phase, dite *négative*, les inoculés avaient été mis à

l'abri de la contagion — aucun, sur 130 vaccinés, n'a été atteint de la peste, malgré les contages nombreux auxquels ils ont été exposés.

— M. Letulle présente à l'*Académie de médecine* un travail sur les *tumeurs bénignes du sein.*

Pour M. Letulle, un vice de conformation préside au développement initial de tous les néoplasmes dits bénins de la mamelle. De plus, hormis la maladie kystique de Reclus, presque indéfiniment bénigne, les autres tumeurs « bénignes » de la mamelle sont (à l'instar de leurs congénères développées dans les autres régions du corps) autant de « points faibles » pour l'organisme, et semblent par cela même sinon prédisposées, du moins plus accessibles à la métamorphose cancéreuse. Dans ces conditions, l'exérèse hâtive et large de toute tumeur bénigne de la mamelle apparaît comme la conséquence rationnelle et pratique des notions histo-pathogéniques.

P. L.

EXAMEN CLINIQUE DES URINES

Recherche du Sucre.

Tous les médecins savent caractériser, dans une urine, le sucre diabétique par le précipité rouge d'oxyde cuivreux qu'il donne par réduction à chaud de la liqueur de *Fehling*; pas un seul n'ignore qu'il faut éviter d'employer dans cette recherche un excès d'urine et que, de plus, cette urine doit être, s'il y a lieu, privée préalablement d'albumine par coagulation sous l'action de la chaleur et filtration.

La réaction, théoriquement très simple, ne donne pourtant pas toujours des résultats très nets et il peut se faire que l'on obtienne, soit une simple décoloration du réactif sans formation de précipité, soit un précipité floconneux brun, nageant au sein d'une liqueur verdâtre, plus ou moins brune. Je supposerai, dans tout ce qui va suivre, que l'urine essayée est peu colorée ; dans le cas contraire, il faudra au préalable la décolorer par agitation avec 1/3 de son poids de noir animal et filtration.

1° L'urine, traitée par la liqueur de Fehling à chaud, ne donne pas de précipité; mais la liqueur vire au vert ; l'oxyde cuivreux peut d'ailleurs se déposer après refroidissement et après quelque temps de repos. Cette réaction anormale peut être due soit à de faibles quantités de sucre, soit à la présence dans l'urine d'un excès d'urée, d'acide urique ou d'urates. Le réactif cupropotassique ne permettant pas, dans ce cas, de caractériser le sucre d'une façon certaine, il faut recommencer l'opération en employant le réactif bismuthique que j'indiquerai plus loin.

2° On obtient un précipité brun floconneux, plus ou moins abondant, nageant au sein d'une liqueur brune ou verdâtre ; ce précipité ne ressemble en rien au dépôt normal d'oxyde cuivreux et provient de ce que le malade était sous l'action de certains médicaments : salol, salicylate, rhubarbe, chloral, chloroforme, térébenthine, ou de ce que son urine renferme un excès de phosphate. Le sucre n'est pas décelable dans ces conditions ; il faut recommencer l'opération en ayant soin de déféquer au préalable l'urine par addition de 1/10 de son volume d'une solution d'acétate basique de plomb, filtration, élimination de l'excès de plomb par agitation avec du carbonate de soude pur et sec et nouvelle filtration.

Dans ces cas douteux où la liqueur de Fehling ne donne pas de résultats bien nets, il faudra s'adresser au réactif bismuthique qui est plus sensible.

Le réactif bismuthique d'Almen, modifié par Nylander, a la formule suivante :

Soude caustique à 1,33	60 gr.
Sous-nitrate de bismuth	8 gr.
Sel de Seignette	4 gr.
Eau distillée	95 gr.

On chauffe jusqu'à l'ébullition, et on ajoute environ 20 gr. de glycérine pour pouvoir conserver le réactif. Il est inutile, à mon avis, de préparer à l'avance cette solution bismutho-alcaline qui est très altérable. Il suffit de chauffer dans un tube à essai quelques centimètres cubes d'urine avec 0 gr. 25 de sous-nitrate de bismuth et 1 cc. de soude caustique ; on fait bouillir, et si l'urine renferme du sucre, le liquide devient gris ou noir et, par refroidissement, il se forme un précipité noir. Cette méthode est sensible à 0 gr. 50 de sucre par litre.

Ces deux réactifs, cuivrique et bismuthique : sont en général suffisants pour tous les examens cliniques que l'on peut avoir à faire ; j'indiquerai néanmoins, pour les médecins qui disposent d'un microscope, un procédé encore plus sensible, celui de Fischer et von Jacks : on place dans un tube à essai 6 cc. urine, 0 gr. 15 chlorhydrate de phénylhydrazine, 0 gr. 3 acétate de soude sec ; on chauffe 30 minutes au bain-marie et on refroidit rapidement ; il se forme, si l'urine renferme du sucre, un précipité jaune orangé de glucosazone. Si l'urine a été au préalable étendue ou si elle est pauvre en sucre (1 gr. par litre au maximum), — et c'est principalement dans ce cas que ce procédé doit être employé —, on observe, surtout au microscope, des cristaux isolés, à aspect caractéristique, ou des aiguilles s'associant en gerbes ou en étoiles.

Dosage. — Si les essais précédents ont donné un résultat positif, il faudra ensuite procéder au dosage du sucre. Dans les laboratoires, on emploie couramment la méthode polarimétrique, précise et rapide ; mais cette méthode n'est pas à l'usage des praticiens, car elle nécessite l'emploi d'un saccharimètre spécial. Je ne parlerai donc ici que de la méthode par la liqueur de Fehling, procédé modifié par M. Causse. L'ancien procédé, qui consistait à faire tomber goutte à goutte de l'urine dans une quantité connue de liqueur de Fehling bouillante, jusqu'à complète décoloration, est peu recommandable, l'oxyde cuivreux formé



restant en solution dans la liqueur et lui donnant une coloration violacée, qui empêche d'apprécier exactement le moment où la réduction est totale. Il vaut mieux, ainsi que l'a indiqué M. Causse, faire couler goutte à goutte de l'urine préalablement privée d'albumine et déféquée s'il y a lieu, dans 10 cmc. de liqueur de Fehling, additionnés de 20 cmc. d'eau et de 4 cmc. d'une solution de ferrocyanure de potassium à 1/20 et maintenus à l'ébullition. Chaque goutte d'urine détermine la formation d'un précipité qui se redissout immédiatement et la teinte bleue s'affaiblit; on ajoute ainsi de l'urine jusqu'à ce qu'on obtienne une liqueur incolore, sans trace de précipité. Pour avoir le résultat en grammes de sucre par litre, il suffira *de diviser le titre de la liqueur de Fehling*, c'est-à-dire la quantité de glucose nécessaire pour réduire 10 cmc. de réactif, *par le nombre de centimètres cubes d'urine employés et de multiplier le résultat par* 1000.

Il faudra donc avoir à sa disposition une liqueur cupro-potassique de titre connu. Le Codex indique la formule suivante :

On fait une solution

de 34 gr. 64 sulfate de cuivre, pur et non effleuri, dans 150 gr. eau distillée,

et on la verse peu à peu dans une solution alcaline, renfermant

Sel de Seignette	200 gr.
Soude caustique	100 gr.
Eau	400 gr.

On laisse refroidir et on complète à 1 litre. On conserve dans un endroit frais et obscur. 10 gr. *de cette solution correspondent à* 0 gr. 05 *de glucose pure.*

Le réactif ayant été ainsi préparé, il faudra vérifier son titre ; on emploiera à cet effet une solution de :

Sucre candi desséché à 100°	0 gr. 2375
Eau	40 gr.
Acide sulfurique à 1/10	XXII gouttes.

On maintient 1 heure au bain-marie et après refroidissement, on complète à 100°. 20 *cmc. de cette liqueur contiennent exactement* 0 gr. 05 *de glucose et par suite doivent correspondre à* 10 *cmc. de réactif cupro-potassique.* Le titrage se fera en ajoutant goutte à goutte la solution sucrée à 10 cmc. liqueur de Fehling, additionnés de 20 cmc. eau et 4 cmc. solution de ferrocyanure de potassium et maintenus à l'ébullition ; on doit employer exactement 20 cmc. de liqueur de sucre ; si on en emploie plus ou moins, un calcul simple donne le titre exact du réactif ; M étant le nombre de centimètres cubes de liqueur de sucre employés, on a :

$$x = \frac{0.05 \times M}{20}$$

Ce titrage doit être fait une fois pour toutes, mais il peut être laissé aux soins du pharmacien qui préparera aisément une solution cupro-potassique de titre connu.

Pour effectuer le dosage, il sera nécessaire de posséder un instrument permettant de connaître exactement la quantité d'urine employée à 1/10e de cmc. près. L'instrument le plus précis et le seul recommandable est la burette; il en existe un grand nombre de modèles, à des prix très modérés, variant entre 3 fr. et 7 fr.; ces burettes peuvent d'ailleurs servir à toutes sortes de dosages. Les praticiens qui n'auraient pas à leur disposition de burette, peuvent à la rigueur employer un compte-gouttes, mais il faut au préalable étalonner ce compte-gouttes; c'est-à-dire mesurer à combien de gouttes correspond 1 cmc. de l'urine essayée ; dans tous les cas, le dosage ainsi fait manque de précision

Diabétomètres. — Il existe dans le commerce un grand nombre d'appareils destinés au dosage du sucre dans une urine, que l'on envoie aux médecins à des prix très réduits, voire même gratuitement, à titre de réclame ; tous sont basés sur le même principe et tous renferment une liqueur cupro-potassique titrée, mais de titre différant, en général, de celui du réactif inscrit au Codex; il en résulte que le médecin ayant employé la totalité du réactif contenu dans le nécessaire d'urologie est obligé, pour pouvoir utiliser le compte-gouttes et le tableau qui y est joint, de s'adresser à la maison qui lui avait envoyé gracieusement le nécessaire pour obtenir, à un prix élevé, une petite quantité d'un réactif, dont la valeur est en réalité très minime. Aucun de ces saccharimètres n'est donc recommandable, et le médecin aura bien avantage à faire l'acquisition d'une burette qui lui servira indéfiniment, tandis qu'un nécessaire quelconque sera pour lui une source réelle de dépenses.

Le dosage du sucre est donc relativement facile et peut être fait avec une grande précision; la préparation du réactif peut pourtant paraître un peu délicate, mais il ne faut pas oublier qu'elle doit être confiée en général au pharmacien, car elle nécessite l'emploi d'une balance de précision que les praticiens ne possèdent que très rarement.

Acétone et acide diacétique. — La présence du sucre suffit en général au médecin pour lui permettre de faire le diagnostic de glycosurie; mais dans les cas graves, il y a lieu de rechercher, à côté du sucre, l'acétone et l'acide diacétique (Prof. Marcel Labbé), car leur présence indique que le diabétique est en instance de coma.

L'acétone se recherche sur l'urine préalablement déféquée au moyen du sous-nitrate de plomb. On place dans un tube à essai 5 cc. urine, 10 cc. lessive de soude diluée et 1/2 cc. d'une solution contenant :

Iodure de potassium	38 gr. 5
Iode	25 gr.
Eau	q. s. ad. 100 gr.

On bouche et on renverse une seule fois. Il se forme un trouble laiteux, soluble dans l'éther ; si on décante cet éther et si on le laisse évaporer, on obtient un résidu jaune d'iodoforme, reconnaissable à son odeur.

L'acide diacétique se recherche par la réaction de Gerhardt : dans un tube à essai conte-

nant 5 à 6 cmc. d'urine, on ajoute une goutte de solution concentrée de perchlorure de fer, et si l'urine renferme de l'acide diacétique, il se forme une coloration rouge porto ou parfois brunâtre, et souvent aussi un précipité rouge violacé. Cette réaction ne se produit plus, si l'on fait préalablement bouillir l'urine, ce qui permet de distinguer l'acide diacétique de l'acide salicylique qui donne une réaction analogue et qui peut provenir de médicaments administrés au malade. Pour apprécier facilement le changement de coloration, on peut avoir recours à l'artifice suivant : on prend 2 verres identiques, dans l'un on place de l'urine, qui en général est très colorée, et dans l'autre on place de l'eau additionnée d'une quantité de perchlorure de fer suffisante pour avoir la même teinte ; on verse ensuite dans le premier verre une partie du liquide contenu dans le second ; on voit ainsi aisément, par simple comparaison, si la teinte de l'urine, contenue dans le premier verre, change et vire au rouge porto.

Telles sont les réactions cliniques que le médecin peut avoir à faire sur une urine de diabétique et qui prouvent que si le dosage précis de l'albumine est l'apanage exclusif du chimiste, celui du sucre est, au contraire, à la portée de tous les praticiens.

V. Volmar,
Ingénieur-chimiste,
Licencié ès-sciences.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La défense de l'organisme contre les infections microbiennes. Ses applications en clinique.

(Suite)

II

Ce que devient la défense naturelle de l'organisme à la suite d'une infection microbienne.

Nous avons vu précédemment que lorsque des microbes, ou des substances étrangères, pénétraient dans l'organisme, ils étaient aussitôt attaqués d'une part par les phagocytes fixes de la région, d'autre part, par les phagocytes mobiles accourus vers le point menacé par suite d'une sorte d'attraction tenant à leur sensibilité particulière vis-à-vis de l'ennemi ; ce phénomène a reçu le nom de *chimiotaxie positive* (Certains éléments microorganiques peuvent dans certaines circonstances particulières — virulence exagérée, débilité de l'organisme, etc. — repousser les agents de la défense ; on dit alors qu'il y a *chimiotaxie négative*. En ce cas les microbes sécrètent des substances particulières, les *agressines*, qui paralysent les leucocytes.)

Une chimiotaxie positive permet aux phagocytes d'englober et de détruire l'élément étranger ; il y a *phagocytose*, cette défense *cellulaire* pouvant dans certains cas être renforcée par la défense *humorale* grâce aux opsonines.

Mais dès que l'infection devient sérieuse, la réaction de défense de l'organisme, tant par ses cellules que par ses humeurs, devient plus complexe et tend à se spécialiser.

Cependant, *entre ces deux phases* de la défense organique, prend place une phase d'envahissement, une *phase d'infection* de l'organisme ; le microbe sécrète autour de lui chez le malade, comme il le fait dans les milieux artificiels, des produits solubles ; et comme ces produits solubles sont spécifiques, ils peuvent être décelés à l'aide du sérum spécifique qui les précipite.

Application pratique : le précipito-diagnostic de Vincent. — Pour la *méningite cérébro-spinale épidémique*, il décèle les produits solubles sécrétés par le méningocoque dans le liquide cérébro-spinal. A 100 gouttes de ce liquide, éclairci complètement par la centrifugation, on ajoute 5 ou 6 gouttes de sérum antiméningococcique ; on porte à l'étuve à 50 ou 55°, et l'on examine après 10 à 14 heures l'opalescence produite (1).

A noter que ce précipito-diagnostic de Vincent repose sur une *réaction d'infection* ; *ne pas confondre* avec la recherche des précipitines, qui repose au contraire sur une *réaction de défense*, tel par exemple le précipito-diagnostic de l'echinococcose de Fleig et Lisbonne, que nous mentionnons plus loin.

Arrivons à la phase de défense proprement dite.

I. — *Défense cellulaire.*

Au moment d'une infection sérieuse, le nombre des globules blancs devient considérable, non seulement au point d'inoculation, mais encore dans tout l'organisme. Les organes hématopoïétiques entrent en fonctions, et une *hyperleucocytose* se produit, dont le résultat est de s'opposer à l'envahissement par des leucocytes de plus en plus nombreux. Parfois, au début de l'infection, les toxines microbiennes détruisent les leucocytes ; il y a *phagolyse*, et, par conséquent, *hypoleucocytose*, celle-ci indiquant le défaut de résistance de l'organisme ainsi que son impuissance, et ayant, par conséquent, un pronostic fâcheux. Cette hypoleucocytose peut n'être que passagère si l'organisme se défend avec énergie, et une hyperleucocytose lui succède, traduisant les réactions violentes de l'organisme contre les germes qui l'assaillent.

II. — *Défense humorale.*

Des réactions humorales variées, d'une extrême importance, accompagnent les réactions leucocytaires de l'organisme et viennent y ajouter leurs effets protecteurs.

Normalement, tout organisme possède à tout moment dans ses humeurs un certain pouvoir anti-microbien, anti-toxique ; mais ce pouvoir anti est *quelconque*, il est *indéterminé*. Or, il arrive qu'en présence d'un envahisseur donné, ce pouvoir se *détermine*, qu'il se spécialise vis-à-vis de cet envahisseur.

En termes scientifiques, nous dirons que ce

(1) Pour plus amples détails, voir le *Concours médical*, 1910, n° 5, p. 100.

pouvoir *anti*neutre est représenté par les opsonines (autrefois appelées alexines par Buchner), et qu'au moment d'un envahissement, en même temps qu'apparaît une substance appelée *coaguline*, ces opsonines, sortes de proferments, se dédoublent en *complément* et en *sensibilisatrices*.

La *coaguline* amalgame en quelque sorte les éléments étrangers pour les rendre immédiatement inoffensifs en attendant qu'ils soient détruits : elle apparaît plus vite et disparaît plus tôt que la sensibilisatrice ; elle est thermostabile en ce sens qu'elle résiste *à plus de* 65° ; elle est enfin *spécifique*.

Le *complément*, ou encore *alexine*, ou *cytase*, est l'élément destructeur ; il est thermolabile, c'est-à-dire qu'il ne résiste pas à 55° ; *il n'est pas spécifique*. Cependant, il ne peut exercer son action, il ne peut se fixer sur les éléments étrangers que grâce à la présence de la *sensibilisatrice* ou *ambocepteur*, ou *lysine* qui les décoagule progressivement. Celle-ci ne peut être détruite qu'à 65° et possède le caractère *spécifique*. Cette sensibilisatrice est, quoiqu'on en dise, différente de la coaguline, car elle apparaît après elle, et résiste moins bien à la chaleur ; de nombreux faits expérimentaux le démontrent.

La coaguline et la lysine changent de noms suivant la nature de l'elément envahisseur.

1° Si c'est un élément cellulaire (cellule, globule rouge, bactérie) :

Coaguline = *cytocoaguline* ou *agglutinine*.
Sensibilisatrice ou *lysine* = *cytolysine* (*hémolysine*, s'il s'agit d'un globule rouge).
Le résultat de l'action s'appelle, suivant le cas, *cytolyse*, *hémolyse* ou *bactériolyse*.

2° Si c'est une albumine :

Coaguline = *albuminocoaguline*, *précipitine*.
Lysine = *albuminolysine* (*toxinocoaguline*, *toxinolysine*, s'il s'agit d'une toxine).

*Ainsi sous l'influence d'*antigènes (*microbes, éléments cellulaires ou albumines provenant d'une autre espèce animale*) *apparaissent dans le sang des substances spécifiques, dites* anticorps (*coagulines et lysines*), *qui se combinent à une substance destructive neutre* (*complément*), *laquelle n'agit qu'en présence de l'anticorps, pour détruire ces antigènes, qu'ils soient en excès dans l'organisme ou, qu'une nouvelle fois, ils l'aient envahi.* Ces réactions ont lieu aussi *in vitro*.

Exemples :

Le sang d'un sujet, atteint de la fièvre typhoïde ou guéri depuis quelque temps de cette maladie, *agglutinera* et *bacteriolysera* des bacilles d'Eberth.

Le sérum d'un lapin, ayant reçu en injection des globules rouges de mouton, sera devenu « anti-mouton », et, mis en présence *in vitro* de globules rouges de mouton, il les *hémolysera*.

Le sérum d'un animal, ayant reçu en injection une albumine déterminée, du blanc d'œuf par exemple, *précipitera* cette albumine si on en effectue ultérieurement le mélange *in vitro*.

APPLICATIONS PRATIQUES

1° Recherche des coagulines : agglutinines ou précipitines.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Réaction de Gruber-Widal, Chantemesse*). — On ajoute une goutte de sérum du malade soupçonné de fièvre typhoïde à 60 gouttes d'une culture en bouillon de 24 heures de bacille d'Eberth. On laisse le mélange à la température du laboratoire ; puis au bout d'un temps plus ou moins court, variant en moyenne de cinq minutes à une demi-heure, on examine au microscope une goutte de ce mélange. Si l'on voit les bacilles devenir immobiles et former des amas plus ou moins considérables, on a la preuve que le sérum provient bien d'un malade infecté par le bacille d'Eberth. Le séro-diagnostic est positif.

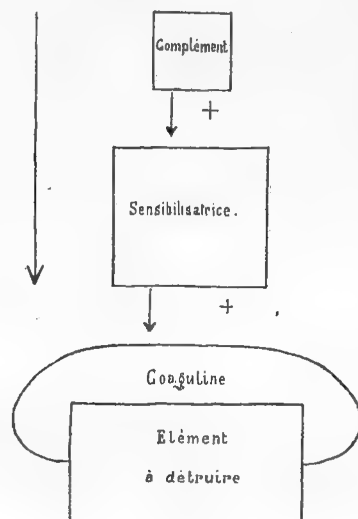


Figure 1.

Cette réaction agglutinante a été appliquée aussi au diagnostic du *choléra*, de l'infection *coli-bacillaire*, *de la tuberculose*, de la *sporotrichose*, de la *fièvre de Malte*

Précicipito-diagnostic de l'echinococcose (Fleig et Lisbonne) :

A un centimètre cube de liquide hydatique, d'origine humaine, recueilli lors d'une précédente opération, on ajoute 12 à 15 gouttes de sérum à essayer ; on mélange intimement les deux liquides en retournant 4 à 5 fois le tube, et l'on porte à l'étuve à 40 ou 50°. Au bout de 7 à 10 heures, on voit apparaître un précipité floconneux tout à fait caractéristique. La réaction est *positive* (1).

Identification des taches de sang en médecine légale (Uhlenhuth) :

Voici le principe de la méthode, qui permet de reconnaître s'il s'agit de sang humain.

La tache de sang est diluée dans une solution de chlorure de sodium à 8,5 p. 1000. A deux ou trois centimètres cubes de cette dilution, on ajoute dix à douze gouttes de sérum d'un lapin, préparé (et devenu coagulant pour le sérum humain) par une série d'injections de sang humain. Si la tache examinée est due à du sang d'homme, on voit se produire, en une heure

(1) Pour plus amples détails, voir le *Concours médical* 1910, n° 30, page 653.

au plus, un précipité d'autant plus net que la tache est plus récente. Si celle-ci est due à du sang d'animal, le précipité ne se produit pas, ou bien est très tardif, ne se forme qu'au bout de plusieurs heures. Faire plusieurs tubes témoins avec des dilutions de sérums d'espaces animales différentes.

L'identification de la variété d'albuminurie (sérine, globuline) se fait par des procédés analogues.

2° RECHERCHE DES LYSINES : TOXINOLYSINES, BACTÉRIOLYSINES, etc. — *Méthode des cuti ou intra-dermoréactions* (appliquée notamment à la tuberculose).

Elle repose sur la destruction des toxines microbiennes (la tuberculine dans le cas particulier) localement inoculées par les toxinolysines ou antitoxines, qui existent dans l'organisme infecté.

Cette méthode est trop connue pour que nous la décrivions.

Méthode de la fixation ou de la déviation du complément (Bordet-Gengou) :

La sensibilisatrice, ou lysine, produite dans un organisme par l'inoculation d'un microbe, reste *spécifique* pour ce microbe. Or, étant donnée sa thermostabilité, elle peut être isolée dans le sérum d'un individu, à la condition de chauffer ce sérum à la température de 55° pour y détruire le complément, thermolabile. Comme cette sensibilisatrice est spécifique, elle se fixera *toujours* sur l'élément pour lequel elle est spécifique, *d'une manière exclusive*, chaque fois qu'elle se trouvera en sa présence ; et si l'on vient alors à lui fournir à ce moment du complément (du sérum non chauffé d'un animal neuf, par exemple), il y aura lyse, bactériolyse, s'il s'agit d'une bactérie.

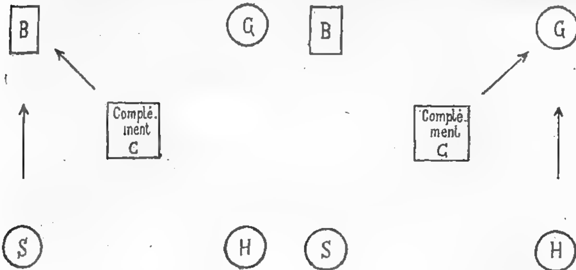


Figure 2. *Figure 3.*

1er *cas : pas d'hémolyse.*

S, sensibilisatrice étant spécifique pour le bacille B, se fixe sur lui, et *dévie à son profit le complément.* Le sérum H, hémolytique pour le globule G, a été privé de son complément par chauffage à 55° ; il ne peut dévier à son profit C ; donc pas d'hémolyse.

2e *cas : hémolyse.*

S, sensibilisatrice n'étant pas spécifique pour le bacille B *ne peut dévier à son profit le complément C,* celui-ci est alors dévié par le sérum H, hémolytique pour le globule G, et il y a hémolyse.

Afin de permettre la constatation macroscopique de cette réaction de *fixation* du complément — puisque si la sensibilisatrice (sérum du malade considéré chauffé à 55°) n'était pas spécifique pour l'élément en présence duquel on la met, il n'y aurait pas *fixation* du complément — on a pensé utiliser, comme phénomène corollaire et indicateur, une action *hémolytique.* En effet, quand des globules rouges déposés au fond d'un tube rempli de liquide incolore, sont *hémolysés,* tout le liquide devient rouge. On a donc estimé qu'il serait bon d'ajouter aux éléments précédents de l'expérience (au bout d'un certain temps) des globules rouges et un sérum hémolytique pour les dits globules (chauffé à 55°, dépourvu par conséquent de complément), qui pût fixer sur ces globules le complément en expérience — au cas où il n'aurait pas été utilisé par la première sensibilisatrice — et par suite, hémolyser (action nettement apparente) ces globules rouges pour lesquels il était lui-même sensibilisé, bref, qui pût à son profit dévier le complément.

C'est ce qu'ont réalisé Bordet et Gengou.

Pour la réaction de Bordet-Gengou, il faut donc employer successivement :

1° Le microbe, que l'on suppose infectant chez le malade examiné (sa culture pure, ou un organe le contenant en abondance) : foie syphilitique pour le diagnostic de la syphilis ;

2° Le sérum du malade chauffé à 55°, pour le débarrasser de son complément ; c'est en somme la sensibilisatrice ;

3° Du complément, c'est-à-dire du sérum non chauffé, d'un animal neuf ;

4° Des globules rouges d'un animal déterminé, de mouton par exemple ;

5° Du sérum rendu hémolytique pour les globules précédents, par exemple de lapin ayant reçu des injections de sang de mouton ; ce sérum ayant été chauffé à 55°, pour qu'il ne renferme plus que la sensibilisatrice.

Dans ces conditions, si le sérum du malade (2e) est bien sensibilisé pour le bacille (1°), en d'autres termes, si la maladie est bien celle que l'on soupçonne, la réaction est terminée dès l'addition de 3° ; il n'y aura pas hémolyse. Sinon, après l'addition de 5°, il y aura hémolyse.

C'est en somme, une réaction de laboratoire, peut-être un peu délicate, mais très sûre pour l'identification d'une infection, ou même d'un élément microbien à étudier, auquel cas il suffit de faire de 1° la donnée x et d'obtenir 2° en inoculant le microbe supposé à un animal, dont on prélève ensuite le sérum.

Voyons à propos de la *réaction de Wassermann* (*sérodiagnostic de la syphilis* par la réaction de Bordet-Gengou), quelques détails d'exécution :

Comme *antigène* (1°) on se sert de foie d'hérédo-syphilitique, tissu riche en tréponèmes.

Comme *sensibilisatrice* (ou ambocepteur, qui est l'inconnu de la réaction), le sérum du malade suspect chauffé à 55°, pour le débarrasser de son complément propre.

Comme *complément,* on ajoute une quantité *fixe* de sérum non chauffé de cobaye neuf.

Toutes ces substances sont mélangées dans des tubes en proportions variables avec de l'eau physiologique (solution de NaCl à 8,5 /1000).

On met à l'étuve à 37° pour laisser la fixation du complément se faire sur l'antigène, s'il y a dans le sérum du malade de la sensibilisatrice syphilitique. Après deux heures, on ajoute le réactif, c'est-à-dire : le mélange : globules de mouton + sérum de lapin anti-mouton chauffé. Après une demi-heure, on constate s'il y a eu ou non hémolyse.

Phénomène de Pfeiffer.

C'est une réaction qui permet d'identifier *in vivo* un élément microbien donné, grâce à l'action sur lui des anticorps du sérum d'un animal immunisé contre cet élément microbien. Elle s'emploie pour le vibrion cholérique et aussi pour le bacille typhique.

Il suffit d'introduire dans la cavité péritonéale d'un cobaye fortement immunisé contre le vibrion cholérique une culture de ces vibrions ; ceux-ci s'immobilisent, deviennent *granuleux* et disparaissent dans l'exsudat péritonéal par bactériolyse, sans que les leucocytes aient besoin d'intervenir. On peut aussi produire le phénomène en introduisant dans le péri-

toine d'un cobaye neuf, à la fois la culture et le sérum anticholérique ; cette réaction se produit au bout d'un quart d'heure.

Faite suivant le premier mode, la réaction peut aussi être appelée : *réaction d'immunité de Pfeiffer*, puisqu'il faut que l'animal soit *immunisé* contre le choléra.

Le phénomène de Pfeiffer peut servir de moyen diagnostique.

Réaction spécifique de la meiostagmine (Ascoli, 1910).

C'est une réaction d'immunité physico-chimique basée sur cette observation que la *tension superficielle du sérum humain se trouve modifiée*, diminuée, quand après une infection on le mélange dans certaines conditions à de l'extrait du bacille infectant. (μειων, plus petite ; σταγμως : goutte). On sait, en effet, que, à pression et température égales, un même volume de liquide donne, avec un même compte gouttes, *un plus grand nombre de gouttes quand sa tension superficielle s'abaisse.*

Pour rechercher cette réaction, Ascoli se sert du stalagmomètre de Traube, qui donne 56,15 gouttes pour l'eau à 20°.

Le manuel opératoire est le suivant. Supposons par exemple qu'il s'agisse d'un cas de fièvre typhoïde, on opère comparativement avec du sérum du malade et du sérum humain normal, que l'on dilue l'un et l'autre au dixième ou même au vingtième avec une solution de NaCl à 0,85 %. On détermine le nombre de gouttes que fournit le stalagmomètre avec ces 2 échantillons de sérums dilués.

Puis, dans 2 tubes séparés, on met 9 cmc. de chacun de ces échantillons, auxquels on ajoute à chaque 1 cmc. d'extrait de bacilles typhiques, préparé suivant la méthode de Neisser et Shiga. (*Deut. Med. Wochens.*, 1905), et dilué à 1/1000 avec la solution de NaCl à 0,85 %.

Le nombre de gouttes compté :

a) *aussitôt* est de 58, pour le tube à sérum de typhique ; 57, pour le tube à sérum normal ;

b) *après 2 heures d'étuve à 37°, ou une heure de bain-marie à* 50, de 61,2, pour le sérum typhique ; 58, pour le sérum normal.

L'infection typhique a donc, dans ces conditions, diminué la tension superficielle du sérum, et, par conséquent, augmenté le nombre des gouttes, surtout après 2 heures d'étuve à 37°. Les différences entre le sérum infecté et le sérum normal ne sont pas grandes (1 à 3 gouttes), mais elles sont nettes et constantes.

Au lieu du sérum on peut employer le sang total : 15 à 20 gouttes recueillies directement dans de l'eau, en les débarrassant des caillots, ou désséchées sur du papier glacé, puis délayées par agitation dans l'eau distillée et filtrées sur de la gaze.

Cette réaction est due à la présence de la sensibilisatrice, car un chauffage préalable du sérum à 55° ne change pas le nombre des gouttes.

Cette réaction très simple a été utilisée pour le diagnostic de la *fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la syphilis, de l'ecchinococcose, de l'ankylostomiase, des tumeurs malignes, de la fièvre aphteuse.*

Réaction de précipitation de Porges (dans la syphilis).

On prépare une solution fraîche de glycocholate de soude (Merk), à 1 p. 100 dans l'eau distillée, et on la mélange à volume égal (0 cc. 2) avec le sérum à éprouver, centrifugé et *inactivé par un chauffage à 56 degrés pendant une demi-heure.* Le mélange est fait dans de petits tubes de 7 à 8 mm. de diamètre ; les tubes sont laissés à la température du laboratoire. Après 16 à 20 heures, si la réaction est positive, on constate la présence d'un précipité qui est presque toujours rassemblé à la partie supérieure du tube, où, quand il est abondant, il forme une sorte de pellicule. Dans le cas de réaction négative, le mélange reste limpide sans précipité

Nota. — Cette réaction n'est pas absolument spécifique de la syphilis, puisqu'on l'a trouvée avec le sérum d'un lépreux et avec celui d'un paludique récent.

Elle est positive avec une fréquence de 801 p. 100 chez les syphilitiques avérés ; elle n'est positive que dans 18,1 p. 100 des cas chez les individus cliniquement non spécifiques.

Elle est surtout précise dans les cas de syphilis en pleine activité : (période primaire, période secondaire), elle est plus douteuse dans les syphilis latentes, sans manifestations actives. La réaction de Wassermann ne serait d'ailleurs pas plus précise.

Quant aux résultats fournis par la méthode de Porges dans le tabès et la paralysie générale, ils sont, pour le moment, inférieurs à ceux que donne le procédé de Wassermann.

(A suivre.) Dr Fiser.

SYPHILIGRAPHIE

Le mercure est toujours debout !

Ainsi que nous devions nous y attendre, la Commission nommée par l'Académie de médecine pour se prononcer sur l'action stérilisante de l'arsenic organique appliqué au traitement de la syphilis vient de conclure que les affirmations des expérimentateurs ne sont rien moins que prouvées et qu'il y a lieu de leur en laisser toute la responsabilité.

Déjà précédemment, la Société de Médecine de Paris était arrivée à des conclusions identiques, et avait déclaré solennellement, à propos du « 606 », que, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas de traitement abortif de la syphilis.

Ces déclarations concordantes, émanant de deux assemblées qui se recrutent dans des milieux complètement distincts,— puisque celle-ci est composée de *praticiens*, tandis que l'Académie est surtout un cénacle de *patriciens* professionnels, — paraissent traduire l'opinion de la grande majorité du corps médical au sujet de la prétendue valeur spécifique des composés arsenicaux organiques. Elles leur refusent, à juste titre, semble-t-il, le monopole de l'avortement de la syphilis à la première période, de la défaite absolue et définitive de l'infection diathésique.

Que ces composés triomphent par contre de certains accidents syphilitiques, et qu'ils en triomphent même rapidement, ceci n'est pas contesté. Mais là encore, leur champ d'action est limité, et le professeur Gaucher, dans sa retentissante communication académique du 15 novembre dernier, a précisé, d'après ses nombreuses expériences personnelles, les accidents contre lesquels hectine et arséno-benzol se montraient particulièrement efficaces.

« En résumé, concluait-il, quand le mercure

Demandes et offres (suite)

coupé conduite intérieure, garniture refaite en décembre, à vendre 400 francs. Docteur Vitet à Boudeville. (Seine-Inférieure).

Nº 84. — On demande docteur ou étudiant, de préférence psychiatre, très sérieux, pour remplir fonction d'interne dans maison de santé, pour assurer le service de nuit et faire la pharmacie. Peu de liberté.

Nº 85. — Forêt de Fontainebleau, cure d'air. Pension de famille ouverte toute l'année, *tenu par fille de médecin* ; chambres confortables, cuisine soignée. Prix modérés. S'adresser, 195, Grande Rue, Fontainebleau.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

530.—Dr F. à S. L., à *Concours*. — Voudriez-vous avoir la bonté de répondre dans votre correspondance hebdomadaire du *Concours médical* à la question suivante :

Le Conseil municipal qui, d'après la loi, est appelé à *arrêter* la liste d'assistance médicale gratuite, *dressée* par la commission administrative du Bureau d'Assistance, a-t-il le droit de faire *toutes les additions qu'il veut* à la dite liste ?

Réponse. — Le Conseil municipal est, en cette matière, l'organe supérieur à la Commission du Bureau d'Assistance. Il a le droit de modifier la liste par addition comme par retranchement.

532.—Dr S., à P., à « Sou médical ». — Puis-je demander au «Sou» un conseil concernant l'impôt de mes automobiles ?

Je possède deux voitures, une 2 places (alésage 90 1 cyl.) déclarée 6 chevaux et une 4 places (alésage 80 2 cyl.) déclarée 6-8 Je suis imposé (impôt direct et prestations) pour 6 + 8 = 14 HP au total.

Pour réclamer une diminution dois-je prendre pour base la *force minima*, arrêt du Conseil d'Etat, du 22 décembre 1910, ce qui me donne seulement 12 HP, ou l'*alésage*, circulaire de Ministre des travaux publics du 13 septembre 1908 qui me donne pour une voiture 4 HP et pour l'autre 6 HP, 10 HP au total.

2e *Question* : A-t-on droit à la demi-taxe pour

Suite page XIV.

« n'est pas applicable, à cause de l'intolérance « du sujet, quand il est sans effet ou insuffisant, « et seulement dans les lésions cutanées et mu- « queuses, surtout dans les lésions ulcéreuses de « la syphilis, l'arsenic organique peut être utile, « à la condition que les viscères soient sains. Mais « dans la généralité des cas, la médication hy- « drargyrique doit être conservée ; elle doit tou- « jours avoir la priorité : *Le mercure est toujours « debout !* ».

Aujourd'hui qu'un certain apaisement paraît se faire parmi les partisans de l'arséno-benzol et que se calment les enthousiasmes bruyants et excessifs du début, les expériences cliniques se poursuivent dans le recueillement, et avec la prudence, avec la sagesse, avec la mesure qui conviennent à de telles recherches. Elles achèveront vraisemblablement de mettre la question à son point et le remède à sa place, et tout semble présumer, d'ores et déjà, que les conclusions du professeur Gaucher resteront, à quelques nuances près, l'expression de la vérité.

Vainement les détracteurs quand même du mercure se targuent-ils de prétendus échecs de la médication hydrargyrique pour la reléguer au rang des méthodes qui ont fait leur temps et dont le succès est épuisé. La vérité, c'est que là comme partout ailleurs en médecine, il y a la manière. L'absolu sur ce terrain n'existe pas, ne peut pas exister. Tout est relatif là où, en regard d'un médicament donné, doit toujours se placer le malade, avec son tempérament propre, sa tolérance, ses aptitudes à se laisser impressionner et à réagir.

De ce qu'une préparation mercurielle déterminée est restée inefficace, il ne s'ensuit pas qu'une autre préparation ne doive pas réussir et il n'est permis de conclure à l'échec qu'après avoir épuisé en quelque sorte les différents modes d'administration du mercure. De ce qu'une certaine dose de mercure n'a produit aucun effet actif appréciable, il ne s'en suit pas qu'une dose plus forte ne puisse agir favorablement, et ce n'est qu'après être allé jusqu'à la limite de la tolérance du malade qu'on est autorisé à proclamer l'insuccès du traitement.

« Je continue à être persuadé que, dans l'é- « norme majorité des cas, en présence de syphi- « lides résistantes, une quantité $x + 1$ de mer- « cure réussit là où la quantité x a échoué » (1).

Dose et formule, maniées avec le doigté nécessaire, avec le sens clinique indispensable, — tout le secret de l'activité du traitement mercuriel de la syphilis est là. A vrai dire, la méthode des injections hypodermiques ou intra-musculaires jouit à cette heure de la grande faveur des praticiens, qui se divisent cependant encore en deux camps, selon qu'ils emploient plus volontiers un sel de mercure soluble, ou au contraire, un sel insoluble, voire le mercure lui-même en nature (huile grise).

Le professeur Gaucher vient, dans une clinique récente (1), de se prononcer à nouveau contre les injections insolubles, de maniement délicat, incertain, dangereux, puisqu'elles exposent à des accidents d'intoxication provoqués par la résorption massive secondaire du sel mercuriel enkysté, soit spontanée, soit succédant à une injection soluble ultérieure, qui a pour propriété, comme l'on sait, de solubiliser les sels insolubles préalablement injectés.

Le benzoate de mercure conserve donc toutes les préférences du professeur Gaucher. Toutefois, il importe, pour que les résultats soient satisfaisants, de n'employer qu'un sel d'une pureté absolue, condition à laquelle sont loin de souscrire la plupart des benzoates du commerce. Tout dépend en effet de son mode de préparation.

On l'obtient en traitant l'oxyde jaune de mercure par l'acide azotique pur dilué, et en faisant réagir la solution sur le benzoate de soude en solution dans l'eau. Le précipité est lavé pendant plusieurs mois jusqu'à ce qu'il soit devenu complètement neutre. C'est ainsi que procèdent les laboratoires Bougourd et Gandillon. Ces préparateurs dissolvent ensuite le benzoate mercurique ainsi obtenu dans une solution stérile de chlorure de sodium, afin de lui donner une forme éminemment injectable et résorbable, qu'ils ont eu l'heureuse idée de nommer Hermoserum, allant ainsi au devant des susceptibilités des malades, que la prescription d'une formule où figureraient les mots de *mercure* ou *hydrargyre* pourraient effaroucher. Grâce à sa pureté, à sa neutralité et à son asepsie, l'injection d'Hermoserum est en elle-même complètement indolore, sans qu'il soit besoin de lui adjoindre une dose de cocaïne susceptible à la longue de déterminer une intoxication chronique inutile.

L'Hermosérum ne contribue pas peu à assurer la stabilité du traitement mercuriel, dont n'est pas seulement en théorie qu'on est en droit « d'encenser la puissance d'un bout du monde à l'autre bout », puisque les résultats positifs que donne son emploi se constatent plus nombreux et plus répétés dans la pratique de chaque jour.

(1) Carle. — *Annales des maladies vénériennes*, janvier 1911.

(1) *Concours Médical*, 12 février 1911.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE SYNDICALE

Projet de statuts

Elaboré par le Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, siégeant en Commission de Révision des statuts.

STATUTS

Titre premier. — *Union des Syndicats, son objet, son siège.*

ARTICLE PREMIER. — Il est formé une Union entre les Syndicats médicaux autonomes, fédérés ou non, régulièrement constitués conformément à la loi du 21 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

Elle prend le titre d'*Union des Syndicats médicaux de France*.

ART. 2.— La durée de cette Union est illimitée, son siège est à Paris.

ART. 3.— L'Union des Syndicats a pour but :

a) De coordonner l'action des syndicats en vue de l'organisation et de la défense professionnelles; de régler cette action en s'inspirant des vœux des Congrès des Praticiens ;

b) De propager les idées syndicalistes parmi les médecins, de hâter et de favoriser la création de Syndicats là où il n'en existe pas encore, d'encourager les premiers efforts des Syndicats nouveaux.

ART. 4.— L'Union prête son appui matériel et moral aux Syndicats.

En cas de poursuite judiciaire intentée par un Syndicat, dans un intérêt local ou général, l'Union des Syndicats, si les ressources du Syndicat sont insuffisantes, participe dans les limites nécessaires aux frais de poursuite à la condition expresse cependant que le Conseil de l'Union ait donné un avis favorable à la dite poursuite.

Titre II. — *Agrégation des Syndicats à l'Union. Radiations.*

ART. 5. — Tout Syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit :

1° Adresser au Secrétaire général :

Un exemplaire de ses statuts ;

La liste de ses membres ;

Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements ;

2° Etre accepté par le Bureau de l'Union, sauf recours devant le Conseil d'Administration au cas où le Bureau aurait ajourné l'adhésion.

3° Verser entre les mains du Trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

ART. 6.— Tout Syndicat qui veut se retirer de l'Union doit pareillement adresser au Secrétaire Général une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres déclarant qu'il cesse d'en faire partie.

ART. 7. — Tout Syndicat qui ne verserait pas à la Caisse de l'Union les diverses contributions prévues par les présents statuts peut être rayé de la liste des Syndicats adhérents par le Conseil d'Administration de l'Union.

Titre III. — *Administration. Conseil de l'Union.*

ART. 8. — L'Union des Syndicats est administrée par un Conseil d'Administration et par un Bureau.

ART. 9. — Le Conseil de l'Union se compose des délégués de tous les Syndicats faisant partie de l'Union, à raison de un délégué par Syndicat.

Toutefois les Syndicats ayant plus de 100 membres auront droit à autant de délégués qu'ils compteront de centaines de membres ou fraction supplémentaire de 100 membres.

ART. 10. — Le Conseil d'Administration se réunit obligatoirement 2 fois par an, en avril et en novembre. A la réunion d'avril, il lui sera rendu compte par le Secrétaire et le Trésorier des situations financière et morale de l'Union.

Le rôle du Conseil est : de faire connaître les vœux des Congrès ; de veiller à ce que ses propres décisions soient exécutées et pour cela d'organiser des campagnes, soit pour propager parmi les médecins les idées syndicalistes des Congrès, soit pour éclairer l'opinion publique, et de représenter auprès des Pouvoirs publics le Corps médical français.

ART. 11. — *Votation.* — Dans les scrutins, chaque syndic membre du Conseil d'Administration dispose d'autant de voix qu'il représente de Syndicats ou de centaines de membres du même Syndicat, s'il est porteur de pouvoirs établissant sa ou ses délégations. Il ne pourra dans tous les cas apporter plus de 20 délégations.

ART. 12. *Bureau* — Le Conseil d'Administration nomme dans son sein, à la majorité absolue, un Bureau composé de 20 membres :

1° Un Président, 4 Vice-Présidents, un Trésorier, un Secrétaire général et un Secrétaire général adjoint.

2° 12 membres conseillers adjoints et pouvant suppléer à l'occasion les membres absents ou empêchés.

Le Bureau est élu pour un an ; il est rééligible.

Un Vice-Président, le Secrétaire général, le Secrétaire général adjoint, le Trésorier, doivent être choisis parmi les membres du Conseil habitant Paris ou ses environs ; si le Président habite Paris, l'obligation n'existe plus comme ci-dessus pour le Vice-Président.

ART. 13. — Dans l'intervalle des réunions obligatoires du Conseil d'Administration, le Bureau tient au moins une séance mensuelle. Le rôle du Bureau est d'assurer l'exécution des décisions du Conseil, de préparer les séances du Conseil, de prendre les décisions d'urgence qui devront ensuite être ratifiées par le Conseil d'Administration dans sa prochaine session.

ART. 14. — Les questions doivent toujours, sauf le cas d'urgence, être soumises à l'étude et au vote des Syndicats avant que le Conseil soit appelé à prendre une décision définitive à leur sujet.

Les rapports et les votes des Syndicats sur les questions qui leur auront été soumises doivent être immédiatement envoyés au Secrétaire général de l'Union et, au plus tard, un mois avant la session du Conseil.

ART. 15. — La légitime indemnité que peut recevoir un Syndic délégué, pour ses frais de voyage et de séjour lors des réunions semestrielles du Conseil d'Administration, est laissée à l'appréciation de chaque Syndicat, toujours autonome en ce cas comme en tout ce qui regarde son propre fonctionnement intérieur.

Les Syndicats trop peu nombreux, trop éloignés du Siège central de l'Union et trop peu riches en ressources pour indemniser deux fois l'an un syndic délégué, pourront choisir, soit en commun avec des Syndicats voisins, soit même dans tout autre Syndicat un délégué qui aura mission de représenter leurs intérêts, leurs idées aux séances semestrielles du Conseil d'Administration à condition qu'ils lui aient donné auparavant à ce sujet un mandat de délégation.

Titre IV. — *Congrès des Praticiens,*

Art. 16.—Tous les deux ans, l'Union des Syndicats Médicaux de France pourra organiser un Congrès ouvert à tous les médecins de France qui aura lieu à Paris ou dans une grande ville de province. Ce Congrès prendra le titre de *Congrès des Praticiens de France.*

Art. 17. — Ce Congrès devra comporter l'étude et la discussion des grandes questions médicales. Il sera donc ouvert à tous les médecins de France, chacun d'eux ayant le devoir de s'y intéresser et d'y faire connaître publiquement ses opinions.

Art. 18. — *Ordre du jour du Congrès.* Le Congrès aura pour but de discuter une ou deux questions d'intérêt général. A cet effet, un an avant le Congrès, une liste de questions sera adressée par le Conseil, comprenant les propositions spontanément envoyées par les Syndicats. Cette liste sera soumise à chaque Syndicat qui devra dire dans le délai d'un mois la ou les questions qu'il désire voir porter au Congrès de l'Union. Un rapport sera présenté sur ces questions soit par le Syndicat qui aura pris l'initiative de la mise à l'ordre du jour, soit par un syndiqué désigné par le Conseil.

Art. 19. —Tous les rapports seront publiés dans le *Bulletin de l Union* au moins un mois avant le Congrès, ceci pour permettre aux Syndicats de se réunir dans leurs groupements et de donner à leurs délégués un mandat.

Art. 20. — Le Conseil d'Administration de l'Union, dans sa réunion de novembre, nomme tous les deux ans une Commission chargée de préparer ce Congrès. Les membres en seront choisis dans toute la grande famille médicale sans qu'il soit tenu compte s'ils font partie ou non de l'Union, mais parmi ceux dont la compétence, les services rendus, l'activité et la valeur personnelle seront les seuls titres pouvant les désigner au choix du grand Conseil de l'Union, émanation de tous les Syndicats de France.

Cette Commission spéciale portera le nom de *Commission du Congrès.*

Art. 21. — Seront membres de droit à ce Congrès tous les Médecins français et les membres des Associations corporatives des étudiants en médecine, à condition qu'ils aient versé au Trésorier de la Commission du Congrès une cotisation personnelle prévue par la Commission, et ceux délégués spécialement par un Syndicat une cotisation supplémentaire fixée ultérieurement selon les nécessités budgétaires.

Art. 22. — *Votation au Congrès.*

1° Une voix par Congressiste individuel ;

2° Les délégués de Syndicats, autant de voix qu'ils représentent de Syndiqués. Le chiffre des syndiqués sera fixé par le registre du Trésorier de l'Union. Les Syndicats devront être à jour de leurs cotisations.

3° En principe, le vote aura toujours lieu par délégations syndicales.

TITRE V. — *Bulletin.*

Art. 23. — Il sera publié un organe appelé *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France* qui sera adressé à tous les membres des Syndicats adhérents.

TITRE VI. — *Caisse de l'Union. — Trésorier.*

Art. 24. — Pour subvenir aux frais de l'Union tels que réunions du Bureau, études des questions diverses et démarches qu'elles nécessitent, indemnités au Secrétaire général, au Trésorier et aux délégués spéciaux, impression et envoi du *Bulletin*, dépenses nécessitées par des actions judiciaires et de défense professionnelle, etc., etc., il est institué une caisse alimentée : 1° par un versement annuel de chacun des Syndicats adhérents à raison de 3 fr. au minimum par membre ; 2° par des dons volontaires, etc.

Art. 25. — Pour subvenir aux dépenses nécessitées par les actions judiciaires auxquelles participera l'Union, comme il est dit dans un article précédent, les Syndicats auxquels elle sera venue en aide devront prélever sur les dommages-intérêts qu'ils auront obtenus en se portant partie civile dans ces affaires la somme nécessaire pour couvrir si possible les frais occasionnés à l'Union par les procès.

Art. 26. — Le Trésorier encaisse les sommes provenant de ces diverses sources et en délivre récépissé.

Il solde les dépenses autorisées par le Bureau.

Art. 27. — Le Trésorier fait connaître l'état de la caisse à chaque réunion du Conseil d'Administration ou du Bureau lorsqu'il lui est ainsi demandé. De plus, il rend compte de sa gestion chaque année à la réunion d'avril du Conseil d'Administration.

TITRE VII. — *Dissolution, modification aux statuts, règlements intérieurs.*

Art. 28. — La dissolution de l'Union ne pourra être prononcée que par une réunion extraordinaire des délégués spécialement convoquée à cet effet, sur la demande écrite des trois quarts des Syndicats adhérents. Cette Assemblée décidera de l'emploi des fonds existant en caisse ou placés au moment de la dissolution.

Art. 29. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion si elle n'a pas été soumise au Conseil de l'Union deux mois au moins avant l'époque fixée pour la réunion d'avril et inscrite à l'ordre du jour de celle-ci. Elle devra être dans tous les cas réclamée par plusieurs syndicats.

Art. 30. — Des règlements particuliers adoptés par le Conseil d'Administration détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux énoncés dans les présents statuts.

Une conversation au sujet du Projet de statuts de l'Union des Syndicats.

En même temps que le document ci-dessus, qui va faire l'objet de la discussion dans nos syndicats, nous en recevions un autre : c'est l'Histoire résumée des vingt-cinq premières années du Syndicat de l'arrondissement de Versailles. Le confrère qui a rédigé ce dernier document, M. le Dr Le Menant des Chesnais, l'un des fondateurs du groupe dont on va fêter les noces d'argent, voulut bien, quand il l'apporta, examiner l'autre avec soin.

Ayant suivi d'un bout à l'autre le travail de la commission de révision, je lui expliquai la conception générale du projet, la raison d'être des arti-

cles, de leur rédaction, les difficultés qu'on prévoyait dans la réalisation d'un accord entre tant d'opinions disparates, enregistrées à l'Assemblée générale de novembre. Avec détail et peut-être chaleureusement, je vantais l'œuvre de la commission, sans rencontrer d'ailleurs de résistance et de protestations de la part de mon interlocuteur.

Quand j'eus terminé, je posai avec insistance la question : Qu'en pensez-vous ?

« Je pense, me répondit le confrère, que, quel « que soit le projet adopté, les *Syndicats auront « toujours l'Union qu'ils méritent* ; que la réforme « des Syndicats, comme nous l'avons réalisée « dans l'arrondissement de Versailles, était l'opé- « ration à pratiquer d'abord ; que, celle-ci une « fois faite, aucun d'eux n'aurait ménagé l'acti- « vité locale, l'initiative, la discipline générale né- « cessaire, les cotisations indispensables ; que si « elle ne se fait pas, à bref délai, parallèlement à la « réforme entreprise par le centre, dans le sens où « le *Concours* la réclame depuis l'année 1900, il « faudra craindre d'avoir organisé une anarchie « d'éléments régionalistes toujours en lutte et « entre eux et avec leur soi-disant représentation « centrale ».

— « Votre crainte, répondis-je, a été et est « encore très partagée : nous en entendrons l'écho, « c'est fatal. Mais je vous avoue que je m'élève- « rai contre un alarmisme excessif, et voici pour- « quoi.

« Si j'aime et reconnais indispensable la véri- « table discipline syndicale, c'est que je la com- « prends éclairée, consciente, faite d'abnégation « réfléchie, du sacrifice raisonné d'intérêts pro- « gressivement individuels, locaux, régionaux, « effectué, *après discussion large*, devant l'inté- « rêt général. En revanche, je ne suis pas tendre « pour l'obéissance passive aux mots d'ordre du « centre, quand on la baptise discipline, si je la « vois résulter de la paresse et de l'inertie locale, « conduisant les individus et les groupes à accep- « ter, comme dogmes et opinion toute faite, les « vues d'hommes que l'on traite avec la con- « fiance aveugle due aux providences et qui ne « sont ni plus ni moins infaillibles que d'autres. « De cette discipline-là, j'ai pris un vrai dégoût « au cours des vingt-cinq années de ma vie de « syndicaliste médical militant, ce qui fait que « je suis de tout cœur avec les jeunes qui veulent « lui faire un mauvais sort, et qui, je n'en doute « pas, ont pour l'autre (la vraie) le même culte « que moi. »

— « C'est juste, en effet, dit des Chesnais. Je « crois probable que la discussion d'un projet où « chaque article fait appel aux devoirs *d'initiative, « de responsabilité, de personnalité*, pour cha- « que syndicat, amènera celui-ci à se réformer en « vue de l'accomplissement de ces devoirs par « les syndiqués eux-mêmes. On ne prévoit guère, « après réflexion, qu'il en puisse être autrement.

— « C'est pour cela, cher ami, qu'après son « ancienne campagne, réforme du Syndicat, le « *Concours médical* peut bien, sans étonner per- « sonne, laisser un de nous dire que le projet de « la commission a toutes ses sympathies per- « sonnelles. Et puisque vous le permettez je pu- « blie notre commune opinion. »

Dr Jeanne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Responsabilité des médecins inspecteurs de la protection du premier âge.

Dans son dernier numéro, le *Concours* a fait allusion à un procès qui a eu un assez grand retentissement dans la région lyonnaise, procès qui mettait en cause un médecin inspecteur de la protection du premier âge, confrère qui avait le grand tort d'être, en outre, maire d'un chef-lieu de canton du Rhône et candidat au Conseil général. Le procès en question n'était qu'une manœuvre électorale destinée à déconsidérer notre confrère vis-à-vis de ses électeurs en lui jetant sur les bras, à la veille des scrutins, une affaire désagréable et qui pouvait lui occasionner toutes sortes d'ennuis.

Heureusement pour lui, le docteur S.... a été réélu et soutenu par l'administration ; d'où acquittement en première instance et en appel. Mais, qui oserait affirmer que, si le scrutin lui avait été défavorable, il en eût été de même ?...

Il est donc indispensable que les médecins inspecteurs connaissent leurs droits et, ce qu'on oublie trop souvent, hélas, *leurs devoirs*.

D'abord comment est-on nommé médecin inspecteur de la protection du premier âge ? et comment fonctionne le service ?

Le Préfet, dans chaque département, en est le chef ; c'est lui qui nomme et aussi qui révoque les médecins inspecteurs.

Sous l'autorité du Préfet, le service est dirigé par un inspecteur départemental de l'Assistance publique. C'est à lui qu'ont affaire les médecins inspecteurs.

Ce fonctionnaire, souvent docteur en médecine lui-même, est généralement (je dis généralement, car il y a des exceptions), bienveillant, et il est plus facile de s'entendre avec lui qu'avec le Préfet, qui a d'autres affaires en tête et finalement vous renvoie à l'inspecteur départemental.

A côté de l'inspecteur, fonctionne, ce que la plupart des confrères ignorent, un *Comité départemental de la protection du premier âge*, qui se réunit deux ou trois fois par an, sous la présidence du secrétaire général ou d'un conseiller de Préfecture et étudie les questions intéressant le service. Dans ce comité figurent diverses personnalités et des médecins. Les confrères qui ont des observations à faire peuvent s'adresser au comité départemental et lui présenter leurs requêtes.

Telle est l'organisation centrale départementale du service de la protection du premier âge.

Pour son fonctionnement, chaque département est divisé en un certain nombre de circonscriptions et à chaque circonscription est attaché un médecin inspecteur, nommé par le Préfet, et

choisi autant que possible parmi les praticiens résidant sur le territoire de la circonscription.

Le choix en est laissé entièrement à la discrétion du Préfet.

Le service n'étant pas très rémunérateur, les compétitions ne sont ordinairement pas très nombreuses. Bien souvent, il n'y a qu'un seul médecin résidant sur le territoire de la circonscription et, en prenant le poste vacant, le jeune confrère est pour ainsi dire nommé d'office médecin inspecteur de la circonscription.

Il faut bien dire que le plus souvent, la fonction a fait l'objet d'une *demande officielle,* apostillée par les maires, les conseillers généraux, voire députés et sénateurs ; ceci, dans le cas où plusieurs médecins exercent dans la circonscription.

Quelque peu lucrative que soit la fonction, elle n'en est pas moins recherchée par quelques-uns, je ne sais vraiment trop pourquoi, et je m'imagine que c'est surtout dans le but d'empêcher un confrère concurrent d'en être investi ; c'est la seule explication que je trouve à cette chasse à des services qui, en fin de compte, ne rapportent à peu près rien, que des désagréments et des dérangements.

Les fonctions de médecin inspecteur de la protection du premier âge sont mal rétribuées, c'est entendu ; mais pourquoi l'administration changerait-elle sa manière de faire, puisqu'elle trouve encore des candidats plus qu'elle n'en veut, que son service est assuré tant bien que mal et que si des réclamations lui arrivent, elle répond invariablement que le budget départemental ne lui permet pas de faire mieux ?

Voyons maintenant dans quelle situation se trouve le médecin inspecteur au point de vue *responsabilité.*

Cette responsabilité est double : 1° il y a la responsabilité au point de vue administratif ; 2° la responsabilité civile et professionnelle.

Au point de vue administratif, le médecin inspecteur de la protection du premier âge doit être bien imbu de cette idée, c'est que, du jour où il a été nommé, il devient un *fonctionnaire départemental,* dans tous les actes qui relèvent de ses fonctions de médecin inspecteur, et cela au même titre que les employés de préfecture, les cantonniers, les agents-voyers, etc., avec la seule différence qu'il n'aura pas de retraite et qu'il est infiniment moins payé.

Comme fonctionnaire, il perd une partie de son indépendance, puisqu'il fait partie d'un service dirigé par un inspecteur départemental sous l'autorité du Préfet.

Du fait de sa nomination, le médecin inspecteur s'engage formellement à *faire son service,* et en particulier à exercer une surveillance sur les nourrices et les nourrissons qui lui sont confiés, surveillance qui est caractérisée par les visites mensuelles.

Cette exactitude est la seule garantie que puisse avoir l'administration de la bonne exécution du service.

Le fait de marquer 2 ou 3 visites, quand il n'en a été fait qu'une, constitue de la part du médecin inspecteur, qui se livre à ce subterfuge, une *malhonnêteté,* en tous points comparable à celle de l'épicier qui vend avec de faux poids. Elle n'a aucune excuse, et si un Préfet, au lieu de se contenter de révoquer purement et simplement le médecin qui s'y livre, le traduisait devant la justice, nul doute qu'aucun tribunal n'aurait la faiblesse de prononcer un acquittement, et un Syndicat médical ne saurait en juger différemment.

Ce sont là des procédés qui doivent être réprouvés avec la dernière énergie, car ils jettent le discrédit non seulement sur celui qui les emploie mais sur tous ses confrères.

Si un service n'est pas assez rémunérateur, personne ne vous ayant obligé à le prendre, démissionnez. *Si vous êtes seul dans votre circonscription, l'administration vous priera de continuer à visiter les nourrissons, mais sans aucune obligation de visite mensuelle et seulement quand le hasard de vos courses vous entraînera à passer à proximité des nourrices.*

De cette façon vous n'aurez rien de changé que le titre de médecin inspecteur en moins, ce qui, je pense, ne doit pas peser bien lourd ! Si vous n'êtes pas seul et qu'un confrère accepte le service, tant pis pour lui.

Il est certain que l'administration ne se fait pas d'illusions sur le profit que retirent de leurs fonction ses médecins inspecteurs. Aussi est-il rare qu'une révocation soit prononcée pour une simple irrégularité dans le nombre et la fréquence des visites aux nourrissons.

Mais, malheureusement, le cas du confrère qui marque 2 ou 3 visites à chaque passage est plus fréquent qu'on ne croit, et bien des révocations n'ont pas d'autre cause.

Le confrère crie beaucoup dans les assemblées médicales ; il se pose en victime de l'arbitraire, mais se garde bien d'aller demander à la Préfecture les causes de sa révocation, et lorsque le Syndicat fait la démarche pour lui, on montre à ses représentants un dossier de pièces irréfutables. Conclusion : explications transmises par le Syndicat au confrère révoqué, qui est furieux de voir son « petit truc » dévoilé, déclare que le Syndicat ne sert à rien, etc., etc., et donne sa démission ! Puis il ira clamer partout qu'il a été révoqué pour raisons politiques, que le Syndicat ne l'a pas soutenu et qu'il est très heureux d'être libéré de l'esclavage syndical.

Ainsi donc, si, pour une cause quelconque, il est démontré qu'un service de protection du premier âge devient une charge plutôt qu'un bénéfice, vaut mille fois mieux démissionner que de se lancer dans des compromissions plus ou moins malhonnêtes.

Car, ne l'oublions pas, le service de médecin inspecteur du premier âge est avant tout un service de *contrôle.*

Que demande la loi ? De visiter une fois par mois les nourrissons et de tenir l'inspecteur départemental au courant de leur état de santé, de lui signaler les infractions aux règlements commises par les nourrices, de faire connaître comment l'enfant est tenu (propreté, alimentation, etc.).

Le médecin doit donner des conseils aux nourrices sur l'alimentation, la propreté et l'hygiène en général des nourrissons qui leur sont confiés.

Il devra garder vis-à-vis d'elles une certaine autorité et cette autorité ne peut être réelle qu'autant que le médecin inspecteur accomplit lui-même rigoureusement son service.

Accessoirement, le médecin inspecteur aura à soigner les enfants assistés (tarif de l'A. M. G.), et devra se rendre aux réquisitions des maires pour visiter les nourrissons qui leur seraient signalés comme malades et dépourvus de soins médicaux (ces visites sur réquisition des maires sont exceptionnelles et elles sont réglées d'après le tarif de l'A. M. G.).

Donc la responsabilité administrative porte en premier lieu et surtout sur la régularité des visites mensuelles et en second lieu sur les soins médicaux aux enfants assistés sur réquisition des maires.

Ces visites étant peu fréquentes, rémunérées à peu près, il est rare qu'il y ait des ennuis à leur sujet. Ce sont en somme des visites assimilables à celles faites aux indigents assistés, il n'y a pas de responsabilité spéciale à leur sujet.

Elles sont du ressort purement médical et ne peuvent guère donner lieu à des poursuites spéciales d'ordre administratif.

Pourtant on ne doit pas oublier toute la question *syphilis infantile qui peut* entrer en jeu à leur sujet.

Mais c'est un chapitre à part et qui rentre dans la responsabilité professionnelle et médicale en général.

En résumé, la grande question ,au point de vue administratif, est celle de la régularité des visites mensuelles.

Le médecin inspecteur doit donc faire tous les mois une visite à chaque nourrisson, soigner les enfants assistés et déférer aux réquisitions des maires pour visites très exceptionnelles aux nourrissons malades.

Enfin, il doit, bien entendu, signaler les maladies épidémiques ou contagieuses qu'il pourrait être appelé à constater chez les nourrissons et les nourrices.

Là se borne tout son rôle au point de vue de l'administration.

Au point de vue médical et professionnel, la question est beaucoup plus simple.

Le médecin inspecteur n'est pas tenu de soigner les nourrissons (sauf les cas d'enfants assistés et de réquisitions des maires).

S'il les soigne, c'est sur la demande des parents ou des nourrices ; il a droit à des honoraires comme pour n'importe quel client et ces honoraires sont à la charge des parents ou, à leur défaut, de la nourrice qui l'a fait appeler : il y a solidarité entre eux.

C'est ce que la plupart des parents ignorent ou feignent d'ignorer. Tous nos confrères savent combien il est difficile de se faire payer par les familles souvent très éloignées, et par les nourrices généralement fort peu fortunées. D'autant plus que les uns comme les autres paraissent toujours fort étonnés quand le médecin inspecteur leur réclame des honoraires.

Donc, au point de vue de la responsabilité, elle est la responsabilité générale de tout médecin et elle n'entraîne rien de particulier du fait de ce que le médecin traitant est en même temps médecin inspecteur.

Un conseil, en terminant, aux confrères : donnez le moins possible vos soins aux nourrissons de votre circonscription. Vous n'y perdrez rien en matière d'honoraires. Conseillez plutôt d'appeler le médecin de la famille (hors le cas d'urgence, bien entendu). Lui, on le paiera et il ne croira pas que vous profitez de vos fonctions de médecin inspecteur pour lui enlever ses clients.

De plus, vous y gagnerez sûrement en autorité, en indépendance et en considération vis-à-vis de la nourrice et des parents, car vous savez que le client qui vous doit de l'argent et ne vous paie pas devient rapidement un ennemi mortel.

Comme conclusion, ne nous effrayons pas outre mesure de la responsabilité spéciale au service de la protection du premier âge.

Elle n'est vraiment grave qu'autant que vous l'avez bien voulu en usant de procédés indélicats et répréhensibles. Mais si vous avez fait correctement et à peu près régulièrement vos visites mensuelles ; si vous ne vous êtes pas lancé à corps perdu dans une lutte électorale, vous n'aurez rien à craindre des foudres administratives.

Si pour une raison quelconque (maladie, voyage, neige), il vous a été impossible de voir tous vos nourrissons un mois, envoyez simplement un mot à l'inspecteur départemental ; vous aurez montré ainsi que vous avez le souci de votre service et fait acte de bonne volonté et de courtoisie. Cela vaudra infiniment mieux que de commettre ces petites saletés, bonnes tout au plus pour une domestique, qui fait danser l'anse du panier, mais tout à fait indignes d'un honnête homme et d'un médecin qui se respecte et veut être respecté.

D[r] S.

N. D. L. R. — Nous ne pouvons pas nous retenir de souscrire avec empressement aux constatations et conclusions qui résultent du judicieux exposé ci-dessus. Il émane d'un de nos plus dévoués correspondants qui se souvient en même temps de ses devoirs de secrétaire de son Syndicat. C'est vraiment la note juste en la matière et c'est aussi la formule syndicale à propager.

Saint-Gervais, le 23 mars 1911.

Mon cher Confrère,

Dans le numéro du 19 mars du *Concours*, sous la rubrique « Protection des enfants du 1[er] âge », le D[r] M. se plaint de ce qu'il lui est impossible de remplir consciencieusement ses fonctions d'inspecteur, en raison des frais que lui causerait l'observation exacte du règlement de ce service.

Pour éviter ces frais, il est obligé de recourir

à une combinaison qui me paraît peu franche au point de vue de la conscience et pleine de dangers au point de vue de la responsabilité —, si celle-ci existe réellement pour le médecin, *ce dont je doute* — car *dans un cas de responsabilité, celle-ci doit être supportée par l'administration dont le médecin inspecteur n'est qu'un agent*, tout comme dans la responsabilité de la poste.

Le médecin, dans ce cas, supporterait de l'administration une pénalité telle que le renvoi et c'est tout ce qu'on peut bien lui infliger.

Mais pour sortir de cette situation, le Dr M. n'a qu'une chose à faire : c'est de démissionner ! Je ne comprends vraiment pas qu'il tienne à une fonction d'où il n'y a à retirer que des ennuis et *pas même la reconnaissance de quelqu'un*, car l'administration à qui il rend service est impersonnelle.

J'ai été sollicité par l'administration, il y a six ans, pour devenir médecin inspecteur. Après avoir pris connaissance du règlement, j'ai vu qu'il me serait impossible d'en remplir les conditions et j'ai refusé ce titre pompeux.

Si le médecin est seul, l'administration sera bien obligée de mettre les pouces — c'est-à-dire d'honorer le titulaire d'une façon plus convenable. Si plusieurs médecins dans la région ont ce service, ils n'ont qu'à faire collectivement « la grève » et le résultat sera le même.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Roux.

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre dernier article sur la responsabilité professionnelle du médecin inspecteur, car j'ai un vague pressentiment que d'ici peu, je vais être victime d'une de ces machinations politiques, et bien que je sois disposé à envoyer promener cette fonction si peu rétribuée, j'attends la décision préfectorale qui réglera mon sort.

Du reste, cela ne peut tarder, car j'ai été invité à fournir l'arrêté préfectoral me nommant à cette fonction. J'ai donc lieu de croire que c'est tout bonnement pour le rapporter, l'annuler ou peut-être me révoquer. Si la révocation se produit j'en aviserai le « Sou médical » pour lui demander si je dois protester.

Mais en attendant soit ma révocation, soit ma démission volontaire, et puisque je suis encore médecin-inspecteur, je vais vous donner mon opinion sur la question soulevée par notre confrère, Dr M.

Partout où il existe un Syndicat actif (c'est-à-dire ne comportant ni président ni dignitaires) mais un bureau anonyme renouvelable bi-annuellement par exemple, le service de l'inspection et de la vaccination devrait être fait par roulement par les médecins acceptant ce service.

D'autre part, le médecin dit inspecteur devrait avoir l'autorité de convoquer à la mairie de la commune au moins une fois par mois les nourrices domiciliées dans cette commune et ce serait à la mairie qu'aurait lieu cette visite collective. Cette liberté d'agir ainsi me semble procurer deux avantages. Le premier, d'ordre médical, c'est que le médecin ne se verrait plus dans la nécessité de perdre son temps et son argent à aller au domicile de la nourrice, domicile qui est souvent perdu dans quelque recoin de la campagne, loin de toute voie de communication, d'où accès difficile.

2° Avantage pour le nourrisson : la visite serait plus régulière, et la nourrice, par amour-propre, aurait plus de stimulant pour bien soigner le dit nourrisson, dans la crainte d'une observation du médecin faite devant ses semblables ; et puis on remarquerait vite son absence à ces convocations ou la mauvaise tenue de son nourrisson.

Il arrive assez souvent qu'au moment où le médecin fait sa visite à domicile, la nourrice soit absente, étant allée dans les champs voisins. On ne peut cependant perdre son temps à l'attendre revenir et de cette façon la visite est nulle comme effet.

Tous ces inconvénients seraient évités et la loi aurait plus de portée, car il faut bien le reconnaître, l'influence du médecin-inspecteur dans les circonscriptions de 40 à 50 nourrissons est bien faible, sinon nulle.

Au début de ma nomination, je faisais du zèle, j'ai voulu me conformer strictement à l'esprit de la loi. Eh bien ! je me suis vite rendu compte que tous mes efforts étaient stériles, ou à peu près.

D'abord l'action médicale est trop espacée ; ensuite cette action est contrecarrée par le fait que la famille de l'enfant cherche bien souvent plutôt l'intérêt de son porte-monnaie que celui de l'enfant.

J'en ai eu au début plusieurs exemples typiques. J'ai vu des familles refuser de retirer leurs enfants de chez une nourrice malgré mes avertissements, malgré les observations du maire de la commune, parce que le prix réclamé par la nourrice leur convenait.

Devant mon impuissance, car allez donc mettre en mouvement la justice pour avoir le dernier mot, j'ai pris le parti de fermer les yeux, tout en donnant connaissance aux maires de ce qui se passait, pour dégager ma responsabilité, et les maires observent le même désintéressement.

Du reste les propositions d'allocations comme encouragement sont, en règle générale, jetées au panier. De cette façon, ni les secrétaires de mairie, ni les gardes champêtres, ni les nourrices ne sont stimulés à se conformer aux prescriptions légales. Quant aux médecins, on leur accorde quelques médailles ou quelques hochets de décoration, pourvu encore que la politique ne les en prive, ce qui après tout est un honneur pour eux, car, par le temps qui court, il est plus honorable de n'être pas décoré que de l'être.

En résumé, l'application de la loi de 1877 serait rendue plus efficace, si les rétributions étaient tarifées kilométriquement ; si le corps

médical était appelé indistinctement par roulement à remplir cette fonction ; si des pouvoirs plus étendus étaient accordés au médecin par l'intermédiaire des maires pour convoquer à la mairie les nourrices ; si des sanctions ou récompenses pouvaient être attribuées aux nourrices suivant le cas de leur docilité aux recommandations médicales ; si le retrait de nourrissons pouvait être prononcé par le médecin, après l'avis de l'inspecteur départemental, malgré le refus soit de la nourrice, soit des parents.

Voici très simplement mon opinion, exprimée au cours de la plume et sans beaucoup d'ordre.

En attendant l'occasion de vous importuner sur mon cas, veuillez agréer, très honoré confrère, mes salutations bien confraternelles.

D^r G.

(Membre du « Sou médical ».

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Comité départemental des Bouches-du-Rhône

Le jeudi 16 mars, à 3 heures du soir, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté des Sciences de Marseille, a eu lieu la conférence des docteurs Maurat et Boudin, du Concours Médical.

Organisée par le Comité départemental, cette conférence était présidée par le docteur Benet, Président du Syndicat des Médecins de Marseille, assisté du docteur Bagarry, président du Comité départemental, du docteur Monteux, secrétaire, et du docteur Foata, trésorier.

Un très grand nombre de confrères avaient répondu à l'appel du Comité; la Fédération provençale était représentée par le docteur Riss, secrétaire général, en l'absence du docteur Oudaille.

Le docteur Benet excuse le docteur Reynès, empêché, et les docteurs Chassy et Urpar, d'Arles. Il présente ensuite les deux conférenciers.

Le docteur Maurat, qui parle le premier, remercie vivement l'assistance de son empressement à être venue et excuse le Concours d'avoir convoqué un peu tard par suite d'un malentendu.

Le docteur Boudin développe alors, d'une façon aussi claire que brillante, sa causerie sur les œuvres de défense médicale et de mutualité confraternelle.

Notre éminent confrère explique d'abord le but de la réunion. De nombreux médecins, nouvellement installés ou praticiens déjà mûrs, écrivent tous les jours au journal le *Concours Médical* pour demander des renseignements professionnels. Le *Concours* vient à Marseille, comme dans les autres villes, apporter directement ces documents.

Depuis son origine, le *Concours* s'occupe, d'ailleurs, de questions de solidarité, de prévoyance, de mutualité. C'était avant la naissance des Syndicats Médicaux, à une période où ces grands problèmes intéressant directement notre profession n'étaient pas encore posés.

Le docteur Boudin rappelle les origines du *Concours Médical,* qui, fondé par le docteur Auguste Cézilly, est actuellement l'organe de 8000 médecins français. Le docteur Cézilly voulait, à l'aide des ressources tirées de la presse, appliquer les idées de la Société Civile du Concours. Jusqu'en 1888, il paya de sa bourse et de sa personne.

Le journal, dit Boudin, est connu de tous les praticiens ; il contient une partie scientifique, d'où la haute science, parfois hélas un peu tapageuse, est soigneusement bannie, comprenant des leçons cliniques des hôpitaux, résumés de la semaine, travaux, observations personnelles, etc., et une partie professionnelle, composée en partie à l'aide de lettres adressées par les confrères au « Sou » et au Concours sur l'Assistance, les accidents du travail, la mutualité, etc. La petite Correspondance solutionne des questions d'intérêt pratique et donne des conseils déontologiques précieux.

Mais le Concours ne saurait agir seul. Le Syndicat peut beaucoup, de son côté, il pourra mieux faire quand il sera sorti de la seconde enfance dans laquelle il vit encore.

Il définit le Syndicat : une réunion d'intérêts communs, évidemment variables avec la région. C'est aussi une école de solidarité.

Les médecins, en se fréquentant, apprennent à se mieux connaître et à s'apprécier mutuellement.

Comme exemple de ce que peut obtenir un Syndicat, l'orateur cite le Syndicat de Lyon qui a forcé les sociétés de secours mutuels à accepter le libre choix. Bolliet fit signer à 443 confrères un engagement pour l'action commune. Les Médecins de Lyon ont, de cette façon, relevé leurs honoraires et la Mutualité lyonnaise est heureuse des résultats acquis, à en juger par une lettre, publiée dans le *Concours* dans laquelle un Président du Conseil central de la Mutualité constate la diminution des jours de maladie chez les sociétaires.

Le Syndicat peut encore agir auprès du Conseil général ou du maire, chaque fois que les pouvoirs publics essayent de porter préjudice aux intérêts médicaux.

Mais, pour que cette action soit efficace, il faut introduire des sanctions dans les Statuts. Sans sanctions, un syndicat est trop souvent réduit à l'impuissance. Suivons donc l'exemple des Syndicats de Versailles et d'ailleurs qui prévoient l'amende et la mise à l'index en cas d'infractions aux règlements.

Il existe bien un groupe médical parlementaire, dont le but devrait être de s'occuper des questions médicales, mais ce groupement a besoin qu'on lui mâche la besogne. L'Union des Syndicats, sur laquelle on compte trop, ne peut suffire, non plus, pour cette action auprès des collectivités ou des pouvoirs publics ; elle sert de guide aux Syndicats locaux pour l'étude des problèmes professionnels. Avec le docteur Jean-

ne, le docteur Boudin a défendu ardemment l'autonomie des Syndicats. Dans la prochaine organisation de l'Union, les syndicats auront d'ailleurs un délégué par syndicat pour défendre leurs intérêts. L'Union agira au nom des praticiens de France et servira, comme pour la déclaration des maladies contagieuses, à empêcher qu'on ne fasse des lois contre nous.

Enfin le docteur Boudin aborde les organes de défense professionnelle individuelle. Il expose l'œuvre du « Sou médical », qui, pour une quotité de 20 fr. par an, se charge des frais d'appel et de cassation dans les affaires d'ordre général. Dans les procès entre clients et médecins, des consultations documentées sont données aux adhérents. Le « Sou » garantit la responsabilité professionnelle jusqu'à concurrence de 2000 fr. Il est complété par une autre œuvre de prévoyance, l'Ancre Médicale, qui assure cette responsabilité jusqu'à concurrence de 100.000 fr. Cette intéressante mutualité médicale garantit aussi les risques de locomotion, incendie, etc.

Le docteur Boudin termine sa belle conférence en parlant encore de l'Association Générale des Médecins de France, de l'Association Amicale des Médecins Français pour l'indemnité maladie-accidents, de la Caisse de retraites du Corps médical Français, etc..... Il explique la fusion, sous le nom de Mutualité Familiale, des œuvres de prévoyance du Concours : Indemnité-maladie, Caisse de retraites et indique que les Comités départementaux du Concours ont été créés pour la diffusion de ces organisations ; les confrères trouveront auprès d'eux les renseignements nécessaires.

Des applaudissements unanimes ont salué la péroraison dans laquelle il convie les médecins à s'unir, au lieu de se combattre, pour la défense de leurs intérêts et à s'affilier sans retard aux œuvres de prévoyance pour préparer leur avenir.

Docteur MONTEUX,
Secrétaire du Comité départemental,
membre du Conseil du Syndicat
des Médecins de Marseille.

CORRESPONDANCE

« Nil novi sub sole ».

Un intéressant « Propos du jour » de notre honoré confrère, M. le Dr Noir, dans le *Concours médical* du 5 mars 1911, met en cause mon travail sur l'organisation sanitaire de la France, que notre éminent maître, M. Mosny, nous a fait le très grand honneur de présenter à l'Académie de médecine.

M. Noir s'efforce de montrer qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, que ma pauvre thèse « n'apporte pas non plus une idée neuve », que l'organisation sanitaire proposée par nous « ressemble étrangement à celle qui existait jadis dans le royaume de Lombardie, et que nous trouvons exposée dans un livre publié en 1842 et écrit par le Dr Hipolyte Combes !! »

Cette organisation lombarde, d'après notre érudit confrère, n'aurait pas été des plus heureuses. Et il prophétise que « nous ne tarderions pas à tomber dans un pareil désordre, si la multiplication des diplômes ou certificats spéciaux venait désagréger l'unité des droits que confère en France le diplôme de docteur en médecine ».

Qu'il n'y ait rien de nouveau sous le soleil, nous n'oserions le contester ; nous aurions trop grand'peur de nous entendre rappeler que Wright et Latham ont eu pour modèle un certain Icare, et de nous sentir écrasé sous une accumulation d'arguments aussi probants....

Que mon ouvrage n'apporte pas non plus une idée neuve, c'est ce que nous avons pris soin de déclarer fort explicitement à plusieurs reprises, notamment à la page 55 où nous exposons tout au long le système préconisé par M. le docteur Lafosse, alors chargé de l'Enseignement relatif au certificat d'études d'hygiène à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Mais que l'organisation sanitaire proposée par nous « ressemble étrangement à celle qui existait jadis dans le royaume de Lombardie », voilà ce que nous ne saurions accepter — à en juger du moins par les citations mêmes de M. Noir, car nous ne connaissons le livre du professeur Combes que par le savant chroniqueur du « Concours ».

Il nous paraît impossible de trouver la moindre similitude entre le système austro-lombard, où des praticiens faisant de la clientèle étaient investis de certaines fonctions publiques, et la création rêvée par nous d'un corps de fonctionnaires sanitaires, privés du droit d'exercer l'art de guérir.

Si M. Noir veut bien nous faire l'honneur de se documenter d'une manière plus sérieuse en ce qui concerne ma modeste tentative, il pourra parcourir l'exemplaire que je me fais un plaisir de vous envoyer ci-joint. Il sera vite édifié.

Reste la question des diplômes et des certificats spéciaux. Nous ferions volontiers bon marché des titres et estampilles, mais nous ne saurions transiger sur le principe de l'obligation de concours spéciaux et d'études particulières.

Quand on veut se faire mettre un râtelier, on ne va pas chez le premier docteur en médecine venu, on va chez un dentiste ; quand on doit se faire enlever un cancer de l'intestin, on va chez un chirurgien de métier. Eh bien ! pour faire de l'hygiène véritable il faut être hygiéniste, comme pour faire de la grande chirurgie il faut être chirurgien. Il faut donc des spécialistes sanitaires. Mais de plus, comme ils seront fonctionnaires, *c'est-à-dire comme le public n'aura pas contre eux l'arme du libre choix,* il n'est pas inutile que leur compétence spéciale soit spécialement contrôlée.

Moncrabeau, le 16 mars 1911.

Docteur F. FICAT.

Nous ne connaissons le travail de M. le Dr Ficat que par les comptes rendus de l'Académie de

médecine publiés dans les journaux et, sans trouver une similitude absolue entre son projet et l'ancienne organisation médicale austro-lombarde, il y a de nombreuses analogies. Pour discuter le projet de notre confrère, ce que nous ferons volontiers et sans le plus petit parti pris, nous attendrons d'avoir reçu son intéressante thèse.

J. Noir.

Assez de médecins fonctionnaires.

Le 20 mars 1911.

Mon cher confrère,

Je ne puis résister au plaisir de cueillir à votre intention dans une *feuille locale* l'entrefilet suivant :

« La Fédération régionale des membres de l'Enseignement secondaire public de l'Académie d'Aix a tenu, dimanche, son 7e Congrès annuel dans les salles du Lycée de Marseille, obligeamment mis à sa disposition par le sympathique proviseur, M. Richard ....

Le Congrès s'est élevé contre les inadmissibles prétentions formulées par une partie, d'ailleurs très restreinte, du corps médical, qui sous prétexte d'instituer dans les lycées une organisation de l'hygiène, dont le besoin ne se fait nullement sentir, tendraient à faire créer dans chaque établissement une place — rétribuée naturellement — de médecin scolaire, au détriment de tous les autres médecins. On n'a pas vu pourquoi ce serait à ce médecin-là que l'Etat procurerait une clientèle rémunératrice, en obligeant les fonctionnaires à s'adresser exclusivement à lui pour obtenir un certificat de maladie. On a encore moins compris qu'un certificat de maladie payé par le malade ne soit pas remis par le médecin — officiel ou non — au malade lui-même, auquel il appartient d'en faire tel usage qu'il veut : la remise directe d'un certificat à l'administration par un médecin quelconque, qu'il y ait ou non entente pour cela avec l'administration, a été unanimement considérée comme un attentat à la liberté individuelle ».

Que pensent de cette protestation MM. les médecins d'administrations, certificateurs, assermentés, et autres accapareurs ?

Souhaitons que le mouvement se propage, et que les associations de fonctionnaires et d'employés de grandes administrations finissent par imposer le principe du *libre choix* que le corps médical désuni est impuissant à faire triompher.

Bien confraternellement vôtre.

Dr Foata.

Le forfait et les règles syndicales.

La lettre de mon confrère Charlin au dernier numéro m'a suggéré quelques réflexions ; je n'en retiendrai qu'une, les autres se rapprochant de celles émises par l'ami Boudin et le confrère Charbonnier. Un forfait est un contrat qui a pour but d'obtenir, d'une part le plus de travail possible pour la moindre dépense, d'autre part de fournir pour cette moindre dépense le travail strictement ou à peine nécessaire. Ceci s'applique à la généralité des cas où le forfait puisse intervenir, mais n'est plus vrai dans le forfait médical (un non-sens à mon avis), le médecin ayant la fâcheuse et charitable habitude de voir dans le malade son devoir avant ses honoraires. Riches ou pauvres, nous soignons nos clients de même manière, par humanité, souvent mieux les seconds.

Il y a donc dans le forfait médical quelqu'un de lésé ; comme ce n'est *jamais* le client ou la compagnie d'assurance, c'est *toujours* le médecin.

Les poires ont été très rares cette année, ce n'est pas à nous d'y suppléer.

Dr Dengler (de Sellières, Jura).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Une nouvelle responsabilité pour les médecins. — Il arrive tous les jours que le médecin rural est sollicité par ses clients de remmener en voiture le commissionnaire — parent, domestique, voisin, — qui vient à la ville faire exécuter l'ordonnance afin de gagner un temps qui peut être parfois précieux. Rarement, le médecin, nature essentiellement complaisante, refuse de rendre un pareil service. Pour notre part, cela nous est arrivé maintes et maintes fois quand nous exerçions à la campagne.

A une époque où l'automobile tend à remplacer de plus en plus l'hippomobile, il est bon que nos confrères soient prévenus que, ce faisant, ils assument la responsabilité de la sauvegarde de leur compagnon éventuel de route, et que, s'il leur survient un accident où celui-ci soit blessé, ils sont susceptibles d'en supporter les conséquences et d'en rendre compte à la justice de leur pays.

Le conducteur d'une automobile est, en effet, responsable des accidents qui peuvent arriver à ses compagnons.

La chose, qui fut jugée bien des fois, vient de l'être à nouveau à Amiens.

Le tribunal civil de cette ville, suivant l'exemple donné par plusieurs tribunaux et cours d'appel, a rendu un jugement préparatoire condamnant un chauffeur qui avait pris à bord un de ses amis.

Dans un accident que le chauffeur ne put éviter, le voyageur fut assez grièvement blessé et réclama des dommages-intérêts.

Le geste n'est peut-être pas très joli, mais il est permis, puisque les tribunaux l'acceptent.

Autre cas :

Un chauffeur se voit arrêter sur la route par un paysan, qui lui demande de l'amener à la ville voisine.

L'automobiliste, aimablement, accepte. Au cours du voyage, un accident se produit, et le paysan est blessé.

L'affaire arrive au tribunal et le chauffeur est obligé de payer une grosse somme au voyageur.

Donc, chauffeurs, mes confrères, vous voilà avertis.

Vous pouvez répondre aux clients qui vous demanderont à circuler dans votre voiture :

« Impossible. Je suis désolé de ce refus, mais je ne tiens pas à être responsable des accidents qui pourraient vous arriver ».

G. D.

Le Directeur-Gérant Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 15 Dimanche 9 AVRIL 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'encombrement de la profession médicale

Autrefois et aujourd'hui : L'encombrement au temps de Gui Patin. L'encombrement à l'époque de Reveillé-Parise. Un précurseur de la médecine sociale en 1846.

Nous souffrons de l'encombrement de notre profession ; nous en analysons les causes et nous en cherchons le remède depuis bien des années. Il y a quelque 50 ans, nos écoles de médecine conféraient, bon an mal an, des diplômes à 600 ou 700 praticiens ; aujourd'hui le nombre des docteurs que créent nos facultés oscille entre 1.000 et 1200. Cette augmentation est hors de proportion avec celle de la population de notre pays qui, de 37 millions d'habitants il y a cinquante ans, atteint à peine 39 millions à ce jour (1). L'inégale répartition des médecins en France rend encore plus sensible les funestes conséquences de l'encombrement, qui se fait tout particulièrement sentir dans les grandes villes. Ainsi Paris, qui était doté, il y a 15 ans, de 2.428 praticiens pour 2,511.629 habitants, en compte, en l'an de grâce 1911, 4.255 pour 2.800.000 habitants environ, ce qui fait 1 médecin pour 700 habitants. Il convient de s'étonner qu'un aussi grand nombre de médecins puissent vivre, quand on songe à l'extension de l'Assistance médicale gratuite à l'hôpital et à domicile, au développement des consultations et des dispensaires gratuits et à l'envahissement de la mutualité.

La situation est évidemment critique. Mais si nous nous renseignons sur le passé, nous voyons que des récriminations analogues se sont déjà produites.

Dans une lettre à son ami Falconnet, lettre datée du 25 décembre 1663, Gui Patin se plaint vivement des petites Universités qui fabriquent des docteurs à jet continu :

« Elles ne renvoient personne, écrit le célèbre doyen de la Faculté de Paris. Si le jeune docteur

(1) Il est vrai qu'il faut tenir compte de la perte de l'Alsace-Lorraine.

n'est pas reçu à bon marché en un endroit, il s'en va à un autre ; c'est pourquoi ceux de Reims s'en vont plaider contre ceux d'Angers, d'autant qu'ils font meilleur marché de leurs degrés académiques, avec un léger examen, peu de temps et sans thèses s'ils ne veulent. Enfin si on ne trouve remède à un tel désordre, il sera plus grand nombre de médecins en France que de pommes en Normandie ou qu'il y a de frati en Italie et en Espagne. »

Et après s'être plaint de l'insuffisance des médecins issus de ces petites Universités, Gui Patin ajoute :

« Plût à Dieu que ces erreurs finissent bientôt, et que ceux qui en ont la direction s'y veuillent appliquer sérieusement ; car le mal est grand et les conséquences très dangereuses ; mais j'ai bien peur que cela n'arrive pas de sitôt, car le peuple est bien fou, les magistrats trop lâches, et tout le monde trop méchant. »

Cependant nos confrères au XVIIe siècle paraissaient exercer dans des conditions bien plus favorables que nous.

« Nous sommes, disait le même Gui Patin, dans une lettre du 30 décembre 1650 au même Falconnet, nous sommes ici (à Paris) *cent et treize docteurs*, mais nous ne nous entrechoquons pas de si peu de chose, bien que souvent, il y ait occasion. »

Paris avait alors de 250.000 à 300.000 habitants et le chiffre de 113 médecins était loin d'être excessif. Il convient cependant de noter que les docteurs étaient loin d'exercer à cette époque l'art médical tout entier. Les chirurgiens, les barbiers, les apothicaires et les sages-femmes, sans parler d'innombrables empiriques, accaparaient une grande partie de la clientèle médicale. Sans compter la chirurgie proprement dite, les maladies des yeux, les accouchements et les maladies vénériennes entraient dans le domaine des confrères de St-Côme et de St-Damien qui en retiraient de bons bénéfices, tout en laissant aux barbiers la pratique de la petite chirurgie et de la saignée, si répandue alors.

Les plaintes et les diatribes de G. Patin ont provoqué d'intéressantes annotations de Reveillé-Parise, auteur de l'édition des Lettres de Patin de 1846. Membre de l'Académie de médecine, Reveillé-Parise exerçait, il y a 65 ans, à Paris et était bien placé pour apprécier les conditions dans lesquelles se trouvaient les praticiens d'alors. Or voici les réflexions que lui ont suggérées les citations que nous venons de faire :

« Gui Patin se plaint du plus grand nombre des médecins de son temps ; mais aujourd'hui ce nombre n'est-il pas hors de proportion avec toute nécessité ?

On a calculé que si l'on défendait pendant dix ans toute réception de docteurs, il en resterait encore assez pour les besoins publics. Aussi, disait un vieux médecin, nous sommes en aussi grand nombre que les malades, bientôt même, il y aura *plus de chats que de souris*. De là l'encombrement de la carrière médicale, les moyens odieux qu'on emploie pour y réussir, le froissement perpétuel des capacités, des cupidités, des vanités, l'art funeste de tromper le public par des réputations surfaites, des célébrités mensongères.

On ne conçoit pas que, depuis un demi-siècle, les gouvernements aient abandonné cette profession à une espèce d'organisation inintelligente et défaillante, sauf de précaires, d'insignifiants correctifs arrachés à de criants abus. Qu'on se figure bien néanmoins qu'à peu de chose près, *toute question médicale est au fond une question sociale* ; il y a ici une solidarité d'intérêts comme de principes.

Si quelque bien-être est ajouté à la Société, si quelques douleurs sont ôtées de cet immense fardeau qui accable l'humanité, on le doit en partie à la médecine largement comprise. Toute amélioration médicale, dogmatique ou professionnelle, s'élève aux proportions d'un *problème social*. La vigueur et le perfectionnement des générations, les éléments de l'hygiène publique, l'assainissement des lieux, la découverte de la vaccine, l'usage général de la pomme de terre, les falsifications des substances alimentaires, tout ce qui concerne la médecine légale dans les cours de justice, le travail des ouvriers et des enfants dans les manufactures, la répression par les maisons pénitentiaires, etc. ; toutes ces questions et une infinité d'autres ont leur racine, leur solution dans la médecine, qui est l'art de conserver, d'améliorer, aussi bien que l'art de guérir. »

Nous n'avons pu résister au désir de reproduire cette annotation un peu longue, parce qu'elle contient l'exposé complet du *rôle social du médecin*. N'est-il pas curieux de trouver sous la plume de Réveillé-Parise, *il y a soixante-cinq ans*, tout un programme de médecine sociale qui pourrait être daté d'aujourd'hui même ? Ses plaintes et ses critiques sont aussi de notre temps et il est fort probable qu'à Paris les conditions d'existence du médecin en 1846 ne différaient pas essentiellement de ce qu'elles sont aujourd'hui. Réveillé-Parise nous donne du reste dans une autre note le nombre de médecins qui exerçaient à Paris de son temps :

« Il en existe, écrit-il, près de 1.500, nombre assurément disproportionné avec celui des habitants, sans compter les frelons, les forbans de la science médicale, qui exploitent si largement, si impunément, la crédulité publique. »

Or, il y a soixante-cinq ans, la population parisienne ne dépassait guère 1.050.000 habitants.

Il y avait donc environ 1 médecin pour un peu plus de 700 habitants, exactement la même proportion qu'à ce jour, en 1911.

Aussi pouvons-nous encore répéter ce que nous disions ici même, il y a quelques semaines :

Il n'y a rien de nouveau dans tout ce qui nous passionne : l'histoire, et même celle de l'exercice de la médecine, est un éternel recommencement. J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. ROBIN.

Traitement de la diathèse goutteuse et de la goutte chronique.

Je vous parlerai aujourd'hui du traitement de la diathèse goutteuse, du traitement de la goutte chronique, et je terminerai par quelques notes sur les cures hydro-minérales chez les goutteux.

Contre la diathèse goutteuse, cet état constitutionnel qui rend un individu apte à faire des accès de goutte, nous disposons de moyens hygiéniques, de régimes alimentaires et d'agents médicamenteux.

Les moyens hygiéniques consistent à éviter la sédentarité, le travail intellectuel trop prolongé, les excès de toutes sortes. La vie au grand air est à recommander. De même, l'hydrothérapie tiède, les frictions matinales. On a pu dire ainsi que tout individu qui avait un valet de chambre pour le frictionner ne devenait pas goutteux.

Le régime alimentaire est plus important et plus difficile à indiquer. Je le formulerai sous forme de principes.

1er principe : aucun régime exclusif n'a de valeur anti-goutteuse. Au contraire, tout régime exclusif est mauvais. Le régime végétarien, par exemple, le régime lacté, sont utiles au goutteux mais ils ont des inconvénients si on les applique intégralement. Les sujets entachés de diathèse goutteuse deviennent facilement anémiques lorsqu'on les prive de viande et ils versent alors plus vite dans la goutte chronique. Sydenham avait déjà repoussé le régime lacté pour le goutteux. Après lui, divers médecins y sont revenus ; ils ont toujours fini par y renoncer. Donc, en cette matière, pas de régime exclusif.

2e principe : il faut proportionner la quantité de nourriture aux besoins physiques du malade. Rappelez-vous que les goutteux ont un fort appétit. Pour arriver à tromper leur faim, il est un petit procédé qui réussit assez bien. Il consiste à manger lentement, à mastiquer longuement. La durée du repas se trouve prolongée sans que le malade ait besoin d'ingérer beaucoup d'aliments.

3e principe : il faut diminuer, dans le régime, la proportion des aliments animaux et compenser par des végétaux.

4e principe : il convient de faire un choix des aliments animaux que le malade va prendre. Autrefois, on recommandait les viandes jeunes, l'agneau au lieu du mouton, le veau au lieu du bœuf, le poulet jeune au lieu de la poule. En 1878, un médecin de Berlin, médecin de Bismarck, eut l'idée de supprimer les viandes jeunes et de les remplacer par des viandes faites. Ce fut, dans le monde des thérapeutes, un véritable tolle de protestation. A ce régime cependant, Bismarck gagna de voir ses accès de goutte s'amender. Il y a dans les viandes jeunes plus de tissu conjonctif que dans les viandes faites. Or, le tissu conjonctif contient beaucoup de matières collagènes qui donnent de l'acide urique. Par conséquent, conseillez les viandes d'animaux adultes de préférence aux viandes jeunes.

On éliminera les aliments qui contiennent beaucoup de nucléines : la cervelle, le riz de veau, le jaune d'œuf, les rognons, le foie de veau, le caviar. L'action du jaune d'œuf est curieuse. J'ai soigné un goutteux qui, de lui-même, s'était mis au régime des œufs. Il en prenait 24 par jour. Eh bien ! la quantité d'acide urique de ses urines vint à dépasser 3 gr., avec 1 gr. 50 d'azote xanthique. Il eut un accès de goutte formidable, à la suite duquel il abandonna son régime — nouvel exemple du danger des régimes exclusifs.

5e principe : on doit diminuer tous les aliments qui dérivent sur eux l'oxygène nécessaire aux combustions, le sucre, les féculents, les corps gras. Le goutteux ne prendra pas trop de sucre, pas trop de beurre.

On interdira enfin d'autres substances alimentaires, comme le chocolat, le thé, le café, qui contiennent des produits analogues à l'acide urique.

Le régime alimentaire dans la diathèse goutteuse comprendra, dès lors, une alimentation mixte, en quantité proportionnée aux besoins de l'organisme, et composée d'une partie d'aliments animaux pour trois parties d'aliments végétaux, herbacés et racines, sauf l'oseille et les haricots verts qui renferment de l'oxalate de chaux dont l'élimination par le rein peut fatiguer cet organe.

On a beaucoup parlé, en Allemagne particulièrement, de la cure de citrons. Elle a eu un grand succès et consiste à prendre le jus de 20 à 25 citrons par jour. Une telle cure est inutile et dangereuse. Elle fatigue l'estomac.

Une autre question est celle du sel. La déchloruration, dont la pratique s'est beaucoup étendue, a été proposée pour les goutteux. Son application dans la diathèse gouttouse est désastreuse. On ne fait pas de combustions sans sel et on ne peut pas se priver impunément de cette substance.

Quelles boissons donner aux goutteux ? De l'eau, a-t-on dit. C'est bien, mais on ne saurait



supprimer sans inconvénient le vin à un sujet qui en prend depuis son enfance et est habitué à ce stimulant nervin. Vous permettrez les vins, blanc et rouge, ordinaires, coupés largement d'eau. Défendez les grands vins, les vins mousseux, les liqueurs. La bière n'est pas très bonne, le cidre est préférable. A quel moment boire ? Les uns conseillent de ne pas boire aux repas, les boissons étant mieux absorbées en dehors des repas et faisant un meilleur lavage. Il est cependant inexact de dire que l'on digère mieux si l'on ne boit pas en mangeant. Ce qui retarde la digestion, c'est de boire beaucoup. Recommandez donc simplement de boire 1 verre ou 1 verre 1/2 aux repas, et de boire plus tard en cas de soif.

Vous le voyez, le régime alimentaire de la diathèse goutteuse est beaucoup moins sévère qu'on ne le croit. Les religions ont établi une prescription admirable, celle du jeûne à certaines périodes régulières. Croyant ou non, j'engage le goutteux à s'y conformer.

J'arrive au traitement médicamenteux de la diathèse goutteuse. A la vérité, en suivant les règles d'hygiène et le régime alimentaire, les malades peuvent se passer de médicaments. Toutefois, beaucoup de malades ne suivent qu'irrégulièrement le régime hygiéno-diététique, d'où l'utilité des médicaments.

En premier lieu, je repousse tous les spécifiques. Il n'existe pas de panacée. Comment intervenir ? Nous possédons des agents éliminateurs, dissolvants, uricolytiques, efficaces. Posez en principe, d'abord, que tout anti-goutteux perd rapidement son action et doit être cessé au bout de 6 à 8 jours. Prenons l'arséniate de soude, le benzoate de soude et le salicylate de soude et alternons-les en séries successives.

Dans une première série, donnez de la noix vomique (10 gouttes de teinture, dix minutes avant les repas) et des pilules contenant un milligr. d'acide arsénieux, 5 centigr. d'iodure de potassium et 5 centigr. de rhubarbe (une pilule au milieu des repas). La strychnine agit comme stimulant, l'acide arsénieux diminue les désintégrations, l'iodure est lymphagogue et la rhubarbe tonique stomacal.

Dans une deuxième série, prescrivez le quinate de pipérazine (sidonal). La pipérazine est un solubilisant de l'acide urique. Ne la faites pas prendre plus de trois jours. Cessez-la à ce moment pour la remplacer par de la lithine, et revenir à la pipérazine après 3 ou 4 jours. Au lieu des fortes doses de sidonal que l'on donne en Allemagne et qui fatiguent l'estomac, je préfère les doses faibles (5 gr. dans 300 gr. d'eau). Cette deuxième série dure trois semaines environ.

La troisième série comprend le benzoate de soude associé au phosphate de soude dans la formule suivante :

Benzoate de soude.........	5 gr.
Phosphate de chaux........	10 gr.
Eau......................	300 gr.

Une cuillerée au début des repas.

On continue cette série dix jours. Le malade se repose un mois. Le mois suivant, il prend à jeun de l'eau de Vittel ou de Martigny. Puis, il ne fait rien pendant un ou deux mois, et il recommence ensuite les séries.

Un point important dans le traitement de la diathèse goutteuse est de parer à la constipation dont le patient est menacé. Je suis d'avis de le soumettre quelques jours, à cet effet, au régime végétarien, en cessant ce régime dès que les garde-robes sont régularisées. Comme laxatif, j'ai recours au sel de Seignette (tartrate double de soude et de potasse).

J'arrive au traitement de la goutte chronique. Tandis que chez les goutteux aigus, il faut employer une médication modérante, chez le goutteux chronique, il faut, au contraire, remonter la nutrition. On doit, d'autre part, combattre les résidus, tophus et autres, laissés par la goutte.

Le goutteux chronique fera de l'exercice en rapport avec ses capacités ou de l'exercice provoqué. Son alimentation sera animalisée davantage et on stimulera, chez lui, l'activité digestive, hépatique, et la dépuration sanguine. Voici une ordonnance lui convenant :

1° Prendre, au réveil, un lavement de 500 gr. d'eau bouillie à la température de la chambre (c'est un stimulant hépatique).

2° A 10 h. 1/2 ou 11 heures, prendre un verre d'eau de Vittel ou d'Evian (irrigation des tissus).

3° Prendre, au milieu du déjeuner et du dîner, une pilule contenant :

Tartrate ferrico potassique.........	} àà 0 gr. 05
Bichlorhydrate de quinine..........	}
Extrait de noix vomique...	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Extrait mou de quinquina...........	0 gr. 10

Continuer 15 jours, cesser 10 jours. Pendant l'interruption, prendre la préparation de salicylate de soude et phosphate de soude.

Contre les résidus goutteux que faire ? Que faire contre les tophus ? Je ne vous signalerai pas tout ce qui a été conseillé, je vous parlerai seulement des deux moyens qui m'ont paru avoir quelque utilité. L'ionisation lithinée réduit les tophus. De plus, ceux-ci peuvent être, ou évacués s'ils se ramollissent (comme cela arrive souvent au cours des accès aigus de goutte), ou enlevés. L'évacuation se fera après ouverture au galvanocautère. Quant à l'ablation, elle a soulevé des objections. M. Bouloumié a objecté que la cicatrisation n'était pas certaine. C'est vrai, si le tophus est énorme, mais non pour les petits tophus. Il ne faut enlever que les tophus petits et ceux dont l'ablation peut être complète.

Il est d'autres résidus goutteux, des douleurs

des raideurs articulaires, des névralgies, de l'atrophie musculaire. Contre les raideurs et les névralgies, les bains de lumière m'ont rendu d'incomparables services. Quand ils ne réussissent pas, j'emploie la lumière bleue, dont l'action sédative est curieuse. L'hydrothérapie, le massage (massage général, massage intestinal, massage musculaire) sont utiles.

Pour terminer cette leçon, je vais résumer rapidement le traitement hydro-minéral de la goutte. Vous serez fort embarrassés à ce sujet, puisqu'il est peu de stations qui ne réclament le droit de soigner les goutteux. Je vais, pour vous guider, prendre des types de goutteux.

Voici un goutteux floride, grand mangeur ; il a de la goutte aiguë, beaucoup d'urée. Je l'enverrai à Vichy. De même, le goutteux dyspeptique.

Le goutteux, avec pléthore abdominale, ira à Brides ou à Châtel-Guyon.

Voilà un goutteux dont la nutrition fléchit : il maigrit, son appétit diminue et il s'achemine vers la goutte chronique. Conseillez-lui Saint-Nectaire, ou Royat s'il est très excitable.

Au goutteux héréditaire, sans accès, qui a des douleurs périarticulaires, des éruptions eczémateuses, recommandez Contrexéville, Martigny. Dans les mêmes stations, dirigez les malades ayant des résidus prétophacés, pas encore de tophus.

A la goutte chronique, conviennent Bourbon-Lancy, Bourbon-L'Archambault, Bourbonne-les-Bains. Dans la goutte chronique, avec anémie, mauvaise digestion, je conseille les eaux ferrugineuses, Bussang, Forges-les-Eaux. Elles peuvent, certes, développer un accès de goutte, mais cela n'offre pas de désavantage. Si ces malades sont très excitables, je fais commencer par une petite cure à Bussang, suivie d'une cure à Bourbon-Lancy, appliquant ainsi la cure associée, que l'on emploie beaucoup en Allemagne, mais rarement — trop rarement peut être — en France.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines.

Dernièrement, le professeur Hutinel a consacré une importante leçon clinique aux réactions broncho-pulmonaires des adénopathies médiastines.

Il a d'abord fait remarquer que les symptômes indiqués par les classiques symptômes de compression des organes voisins : cornage, souffles artériels, stase veineuse, toux spasmodique, coqueluchoïde), concernent surtout les adénopathie volumineuses.

« Or, dans la pratique journalière, les adénopathies volumineuses sont exceptionnelles et, quand elles existent, la présence de masses ganglionnaires au cou et aux aisselles facilite singulièrement leur diagnostic.

« Celles que l'on rencontre tous les jours, sont de petites adénopathies. Dans celles-ci, les tubercules, gros comme un pois, comme une noisette, tout au plus comme une châtaigne ont un trop faible volume pour comprimer et déformer sérieusement les organes voisins. Les signes par lesquels elles révèlent leur existence sont donc forcément moins nets et moins schématiques que ne le ferait croire l'exposé didactique des livres.

« Pas de cornage le plus souvent ; la toux coqueluchoïde elle-même n'existe pas toujours ; peu de modifications de la voix, pas de dyspnée, peu de troubles respiratoires et circulatoires. En réalité, les symptômes de compression sont le plus souvent réduits au minimum. Les signes physiques ne sont guère plus nets. La percussion, à laquelle on demande souvent, en pareil cas, plus qu'elle ne peut donner, est presque toujours muette. Je ne vous parle pas de la palpation ; essayez de faire parler un enfant de deux ans pour étudier les vibrations de son thorax et vous me direz ce qu'elle vous aura appris. Ce que l'on constate le plus ordinairement, c'est une inégalité du timbre respiratoire aux deux hiles pulmonaires, le murmure vésiculaire étant affaibli d'un côté, tandis qu'il est rude de l'autre ; c'est un certain retentissement de la voix et du cri ou un léger souffle à l'expiration. Mais ces signes sont souvent douteux et leur interprétation est discutable. Je ne connais pas de signe pathognomonique, pas même le signe de Smith qui consiste en un murmure veineux, continu avec redoublement, comparable au bruit de diable des chrorotiques, qui se perçoit à droite de la première pièce du sternum quand on ausculte un enfant dont la tête est en extension forcée. Ce signe fait fréquemment défaut, quand il existe des ganglions tuberculeux et parfois, il se perçoit nettement, quand il n'y en a pas.

« La symptomatologie est donc fruste et les erreurs sont communes, soit que l'on affirme une adénopathie qui n'existe pas, soit qu'on ne reconnaisse pas celle qui existe ».

C'est seulement grâce aux réactions broncho-pulmonaires que l'on peut espérer arriver à dépister ces petites adénopathies médiastines.

« Parmi ces réactions, il faut noter surtout des fluxions, des inflammations ou des dyspnées paroxystiques. Elles sont éveillées le plus souvent par des infections accidentelles.

« Certains sujets font des bronchites avec une facilité désespérante. Voilà par exemple un enfant qui semble atteint d'un simple coryza ; il n'a presque pas de fièvre, pas de malaise et c'est à peine si son nez coule ; cependant, dès le lendemain ou le surlendemain, la poitrine est pleine de râles sonores. Méfiez-vous de cette invasion rapide de l'arbre respiratoire ; elle suppose une

prédisposition locale qui s'explique souvent par des infections antérieures,comme cela se voit souvent chez les adénoïdiens, mais qui peut aussi être due à l'existence d'une adénopathie médiastine comprimant les nerfs pulmonaires et modifiant la résistance de la muqueuse, qui se laisse envahir immédiatement par l'infection la plus banale et la moins spécifique.

« A côté des bronchites, il y a des manifestations plus profondes et plus importantes que je dois vous signaler maintenant ; ce sont d'abord des congestions pulmonaires. Ces congestions, dues sans doute à une vaso-dilatation active, se produisent ordinairement à l'occasion d'une infection accidentelle des voies respiratoires. Elles sont fréquentes au cours des adénopathies trachéo-bronchiques, comme si l'altération des filets nerveux, due au voisinage des ganglions malades, facilitait leur apparition.

« Chez certains enfants, ces fluxions sont essentiellement mobiles, fugaces, variables et leurs signes se modifient d'un jour à l'autre ; chez d'autres, elles se localisent et se fixent davantage ».

« En résumé,toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une bronchite localisée, d'une congestion pulmonaire à marche un peu anormale, d'une dilatation des bronches ou d'un asthme catarrhal, dont la cause n'apparaît pas clairement, il faut songer à l'adénopathie médiastine et en chercher les signes. Examinez donc vos malades de près, percutez, auscultez, recourez à la radioscopie et à la radiographie, faites appel aux méthodes de laboratoire. Certes vous ne trouverez pas toujours la lésion que vous aurez cherchée, car des manifestations pareilles peuvent avoir des origines multiples, mais vous la découvrirez souvent, je vous le promets, car elle est commune, et cette découverte vous aidera singulièrement à établir un pronostic et un traitement rationnels ».

« L'enfant qui a des ganglions caséeux dans le médiastin, quels que soient les symptômes qu'il présente, est un tuberculeux et doit être traité comme tel. Sans doute, sa lésion est curable ; elle n'en constitue pas moins un danger pour le présent et une menace pour l'avenir ».

Les accidents de la dent de sagesse.

La dent de sagesse produit parfois des accidents graves que l'on est tenté d'attribuer à d'autres causes.

D'après M. Henri Bertier, voici les caractères des accidents occasionnés par la dent de sagesse. (*Le Monde médical.*)

C'est tout d'abord une *douleur sourde* à exaspération passagère accompagnant l'inflammation du bourrelet gingival, au niveau de la branche montante ou au niveau du pilier interne.

Près de l'angle de la mâchoire apparaît une *tuméfaction parotidienne* qui évolue de façon variable et peut aboutir à la suppuration. Le pus peut se faire jour derrière le voile, en un point répondant à l'épine de Spix. Moins souvent, c'est en dehors de la dent, dans le sillon gingivo-buccal ou au niveau de l'angle de la mâchoire, que le pus tend à sortir.

A ces phlegmons succèdent des *fistules* qui ne se ferment qu'après ablation de la dent en cause. La participation du canal dentaire à l'inflammation explique sa propagation vers la fosse ptérygoïde et l'atteinte précoce des muscles ptérygoïdiens que traduit le *trismus*.

Ce trismus serait dû à la *myosite* et non pas à la simple contracture des muscles ptérygoïdiens ; il représente un phénomène capital dans cette évolution des accidents, car il rend très difficile l'examen et surtout l'extraction de la dent malade.

La dent de sagesse, cause de l'inflammation, apparaît d'ailleurs sous des aspects différents suivant le stade de son développement. Tantôt même après avoir vaincu le trismus à l'aide d'un coin, on n'aperçoit point la 3e molaire ; elle est complètement recouverte par un bourrelet de muqueuse plus ou moins enflammée et c'est le *toucher* qui permet de sentir la saillie de la couronne en contre-bas derrière la 2e molaire, parfois déviée en dehors, plus souvent en dedans.

Cet examen complet est capital et ne doit pas être négligé chez les sujets présentant le syndrome des accidents de la dent de sagesse. On sait, en effet, que cette dent peut évoluer chez des sujets déjà âgés et déterminer chez eux, par une anomalie d'évolution, l'apparition de fistules, de phénomènes de surdité ou des crises névralgiques qui ne cèdent qu'à l'extraction de la dent malade souvent alors en pseudo-inclusion.

Diagnostic. — Le diagnostic est parfois difficile ; *il faudra se souvenir* que toutes les fois qu'il y a tuméfaction osseuse, contracture des mâchoires, état phlegmoneux, si les dents apparentes sont saines et si le malade a 18 à 24 ans, on doit songer à la dent de sagesse et palper avec soin entre la joue et l'arcade.

S'il y a fistule, il faudra l'explorer profondément au stylet. Enfin, la radiographie sera d'un grand secours en montrant le stade d'évolution de la 3e molaire.

Traitement. — Le traitement des accidents de la dent de sagesse n'est pas toujours chose facile. Dans les cas bénins, il suffit de débrider un peu la gencive au thermocautère, et d'employer les gargarismes antiseptiques ; ainsi, on favorise l'issue de la couronne et on désinfecte le cul-de-sac rétro-coronaire, les accidents cessent.

Lorsque les accidents deviennent plus graves, l'extraction de la dent s'impose et la difficulté devient fonction de l'intensité du trismus. Lorsque celui-ci est modéré, on peut, en ouvrant la bouche à l'aide de coins, introduire un davier pour saisir la dent, sinon il faut avoir recours aux élévateurs.

Le davier que l'on emploie pour dent de sagesse est un davier pour molaires inférieures, c'est-à-dire présentant deux mors pointus, mais il est coudé à angle moins aigu que le davier ordinaire afin de saisir la dent selon son axe.

Il est en général beaucoup plus commode de se servir d'*élévateurs* qui nécessitent un écartement minime des mâchoires ; la langue de carpe est

généralement employée. L'instrument est toujours introduit par le côté externe et tandis que le pouce gauche placé en dedans de la dent préserve les parties molles contre les échappées, la main droite, par poussée vigoureuse et soutenue, fait pénétrer l'élévateur de champ entre les 2e et 3e molaires. Imprimant de légers mouvements de haut en bas et d'avant en arrière, on luxe peu à peu la dent en lui faisant décrire un léger mouvement d'incurvation en arrière approprié à l'inflexion de ses racines. Quand la dent est luxée, il suffit de la cueillir avec un davier.

En général, l'extraction de la dent suffit à faire disparaître les accidents et à tarir les fistules. Cependant, s'il existe un phlegmon, il est indiqué d'en pratiquer l'incision au niveau de l'angle de la mâchoire et d'aller au besoin désinsérer le ptérygoïdien de la face interne du maxillaire, pour drainer la région.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La pomme de terre dans le diabète. — Emphysème pulmonaire dit chirurgical. — Cancer de la langue resté guéri pendant dix ans. — Traitement des anévrysmes par les injections souscutanées de sérum gélatiné. — Fractures supracondyliennes du coude. — Lipome du sein. — Ostéome du brachial antérieur.

— M. Rathery communique à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *pomme de terre dans l'alimentation du diabétique.*

L'auteur, tout en pensant que l'alimentation par les pommes de terre peut donner dans certains cas de diabète d'excellents résultats, réagit contre l'opinion qui voit dans la pomme de terre un aliment inoffensif et toujours utile pour le diabétique. Chaque diabétique réagit à sa façon. Le lait donne chez l'un des résultats favorables, chez l'autre des résultats défavorables. De même, la tolérance particulière de certains diabétiques pour la pomme de terre ne se retrouve pas chez les autres. En l'espèce, dit M. Rathery, le médecin ne peut établir un traitement utile de la maladie qu'en établissant le coefficient d'utilisation des hydrates de carbone, à la fois quantitatif et qualitatif, particulier au malade.

M. Linossier admet aussi que le régime des diabétiques doit être individualisé, qu'il est impossible d'affirmer d'avance pour l'un d'eux une meilleure tolérance de tel aliment hydrocarboné que de tel autre. Toutefois, on peut établir d'une manière générale une échelle de valeur des différents aliments ternaires. Ainsi, tout en reconnaissant que la pomme de terre augmente quelquefois la glycosurie, elle n'en est pas moins ordinairement mieux supportée que le pain: On doit la considérer non comme un remède, mais comme le moins mauvais des farineux. La cure de pomme de terre a donné, dans des cas bien observés, des résultats excellents : il faut se garder de généraliser, cependant.

M. Marcel Labbé montre qu'il est difficile, en pratique, d'établir le coefficient de tolérance personnel de chaque diabétique à l'égard des divers hydrocarbonés. Cette étude exige, en effet, une observation prolongée et minutieuse, si l'on veut qu'elle ait quelque valeur. D'ailleurs, dans le traitement du diabète, ce qui importe avant tout, c'est la réduction globale du régime hydrocarboné. Ce qui influe principalement sur la glycosurie, c'est la quantité des hydrates de carbone ingérés. Les petites variations dans les coefficients d'utilisation des divers hydrates de carbone n'ont pas une importance aussi grande. Il est bon d'en tenir compte, néanmoins. Elles montrent que certains aliments sont plus avantageux que d'autres. M. Labbé rappelle qu'il a établi une échelle de tolérance mettant au premier rang la pomme de terre avec ensuite, la farine d'avoine, le riz, les pâtes, les légumes secs, le lait, le pain et les sucres. Ces indications générales, pour susceptibles de variations qu'elles soient, n'en sont pas moins utiles pour l'établissement des régimes.

En résumé, ajoute M. Labbé, on obtient en pratique de bons résultats en prescrivant avant tout la réduction des hydrates de carbone, et en se servant de préférence des aliments que l'expérience a montrés être habituellement mieux tolérés.

— M. Tuffier revient à la *Société de chirurgie* sur la question de *l'emphysème dit chirurgical* et son traitement par l'opération de Freund.

L'auteur présente deux malades ayant subi l'opération de Freund depuis dix-huit mois. Il envisage, à leur propos, la maladie décrite par Freund et confondue avant lui avec l'emphysème pulmonaire. Cette maladie est caractérisée par une rigidité permanente du thorax, immobilisé en inspiration, rigidité dont l'origine réside dans une dégénérescence du cartilage costal. Le diagnostic avec l'emphysème pulmonaire médical est assez délicat. Il s'appuie sur l'examen du cartilage costal par la vue, le palper, la radiographie, l'exploration à l'aiguille, qui peuvent révéler des nodosités, des opacités calcaires ; sur l'absence de phlegmasie pulmonaire.

Au point de vue opératoire, la résection d'un travers de doigt du cartilage et de son périchondre n'offre pas de difficulté.

M. Souligoux a vu trois malades opérés par cette méthode. Un premier est mort d'asystolie, les deux autres sont restés très atteints. Il faut donc être prudent et faire un diagnostic précis approprié avant de pratiquer l'opération de Freund.

M. Tuffier répond que les résultats défectueux observés tiennent à ce que les patients sont opérés trop tardivement, alors que les lésions cardiaques ou aortiques rendent impossible la guérison.

— M. Souligoux montre à la *Société de chirurgie* un malade, actuellement âgé de 45 ans, qu'il a opéré en 1901 pour un *cancer de la langue*

de la grandeur d'une pièce d'un franc. Le cancer s'était développé sur une plaque de leucoplasie buccale. Il n'y avait pas de ganglions appréciables et on ne jugea pas nécessaire de pratiquer l'extirpation des ganglions sous-maxillaires et carotidiens. A l'heure actuelle, il se produit une récidive datant de deux mois, sans traces d'envahissement ganglionnaire.

M. Souligoux a soigné une autre malade que M. Arrou avait opérée pour un cancer leucoplasique de la pointe de la langue sans ablation ganglionnaire et qui récidiva au bout de quatre ans. Il se contenta d'enlever la nouvelle tumeur sans faire d'exérèse ganglionnaire ; l'opération date de dix ans et la malade est restée guérie.

Ces deux observations viennent à l'appui de cette idée que dès qu'une plaque de leucoplasie s'ulcère, il faut immédiatement pratiquer l'ablation, et aussi que le cancer développé sur une plaque leucoplasique est moins infectant que le cancer ordinaire de la langue.

— M. Le Dentu relate à la *Société de chirurgie* un cas d'*anévrysme de l'artère axillaire gauche traité par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné*, et expose quelques considérations sur l'application de cette méthode aux anévrysmes des membres.

En 1905, M. Le Dentu a déjà présenté un malade atteint d'anévrysme traumatique du creux poplité et de la région jambière supérieure, qu'il avait guéri entièrement par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné. Le cas actuel est un second cas. Il concerne une femme de soixante ans ayant un anévrysme de l'artère axillaire gauche. Les injections de sérum gélatiné (à 2 pour 100) furent faites, au nombre de dix en trois mois, avec des quantités allant de 180 à 200 centimètres cubes. Jamais aucun accident local ne s'est produit. Les dimensions de l'anévrysme diminuèrent, jusqu'à la cinquième injection du moins. Le souffle faiblit dès la deuxième injection pour disparaître à la troisième. Ces changements favorables s'accompagnèrent de quelques incidents pénibles (fièvre, fatigue générale, vives douleurs au niveau de l'anévrysme), qui obligèrent à cesser le traitement. Malgré l'arrêt trop précoce de la thérapeutique, les résultats n'en ont pas moins été des plus probants.

M. Le Dentu établit ensuite un parallèle entre le traitement opératoire des anévrysmes, par l'extirpation, et le traitement par le sérum gélatiné. L'extirpation est une méthode qui a déjà fait ses preuves, ayant été assez souvent employée jusqu'à ce jour. Elle est certes satisfaisante, mais on ne peut pas dire qu'elle représente le *nec plus ultra* du progrès. Il est permis de chercher encore le mieux en dehors d'elle. Il serait très imprudent de croire que la méthode du sérum gélatiné réalise déjà ce mieux désirable. Toutefois, on peut prévoir l'impossibilité de songer à une opération sanglante dans certaines circonstances, chez un sujet affaibli, etc. Dans des cas pareils, les injections de sérum gélatiné offrent une ressource qui n'est pas à dédaigner. Il faut l'employer suivant une technique bien réglée et arriver aux doses de 150 à 200 centim. cubes d'une solution à 1.5 ou à 2 pour 100.

M. Reclus a traité par le sérum gélatiné un anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. Il a obtenu une guérison. La malade est morte de la rupture ultérieure d'un autre anévrysme.

M. Hartmann a eu un résultat nul chez un patient porteur d'un anévrysme de la sous-clavière rompu.

M. Savariaud a vu également deux insuccès, qui ne l'empêcheront pas cependant d'essayer à nouveau ce traitement qui lui a paru peu douloureux et dépourvu de danger.

— M. Kirmisson montre, à la *Société de chirurgie*, une photographie en couleur mettant en évidence un signe sur lequel il attire l'attention à propos du *diagnostic des fractures supra-condyliennes du coude*. La connaissance de ce signe permettra d'éviter l'erreur, souvent commise, qui consiste à prendre pour une luxation ce qui est en réalité une fracture supra-condylienne.

M. Kirmisson signale donc, comme caractère des fractures supra-condyliennes de l'humérus, l'ecchymose linéaire transversale siégeant immédiatement au-dessus du pli du coude. Cette ecchymose tranche par sa coloration rouge vif sur l'ecchymose diffuse, violacée, notée en pareil cas dans toute la région. Il semble qu'elle ait été produite par la percussion avec un instrument étroit, à bord presque tranchant. Son mécanisme est aisé à comprendre : c'est évidemment le fragment supérieur qui dans son déplacement habituel en avant, est venu contondre violemment de dedans en dehors la face profonde de la peau. Ce signe, habituel dans la fracture supra-condylienne de l'humérus, ne se trouve pas dans la luxation.

— M. Péraire rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* une observation de *tumeur lipomateuse du sein* dont les symptômes simulaient un cancer. Ces tumeurs, qui sont très rares, s'accompagnent parfois de rétraction du mamelon et sont très indurées. Dans d'autres cas, mollasses, semi-fluctuantes, elles peuvent être prises pour des adénomes kystiques du sein.

— MM. Bonneau et Rœderer présentent à la *Société des chirurgiens de Paris*, un cas d'*ostéome du brachial antérieur*. La lésion traumatique du coude, assez complexe, était caractérisée par trois choses : une exostose de l'apophyse coronoïde, un ostéome du muscle brachial antérieur et un processus d'envahissement fibreux des parties molles. La résection de l'exostose coronoïdienne a permis d'obtenir une légère amélioration. Le malade, âgé de 30 ans, offrait certainement une prédisposition spéciale à faire à la suite d'un traumatisme une prolifération exagérée de tissu osseux et fibreux.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'urémie.

La conduite à tenir dans le traitement de l'urémie doit s'inspirer des règles générales suivantes :

1° Nécessité de soustraire le plus rapidement possible les substances toxiques qui se sont accumulées dans l'organisme ;

2° Rétablir la perméabilité rénale ;

3° Ouvrir d'autres émonctoires aux produits excrémentitiels ;

4° Réduire au minimum la production de substances nocives.

Le meilleur moyen de soustraire le plus rapidement possible les substances toxiques est, sans conteste, la *saignée*, que l'on peut pratiquer soit locale soit générale. Quatre à six ventouses, scarifiées appliquées de chaque côté au niveau du triangle de J.-L. Petit, remplissent également parfaitement le but que l'on se propose d'atteindre lorsque l'on veut agir localement. La saignée générale que l'on pratique au niveau du pli du coude, est indiquée dans les formes graves, aiguës ; elle doit être alors large, c'est dire que l'on peut retirer facilement de 400 à 500 grammes. Toutefois, elle n'est indiquée que chez les sujets vigoureux. Chez les enfants de cinq à dix ans, quand le cas est menaçant, on est autorisé à faire une saignée de 150 à 200 gr.

Les grands lavements d'eau simple ou d'eau additionnée de certaines substances antiseptiques telles que le borate de soude ou l'eau oxygénée à 10 p. 1000 sont également de précieux remèdes. Ils font ce qu'on a pu appeler la « saignée blanche ». Ils sont en tous cas préférables aux lavements de sérum qui ont pu parfois causer des accidents, et qui, de ce fait, sont à déconseiller.

2° Pour rétablir la perméabilité rénale, rien ne vaut l'usage du lait mais encore faut-il savoir le prescrire d'une façon méthodique. Un verre de 200 gr. de lait bouilli, toutes les deux heures ou toutes les deux heures et demie, que l'on associera ou non à une eau alcaline et que l'on pourra couper au besoin de tisane diurétique, telle que tisane de buchu, pariétaire, ortie blanche, chiendent, queues de cerises, muguet, etc., à 10 p. 1000.

L'usage des lavements froids, des boissons froides, des diurétiques, est également des plus recommandables. Parmi les diurétiques à employer, citons la scille, la digitale, la caféine, la théobromine. L'effet de ces deux dernières substances doit être surveillé, car elles peuvent provoquer, par défaut d'élimination, de l'excitation cérébrale. Les pilules de Lancereaux comptent aussi beaucoup de succès à leur actif. Une formule excellente est la formule suivante de Huchard :

Nitrate de pilocarpine	0,005 milligr.
Extrait de scille	} àâ 0,05 centigr.
Résine de jalap	} àâ 0,05 centigr.
— de scammonée	} àâ 0,05 centigr.

pour une pilule n° 30, 4 à 6 pendant 4 à 6 jours.

L'injection d'extrait de rein, la macération aqueuse de pulpe de rein et l'injection sous-cutanée du sérum sanguin extrait de la veine rénale de la chèvre ne sont qu'un traitement d'exception.

3° Parmi les émonctoires qui peuvent suppléer le rein, il faut citer l'intestin comme étant le plus actif. Aussi afin de remplir la troisième indication est-il nécessaire de prescrire immédiatement, en présence de tout urémique, un purgatif drastique qui pourra être ou bien :

Eau-de-vie allemande	} àâ 20 à 30 gr.
Sirop de nerprun	} àâ 20 à 30 gr.

ou bien :

Huile de croton .... I à II gouttes

Chez les enfants :

Résine de scammonée ...... 0,50 c. à 1 gr.

S'il y avait de l'intolérance gastrique, prescrire le lavement purgatif du Codex, pour les adultes. Pour les enfants, on emploiera la formule suivante :

Follicules de séné .... 5 gr.

Faire infuser dans :

Eau bouillante .... 150 c.c.

Ajouter :

Sulfate de soude .... 5 gr.

Restituer l'eau enlevée à l'organisme par l'usage des boissons diurétiques déjà citées plus haut, ou par l'administration de plusieurs lavements tièdes d'uva ursi.

Pour solliciter l'hyperfectionnement de la peau, on usera de sudorifiques.

Les injections de pilocarpine, qui ont été prescrites par Langlet, de Reims, sont à déconseiller en raison des accidents qu'elles peuvent produire.

4° Afin de réduire au minimum la production de substances nocives on tiendra le malade à l'eau pendant quelques jours pour arriver ensuite, si tout va bien, au régime lacté et on recommandera l'usage d'inhalations d'oxygène, toutes les heures, pendant dix minutes chaque fois en ne dépassant pas la dose de 30 à 40 litres pour les enfants.

Dr G. SIGURET
(Saint-Nectaire).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La défense de l'organisme contre les infections microbiennes. Ses applications en clinique.

(Suite)

III

Comment la défense naturelle de l'organisme peut-être *artificiellement renforcée* : Vaccination et bactériothérapie ; sérothérapie.

Quand l'organisme est sorti indemne du combat, grâce à la spécialisation de ses humeurs contre le microbe envahisseur, il peut rester protégé contre ce microbe. Cette spécialisation persiste

pendant un certain temps, même après la disparition du microbe, de telle sorte que si, durant ce laps de temps, variable d'ailleurs suivant les espèces bactériennes, le même microbe tentait d'envahir à nouveau l'organisme considéré, il trouverait celui-ci complètement protégé vis-à-vis de lui, et serait immédiatement détruit. Cet état de défense spécifique s'appelle l'*immunité*.

L'organisme humain se trouve *naturellement* protégé contre certaines maladies, la peste bovine par exemple ; il s'agit alors d'IMMUNITÉ NATURELLE. Dans le premier cas, c'est UNE IMMUNITÉ ACQUISE ; et celle-ci est à la fois *anti-microbienne* ou *anti-infectieuse*, grâce aux agglutinines et aux bactériolysines — et *antitoxique*, grâce aux précipitines et aux toxinolysines (1). C'est, de plus, *une immunité acquise par voie naturelle, par infection naturelle antérieure*.

Or, il existe encore une *immunité acquise par voie artificielle*, à la suite de l'intervention de l'homme ; nous allons l'étudier à présent.

On peut réaliser cette immunité artificielle en inoculant volontairement à un sujet le germe *atténué* d'une maladie, qui lui donne une atteinte légère de cette maladie et le protège ultérieurement contre une atteinte *naturelle* plus grave de l'infection ; c'est là le principe de la VACCINATION, qui, déterminant une *réaction de défense* de l'organisme, est plus durable, en même temps qu'elle procure une immunité à la fois anti-infectieuse et antitoxique.

La vaccination est, en somme, une *bactériothérapie* ; mais ce terme désigne encore le traitement par lequel, l'*infection étant déclarée*, on inocule au sujet une espèce microbienne différente, mais dont on connaît l'antagonisme pour la première. Elle est injectée en culture vivante ou morte.

Cependant, la vaccination exige, pour se réaliser, avons-nous dit, une réaction de la part de l'organisme ; il lui faut donc un certain temps pour devenir effective. Elle est excellente, si l'on peut attendre, si la maladie ne règne pas encore à l'état épidémique, si le sujet n'est pas encore sous le coup de l'atteinte naturelle de la maladie, bref, s'il a le temps de se mettre en état de défense spécifique. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il arrive parfois que l'organisme soit déjà envahi par le microbe pathogène et qu'il ne puisse attendre sa réaction de défense naturelle, sans courir de risques vitaux — que le microbe soit trop virulent ou trop abondant — ou que le sujet soit trop faible pour se défendre lui-même. En pareils cas, il est possible d'avoir réalisé à l'avance l'état de défense spécifique contre le microbe considéré chez un autre individu, ou le plus souvent chez un animal, et alors, au moment du danger, d'injecter au malade les anticorps nécessaires en les prélevant sur cet individu ou sur cet animal au moyen de son sérum. Dans les mêmes conditions, on peut utiliser le sérum d'un animal naturellement immunisé contre la maladie en question.

C'est là le principe de la SÉROTHÉRAPIE. Avec le sérum on injecte les anticorps, anti-infectieux et antitoxiques, quelquefois seulement les antitoxiques, suivant l'efficacité du procédé de laboratoire qui a servi à immuniser l'animal dont on prélève le sérum. Quoi qu'il en soit, cette immunisation hétérogène, n'ayant pas, comme la vaccination, immunisation autogène, nécessité une *réaction* de l'organisme, donne une immunité moins stable que celle-ci.

(1) Voir le chapitre II de cette étude (*Concours médical*, n° 14, page 293).

APPLICATIONS PRATIQUES

1° *Vaccination et bactériothérapie. Vaccination contre la variole.* — La vaccination *jennérienne* inoculait la vaccine de l'homme (man-pox) de bras à bras.

La vaccination *pastorienne* inocule la vaccine de la génisse (cow-pox) à l'homme ; c'est donc une *bactériothérapie* au sens propre du mot, si l'on n'admet pas qu'il y ait identité entre le man-pox et le cow-pox.

Vaccination contre la fièvre typhoïde (WRIGHT, Pfeiffer, Kolle, Vincent). — Nous nous servirons de cette vaccination spéciale, en raison de son intérêt d'actualité, pour la décrire avec quelques détails, le principe de la vaccination contre les diverses infections microbiennes restant toujours le même.

Les vaccins typhiques les plus employés jusqu'ici ont été des vaccins bacillaires, c'est-à-dire des cultures de bacilles d'Eberth, tuées par la chaleur ; mais ceux-ci déterminent souvent des réactions douloureuses ; aussi leur préfère-t-on quelquefois les vaccins obtenus par l'autolyse, dans de l'eau physiologique stérile, de bacilles vivants, qui ne procurent qu'une douleur faible ou nulle et sont beaucoup mieux tolérés ; ils supprimeraient même la phase négative (v. plus loin).

Pour obtenir un état d'immunité durable, il faut faire plusieurs inoculations successives, plusieurs vaccinations ; le nombre de ces opérations est généralement de trois en un mois pour la fièvre typhoïde.

Quoique la vaccination antityphique se soit toujours montrée sans danger, elle amène des phénomènes réactionnels locaux et généraux, qui disparaissent généralement en 24 ou 48 heures.

L'inoculation du vaccin antityphique bacillaire détermine quelquefois, pendant une à trois semaines, une diminution de la résistance du sujet à l'égard de l'infection éberthique ; c'est la *phase négative*. Il peut en résulter une prédisposition momentanée à cette infection. Aussi ne doit-on pas inoculer en période épidémique, ni soumettre à la vaccination les personnes qui se sont exposées, depuis moins de 3 semaines, à la contagion typhoïdique. Pour la même raison tout individu vacciné contre la fièvre typhoïde doit, pendant cette phase négative, prendre les précautions les plus strictes pour éviter les chances d'infection éberthique.

Enfin cette vaccination anti-typhique ne doit être pratiquée que chez les sujets parfaitement sains, exempts de toute tare viscérale ou autre, de toute affection locale ou générale, quelle qu'en soit la nature, notamment de tuberculose.

L'immunisation antityphique n'est pas aussi durable que la vaccination anti-variolique ; elle exige une revaccination annuelle. Les vaccinés peuvent encore contracter la fièvre typhoïde, mais seulement dans une proportion deux fois moindre que les non-vaccinés, et encore l'allure de l'infection est-elle, dans ces conditions, généralement bénigne.

Nous citerons aussi les *vaccinations anti-staphylococciques*, *anti-gonococciques*, *anti-cholériques*, etc., etc.

Une *bactériothérapie*, basée sur l'antagonisme des espèces microbiennes, est l'emploi de la *levure de bière dans la furonculose*.

2° *Sérothérapie*

Nous nous contenterons de citer quelques-uns des sérums les plus employés : les sérums *anti-diphtérique, anti-méningococcique, antistreptococcique, anti-cholérique, anti-pesteux, antitétanique, anti-dysentérique, anti-scarlatineux,*

(*A suivre.*) Dr Fiser.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'insomnie.

Avant toute intervention médicamenteuse, il faut évidemment, dans toute insomnie, employer les moyens qui sont du ressort de l'*hygiène*.

A. C'est ainsi que, lorsque l'insomnie relève d'une *intoxication chronique* (tabac, alcool, thé, ou café), la suppression de l'agent causal peut rapidement faire disparaître l'insomnie.

B. De même, l'*insomnie des surmenés* disparaîtra souvent dès que le corps ou l'esprit auront été mis au repos par une vie tranquille, au bon air ou, au contraire, par des distractions ou des voyages. Ceci est fort bien quand ces sujets peuvent quitter leurs occupations et leur milieu habituel pour aller « se mettre au vert ». Mais dans la vie courante, cette condition est loin d'être réalisable et le problème qui se pose est alors le suivant ; permettre à ces sujets de continuer leurs occupations en leur rendant le sommeil réparateur.

Pour atteindre ce but, il faudra faire appel à deux moyens : l'hygiène et les médicaments.

1° L'*hygiène* tendra d'abord à établir pour ces sujets une meilleure organisation du travail. On devra, par exemple, imposer dans les études une sage répartition des exercices intellectuels et physiques ; à certains on conseillera d'éviter les trop longues veilles ; on rendra meilleures les conditions du travail, en particulier en ce qui a trait à l'aération.

On veillera à ce que les malades ne se couchent pas trop tôt après le repas, alors qu'ils sont en pleine digestion, à ce que la chambre à coucher ne soit pas trop chauffée et qu'elle soit largement aérée. On conseillera enfin une hydrothérapie modérée, des douches froides ou plutôt fraîches, à 30°, en jet ou en pluie, le maillot humide appliqué le soir, un bain tiède pris à la fin de la journée ou tard dans la soirée ;

2° Quant aux *médicaments*, leur choix devra être judicieux. L'opium, sous forme de morphine, qui est souvent l'hypnotique de choix dans les insomnies douloureuses, est ici formellement contre-indiqué. Le chloral, lui aussi, s'adresse aux insomnies douloureuses, et son emploi n'est pas du reste sans inconvénients.

Aux insomnies courantes ou d'ordre nerveux, s'adressent surtout le sulfonal, le chloralose, le trional, le véronol, le véronidia.

Le sulfonal se donne en cachets à la dose de 2 ou 3 grammes les premiers jours, puis de 1 gramme à 1 gr. 50 ; médicament excellent, il est cependant toxique, et, dans nombre de cas, il a déterminé des accidents digestifs, cardiaques, rénaux et nerveux, qui ont même parfois déterminé la mort ; on a observé également, à la suite de son usage, une destruction sanguine notable et des accidents sérieux de sulfonalisme chronique ; en outre, il y a, à l'égard de ce médicament, des idiosyncrasies imprévues (G. Lyon).

Le chloralose de même, qu'on ne doit donner qu'à la dose de 0 gr. 20, a donné de nombreux accidents et il est d'un maniement délicat.

Le trional se prescrit généralement à la dose de 1 gramme (Galliard), en cachets, et l'on recommande aux malades d'absorber en même temps un verre d'une tisane chaude ou de lait chaud pour hâter la dissolution et l'absorption du médicament. *Gierlich* a signalé des accidents de polynévrite à la suite de l'emploi prolongé du trional, il peut enfin produire l'hémato-porphyrinurie (Schultze, Goldman).

Le véronal (diéthylmalonylurée) est l'hypnotique de choix. Sans action sur le cœur, les poumons, les reins, il est considéré comme absolument inoffensif aux doses habituelles (25 centigrammes à 1 gramme), et il faut attribuer les quelques accidents signalés à l'emploi de trop fortes doses (8 et 10 grammes) ou à la forme pharmaceutique employée. On le prescrira de préférence sous la forme de véronidia, solution de diéthylmalonylurée libre et pure dans un véhicule synergique et agréable au goût, solution toujours mieux tolérée que le cachet et plus active que les combinaisons alcalines. Chaque cuillerée à soupe de véronidia représentant 25 centigrammes de principe actif, il sera ordonné de une à trois cuillerées par vingt-quatre heures. Le véronidia peut être pris soit pur, soit dans de l'eau ou une infusion, et l'on a toujours avantage à espacer les doses pour obtenir un effet plus intense et plus persistant.

C. Si enfin, on se trouve aux prises avec l'*insomnie des neurasthéniques*, il est bien évident ici que le traitement général de la neurasthénie devra tout d'abord être institué.

On tentera la psychothérapie et l'isolement, avec repos physique et intellectuel, comme dans la méthode de Weir-Mitchell, qui comprend essentiellement l'isolement, le repos absolu au lit, un régime spécial (régime lacté pendant sept à huit jours, puis suralimentation progressive) ; on y joindra les agents physiques, massage, électrisation et surtout hydrothérapie. Béni-Barde recommande spécialement l'action sédative de la douche tiède, à 33-37°, en jet brisé, promené pendant quatre à huit minutes de haut en bas, sur les côtés de la colonne vertébrale.

Un séjour en montagne à une altitude modérée (600 à 1000 mètres au plus) aura un effet favorable, alors que le séjour au bord de la mer, qui est excellent pour les surmenés physiquement, est formellement contre-indiqué aux sujets excités ou irritables.

Comme traitement médicamenteux, on aura recours à l'action de l'arsenic, de la strychnine, des glycéro-phosphates, et, chez les surmenés, nerveux et neurasthéniques, à la kola, à la lécithine, à la biotonine (kola fraîche lécithinée).

Si les malades souffrent surtout de l'insomnie

alors il faut faire appel aux hypnotiques, et comme leur emploi risque alors d'être prolongé, il est de toute nécessité de s'adresser aux plus actifs, à ceux qui provoquent le moins d'accoutumance et qui exposent le moins à des accidents toxiques ; aussi, le véronidia est-il ici encore particulièrement indiqué ; à ses doses habituelles, il sera d'un secours inappréciable dans l'insomnie des neurasthéniques et des psychasténiques.

C'est ainsi qu'en sachant combiner les prescriptions hygiéniques et l'usage de quelques médicaments toniques et hypnotiques anodins, on pourra venir à bout de la plupart des insomnies de la vie courante et empêcher les sujets qui en sont affligés d'arriver à la neurasthénie. Si celle-ci est déclarée, les mêmes agents seront mis en œuvre, joints à la suppression momentanée des occupations habituelles du sujet.

Grâce à ces divers moyens, le médecin fera œuvre utile, car il maintiendra dans la vie économique du pays la foule de ces gens actifs et productifs dont leur genre de vie seul, en dehors de toute affection organique, fait une proie facile pour les funestes effets de l'insomnie.

(*Paris médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les formes larvées du paludisme. Diagnostic et traitement, par le Dr Basile Mousséos. — VIGOT frères, éditeurs, 23 place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-8° raisin, avec 18 figures : 3.50.

Le paludisme est l'une des maladies qui ont le plus profité des secours du laboratoire allié à l'étude clinique. Depuis les études hématologiques sur la malaria et la découverte de l'hématozoaire de Laveran, l'étiologie, l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement des fièvres paludéennes ont reçu un essor nouveau considérable.

La brillante phalange de jeunes médecins qui, à la suite de Laveran, Patrik Manson et autres, s'attaquent actuellement à l'étude biologique « expérimentale » de la malaria est loin d'avoir fini son œuvre.

Dès l'antiquité — car l'histoire de la malaria se perd dans la nuit des temps — on avait remarqué les formes si variables que peut revêtir le paludisme. Le polymorphisme, si apparent pour le paludisme aigu, le devient encore plus pour l'infection chronique. L'hématozoaire ne quitte jamais l'organisme qu'il a une fois envahi. Il reste cantonné quelque part dans l'organisme et caché. Mais pour être à couvert, il n'exerce pas moins ses ravages et, sous l'influence d'une cause quelconque, il réapparaît sur le terrain de la lutte infectieuse.

Chez un paludéen, il faut par conséquent toujours se méfier des différentes maladies qu'il présente pendant sa vie. L'infection paludéenne se trouve toujours derrière et tantôt constitue en totalité la maladie : fièvre, pneumonie, névralgie dont la cause demeure obscure ; tantôt modifie simplement une maladie quelconque dans sa forme et son évolution. D'un autre côté, des individus non atteints de paludisme franc peuvent héberger l'hématozoaire qui ne se manifeste de temps en temps que par des phénomènes sortant des tableaux cliniques ordinaires et qu'on ne peut pas attribuer plus au paludisme qu'à une autre affection.

Le médecin a besoin d'un procédé précis qui puisse lui indiquer chez ces différents malades quel est le rôle joué par le paludisme. Ce procédé a été cherché dans l'étude du sang des malades et la tentative du Dr Mousséos présente à ce point de vue le plus haut intérêt.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE SYNDICALE

Causerie d'un secrétaire aux membres de son Syndicat.

Mes chers confrères

Nous nous réunissons aujourd'hui pour discuter la réforme des statuts de l'Union des Syndicats. Chose intéressante, il est vrai, mais en réalité, notre intérêt personnel nous pousse à envisager la question sous un côté réaliste et un peu terre à terre.

Syndicat local, fondé pour défendre les intérêts locaux des confrères vivant la même existance, qu'attendons-nous de cette réforme de l'Union ?

L'Union doit être pour nous un *conseil.* En toutes circonstances, nous devons lui demander des avis qu'elle nous donnera après avoir consulté ses avocats spécialistes et partant si compétents et après que le conseil d'administration médical aura déclaré être d'accord avec nos juristes.

Conseils ne veut pas dire ordres et il reste bien entendu qu'autonomes, nous resterons toujours maîtres de diriger notre action locale comme bon nous semble.

Mais, à côté de nos besoins locaux, nous devons ne pas nous désintéresser des grandes questions générales. A la dernière réunion, nous avons abordé la question de l'inspection médicale des écoles. Nous avons transmis notre appréciation à l'Union ; celle-ci, centralisant les réponses des syndicats, devra être notre pouvoir exécutif et porter notre opinion corporative auprès des pouvoirs publics. De même l'Union doit être notre organe d'action pour toute question locale qui doit avoir sa solution à Paris, auprès du gouvernement.

Conseil et pouvoir exécutif, l'Union doit encore être, pour nous, une invitation perpétuelle au

travail. Ici, je dois faire une confession publique. Très honoré et très reconnaissant de la confiance que vous m'avez toujours accordée, je me suis appliqué à faire toute la besogne syndicale de notre coin du Bugey ; mais je m'aperçois que j'ai commis une grande faute ; il est inadmissible qu'un syndicat soit représenté par un seul homme. Il importe que chacun de vous mette la main à la pâte. Chargez-vous de rapports à faire ou de questions à étudier, et ce sera désormais mon rôle de secrétaire que de vous partager ainsi la besogne, ou bien décidez, comme l'ont très judicieusement fait de *très actifs* syndicats ; le secrétaire est doublé d'un ou de deux adjoints qui prendront sa place au bout de deux années. Chacun de la sorte est initié, à tour de rôle, aux questions syndicales ; chacun se rend compte des difficultés rencontrées tous les jours et, renseigné, partant porté à l'indulgence, le syndiqué ne viendra plus se lamenter et répéter : « à quoi peut donc servir un syndicat ? »

Eh bien ! le Bureau de l'Union a le même rôle à jouer. Recevant de la province des indications des études, des propositions, il doit les mettre au point puis les renvoyer, pour étude et vote, à chacun de ses syndicats. Ceux-ci retournent leurs décisions au Bureau de l'Union, qui n'a plus qu'à coordonner et à exécuter.

Il en découle que, dans chaque syndicat, doit être désigné un confrère pour être en rapport avec le bureau de l'Union et correspondre avec ce dernier. Ce délégué, tenu au courant de tout ce que fait, de tout ce qu'étudie le bureau de l'Union, est renseigné sur beaucoup de points. Il a donc toute facilité pour guider les travaux de son syndicat et pour lui indiquer les questions qui doivent être mises à l'étude. Mais ce délégué devra également être le défenseur des intérêts locaux que représente son groupement. A lui la mission de faire connaître, par lettre, ou dans les assemblées du Conseil d'administration de l'Union, comment est comprise telle question dans la partie de la France qu'il habite. On en arrive donc fatalement à dire : chaque syndicat doit avoir un représentant au Conseil d'administration de l'Union. Ce délégué, défenseur né des intérêts locaux, sera la sauvegarde de l'autonomie du syndicat, en même temps qu'il prouvera que l'Union est vraiment décentralisée, puisqu'elle sera dirigée par ces mêmes délégués.

En conséquence, chaque syndicat affilié élit un délégué. Celui-ci sera tenu au courant des ordres du jour, des procès-verbaux de chaque séance mensuelle du bureau de l'Union. Il pourra adresser ses observations, ses idées basées sur les décisions de son syndicat, pour que telle ou telle étude soit orientée dans un sens déterminé. S'il est de passage à Paris, liberté, je dirai même devoir, lui incombe d'assister aux séances du bureau.

Puis, deux fois par an, ce délégué devra venir à Paris, pour représenter et soutenir les intérêts locaux de son syndicat à la réunion du Conseil d'administration. S'il ne peut venir, si personne de son entourage ne peut le remplacer, si son syndicat est trop pauvre pour faire les frais d'un délégué, celui-ci pourra donner mission à un délégué voisin, ou à un autre quelconque, de représenter son syndicat, en lui indiquant quelles ont été les décisions de son groupement sur toutes les questions à l'ordre du jour. Chaque syndicat sera donc représenté d'une manière ou d'une autre, deux fois par an, au moment de la grande consultation corporative.

Et maintenant, passons aux appellations,

La réunion des délégués de chaque syndicat s'appellera Conseil d'administration.

Les deux assemblées annuelles de ces délégués s'appelleront : réunions du Conseil.

Ces délégués éliront un certain nombre de confrères qui se réuniront chaque mois, pour étudier les questions reçues des syndicats, pour expédier les affaires courantes, pour exécuter les décisions des syndicats. Nous les appellerons : Bureau.

Tout ce qu'il faut obtenir : c'est que les syndicats travaillent ou apprennent à travailler ; c'est que l'Union soit gouvernée par l'ensemble des syndicats, qu'elle ne soit que l'émanation de syndicats autonomes, mais dignes d'être autonomes, parce que travailleurs. Mais ne nous payons pas de mots et ne nous arrêtons pas aux dénominations ; il y a trop longtemps que nous ne faisons plus rien à l'Union, et pourtant il y a certes de la besogne en retard.

Et les fédérations, me direz-vous ? Eh bien, fédérez-vous entre vous selon vos affinités ou vos relations topographiques : vous êtes autonomes. A vous de savoir si vous devez ou non vous réunir à d'autres syndicats par des liens éphémères, nés des occasions et des nécessités, ou si vous devez former des rouages permanents avec des satuts et des états-majors. Faites ce que vous voudrez chez vous, mais dépêchons-nous à réorganiser l'Union : le temps presse.

Dr Paul Boudin,
Secrétaire du Syndicat du Bugey et du Pays de Gex

Projet de statuts pour l'Union des Syndicats.

M. le Dr Decourt, dans une lettre adressée au « Bulletin de l'Union des Syndicats », *a bien voulu commenter le projet de revision des statuts que nous avons publié à l'avant-dernier numéro. Nous reproduisons ce passage de la lettre de notre ami, sans nous associer à certains reproches qu'il adresse au confrère Vallat pour trop d'abstention ou de mutisme, parce que nous reconnaissons la valeur des motifs et des parfaites intentions invoquées à ce sujet par un dévoué secrétaire général qu'il serait plus sage de remercier sans faire des réserves suspectes de manquer de bienveillance.*

Principes dont me paraît s'inspirer le projet présenté.

1° *Décentralisation.* — Chaque Syndicat participera directement, par son délégué, à l'Administration de l'Union. Si petit, si éloigné qu'il soit, il pourra faire entendre sa voix, apporter et soutenir ses propositions dans les deux séances annuelles du Conseil d'administration.

2° *Autonomie des Syndicats.* — Pas de règle générale, unique, pour la nomination des délégués. Chaque Syndicat pourra choisir entre les 3 modalités suivantes :

a) S'il est puissant, riche, ou simplement pas trop éloigné du siège de l'Union, il nommera et indemnisera facilement un délégué *spécial* qui lui sera propre.

b) S'il est petit ou sans ressources suffisantes, il nommera et indemnisera plus facilement un délégué en *commun* avec plusieurs Syndicats voisins.

c) Si ces Syndicats voisins n'ont pas les mêmes conceptions à soutenir ou les mêmes intérêts à défendre, le petit Syndicat n'en restera pas pour cela isolé et sans influence possible. Il pourra toujours prendre, comme délégué, un *correspondant*, c'ets-à-dire un confrère (souvent « un pays » habitant Paris, ou s'y rendant aisément. Le bureau du Syndicat, chaque syndiqué même, pourra correspondre avec ce délégué d'une façon directe et constante. Tout syndiqué du plus petit Syndicat « au lieu d'être comme aujourd'hui délaissé, impuissant parce qu'il est à la périphérie » pourra, par ce correspondant, faire entendre directement sa voix au centre même de l'Union. Il aura donc intérêt et avantage à en faire partie..., et aussi, bien des Syndicats se formeront et s'affilieront, car ils seront toujours sûrs d'être réellement représentés et d'une manière économique. *Union de toutes les forces médicales agissantes.* — Qu'on veuille l'admettre ou non, le *Congrès des Praticiens*, organisme nouveau et nécessaire, a fait brillamment ses débuts et peut rendre, par sa force irrésistible d'opinion, les plus grands services au monde médical, en clamant au dehors ce que nous désirons. Mais un antagonisme désastreux peut surgir un jour entre congressistes et syndicalistes.

On l'a déjà vu poindre... En incorporant ce congrès dans les cadres de l'Union, d'une part on supprime ce danger ; de l'autre, on donne d'autant plus de force et d'autorité au *Comité de vigilance* qui doit subsister, mais sous forme de commission spéciale du Conseil de l'Union, la *Commission du Congrès.* Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France en sera le porte-parole auprès des collectivités et des pouvoirs publics.

4° *Economie budgétaire.* — Les projets Vallat, Bolliet, etc., exigent, *au préalable*, une cotisation de 5 francs par membre (soit 45.000 francs de recettes budgétaires). Le projet Barbanneau demande 4 francs (soit 36.000 francs de recettes). Or, la commission s'est trouvée devant l'impossibilité absolue de les suivre pour cette raison : une grande partie des 9.000 syndiqués quittera l'Union plutôt que de payer ces taux de cotisation. Exemple : Le Syndicat de la Seine dont un des membres les plus éminents nous a assuré en séance que les 1800 membres de ce syndicat ne verseraient pas chaque année neuf mille francs dans la caisse de l'Union. Exemple : le syndicat de Cambrai, dont le représentant à la Commission nous a fait la même déclaration. Exemple : le secrétaire général lui-même disant, quelques minutes avant la dernière séance, que la plus grande partie des Syndicats de l'Ouest ne marchaient pas pour une augmentation.

« Un franc peut-être et encore ? m'a-t il ajouté. Chacun de nous, en outre, connaissait d'autres syndicats non disposés à « marcher ».

Alors quoi ?

Tel est le fait brutal devant lequel la Commission n'a pu que s'incliner. Il ne s'agit plus ici d'hypothèses, de systèmes de réorganisation en l'air, de constructions « dans l'espace », il s'agit de répondre, sans ambages, au corps médical demandant une réalité, une réalisation. Aujourd'hui, il faut avoir le courage de le dire, il n'y a que deux solutions possibles : ou le *statu quo*, ou un projet analogue à celui proposé *qui n'exige, au préalable, pas un centime d'augmentation.*

Les projets Vallat, Bolliet, Barbanneau, etc. peuvent former les bases solides des statuts de l'Union *dans l'avenir*, quand les Syndicats médicaux seront généralisés et plus également répartis dans tous les coins du territoire. Alors, on n'aura même plus besoin d'inventer des sections fictives, inadaptées, aux coutumes locales. Les Fédérations surgiront d'elles-mêmes et de ces Fédérations émanera, tout naturellement, un Conseil d'administration de 20 ou 30 membres, fatalement et facilement indemnisés.

Mais hélas ! nous n'en sommes pas encore à cette « Société future », à cet âge d'or ! Après la période du début, que j'appellerai l'étape de Noir, le projet actuel représente une étape intermédiaire, que nous pouvons souhaiter la plus courte possible, mais qui n'en paraît pas moins, à l'heure actuelle, inéluctable.

***

Ce sont des considérations analogues (*nécessaires et légitimes puisqu'elles dérivent des travaux mêmes de la commission*) que j'aurais désiré voir paraître lors de la publication du texte définitif des statuts proposés. Au lieu de cela, sans mauvaises intentions, certes ! M. le secrétaire général, vous nous donniez, dans le *Bulletin* n° 4 un projet non encore à terme, un fœtus coiffé de membranes à élaguer et tout nu....

J'ai donc voulu, dans cette lettre, dissiper de mon mieux la fâcheuse impression que pouvait donner la lecture de ce *Bulletin*, qui me paraît soutenir le projet présenté par la Commission.... comme une corde soutient le pendu.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr DECOURT.

Note du secrétaire général. — Nous publions très volontiers la lettre de notre excellent confrère le Dr Decourt, sans y ajouter une réponse qui peut paraître nécessaire, nous réservant de dire à notre heure ce que nous pensons de tout ce qui a été fait et dit au sujet de la réorganisation de l'Union. Néanmoins, il nous faut rectifier une erreur matérielle de l'exposé de M. Decourt : il

Lactéol

du Dr BOUCARD

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

608. — Dr D., à D., à *Concours*. — La P. discutait autrefois le cumul des visites et des interventions ; aujourd'hui, puisqu'il faut toujours « chipoter, » on voudrait obtenir que nous consentions à abandonner le prix de la consultation en général, n'en comptant une que toutes les 3 ou 4 fois. Que c'est mesquin !

Comme preuve, la lettre ci-incluse que je reçois pour une note que j'avais rédigée suivant le tarif Dubief.

Ci-incluse également la copie de ma réponse. Si vous croyez que ceci puisse édifier les lecteurs de la petite correspondance du *Concours*, je vous autorise à les leur communiquer.

Remarquez, en passant, ce petit fait qui montre bien l'état d'esprit de la compagnie. En exergue, on lit : Sin 61512, Paris. Cie S. c. S. Ce *contre* me fait rêver.

Cie la P. *à Dr D.*, — Monsieur, Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre note d'honoraires du 24 février relative à l'accident S., gérant de la Compagnie S.

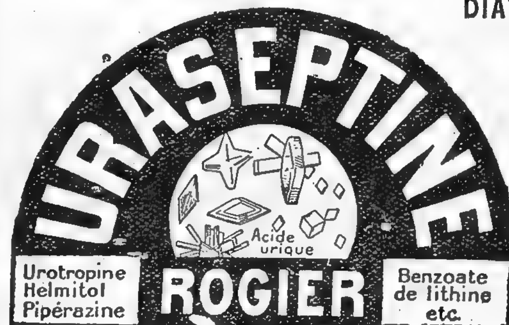
Nous remarquons que vous cumulez l'honoraire de consultation avec celui d'électrisation ou massage, alors qu'il est d'usage, chez tous les médecins soignant des blessés du travail, de ne compter l'honoraire de consultation que par trois ou quatre massages ou électrisations.

Nous vous proposons donc la somme de fr 66.50, montant de votre note, déduction faite des consultations des 9, 10, 11, 13, 15, 20, 22, 28 juillet, 1er, 2 août.

Veuillez bien nous faire savoir si vous acceptez et agréer, etc.

Réponse du Dr D. à la P. — En réponse à votre lettre du 25 mars 1911, j'ai l'honneur de vous informer que je maintiens le total de ma note au sujet de M. S., de la compagnie S. Je n'étais pas obligé d'appliquer le tarif légal. Je l'ai appliqué simplement pour éviter toute contestation et pour être plus fort de mon droit en cas de contestation, ce à quoi je m'attendais car votre compagnie, je le sais,

Suite page XIV.



nous dit, *en soulignant* sa phrase, que le projet de la commission, qui sur ce point est conforme à son propre texte, n'exigeait pas un centime d'augmentation, alors qu'en réalité la cotisation est portée dans les satuts de la commission de 2 fr. à 3 frs et qu'une cotisation supplémentaire est encore prévue au titre : *Congrès des Praticiens.*

Activité et initiative du Syndicat d'abord.

Le 2 avril 1911.

Mon cher confrère,

C'est avec une très grande satisfaction que j'ai lu dans le *Concours* les réflexions dont vous faites suivre le projet de statuts soumis à l'examen des syndicats médicaux.

Vous y proclamez la faillite d'une certaine discipline syndicale à la mode prussienne, qui prétend *s'imposer de l'extérieur,* par des formules impératives et des règlements coercitifs.

Vous lui opposez la véritable discipline *librement consentie, consciente* et féconde parce qu'elle prend sa force dans le sentiment *intérieur* et réfléchi, du sacrifice individuel, nécessaire, dans l'intérêt bien compris de la corporation tout entière.

La première, affirmez-vous en substance, est dogmatique et caporalisatrice. Elle comporte toujours l'obéissance passive à une oligarchie irresponsable et nullement infaillible, de la masse amorphe et moutonnière, qui finira d'ailleurs par lâcher les chefs en les injuriant. Elle les lâchera sans vergogne au moment du danger, sachant qu'ils ne pourront disposer ni de conseils de guerre ni de solides moyens de persuasion.

Elle les calomniera, la foule émasculée et veule, quand elle s'apercevra qu'ils sont incapables de lui assurer le *panem et circenses,* qu'il nous faudra toujours conquérir nous-mêmes, dans la peine et l'effort continu.

La nôtre, la discipline des jeunes, que j'ai toujours défendue, malgré les sourires et les sarcasmes, fait sans cesse appel aux sentiments d'*initiative,* de *responsabilité,* de *personnalité,* sans lesquels une association syndicale est fatalement vouée au formalisme bureaucratique et verbal.

Il nous est très réconfortant de l'entendre proclamer par un vieux militant comme vous, avec la franchise et la loyauté d'un esprit éclairé par l'expérience de vingt-cinq années de désillusions et de « dégoût ».

Laissez-moi vous en féliciter ici, joyeusement et publiquement au nom des jeunes à qui vous faites si largement confiance.

C'est un esprit vivifiant d'humaine compréhension, que notre effort a fait pénétrer dans le milieu médical, et les statuts soumis aux syndicats m'en apparaissent assez heureusement imprégnés.

Ces statuts, chaque syndicat peut les accepter dans leurs grandes lignes. Ils sont larges et *imprécis à dessein.* Ils s'inspirent de la conception à laquelle on finit toujours par arriver, quand on subordonna les règlements et les formules mortes aux manifestations de la vie en perpétuel *devenir.*

Dans notre assemblée générale prochaine, nous nous efforcerons de les amender, en certains détails qui nous paraissent de nature à trop limiter l'initiative et l'activité syndicales.

Mais déjà, nous disons notre satisfaction de constater qu'il n'est plus que de rares attardés sincères, pour assimiler le réorganisation de notre syndicalisme, à la recherche du meilleur mécanisme industriel capable de donner des résultats automatiquement comme dans une entreprise commerciale.

Tout le syndicalisme est dans l'effort continu, dans l'activité de chacun convergeant vers les grands mouvements d'ensemble.

Croyez, mon cher confrère, aux sincères sentiments qui nous uniront toujours dans le syndicalisme.

Dr Campinchi
(de St-Georges-sur-Cher).

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Confrères, dites à vos blessés d'aller toucher leur 1/2 salaire chez le patron, et non chez l'agent de la Cie ; vous éviterez ainsi un contact dangereux pour vous, entre le blessé et la Compagnie.

Dans le *Concours* (22 janvier 1911, n° 4, page 81) Diverneresse nous indiquait que, pour conserver nos clients blessés, il fallait leur éviter, le plus possible, tout contact avec les assureurs et leurs divers agents.

« Faites apporter directement par la famille des blessés vos certificats d'accidents à la mairie, nous disait-il ; ainsi votre certificat, ayant servi à la déclaration du blessé, vous sera payé ; ainsi pour le blessé sera évitée la prescription ; ainsi sera évité le contact avec l'agent de l'assurance s'introduisant près du blessé à propos du certificat. »

Aujourd'hui, dans les pièces ci-dessous, Diverneresse nous montre pourquoi il faut envoyer le blessé toucher son indemnité chez le patron. Il nous montre surtout comment on surmonte les obstacles que, par hasard, des juges de paix sèment sur la route.

Historique. — Voulant frapper l'esprit d'un ouvrier et lui prouver par une leçon de choses que le blessé n'a pas à connaître la Cie d'assurances, que celle-ci n'a aucune autorité sur le blessé, Diverneresse dit à son client : « Allez réclamer votre « demi-salaire à votre patron — il vous répondra « d'aller toucher à la Cie. Refusez et assignez votre « patron. — Pourquoi devez-vous agir ainsi ? Parce « qu'à la Cie, avant de vous payer, on vous fera exa-

« miner par le médecin de la Cie en dehors de ma pré-« sence, ce qui est contraire à la loi, art. 4 — et ce qui pourra nuire à vos intérêts. »

Le patron refuse, l'ouvrier l'assigne. A l'audience, la Cie représentant le patron se déclare prête à payer, mais exige que le blessé aille toucher à la Cie.

Est-ce ignorance ou complaisance ? Le juge décide que c'est à la Cie qu'on paiera !

Que fait Diverneresse ? — 1° Il écrit au juge de paix la lettre qu'on va lire ; — 2° il réunit plusieurs ouvriers voisins du blessé et, le dimanche suivant, à la tête de cette petite délégation, il traverse les rues de St-Mandé et de Vincennes et se rend à la réception du député.

Résultats.— 1° Le juge, reconnaissant son erreur, décide que le demi-salaire sera payé chez le patron. Ce qui a été fait.

2° Le député, peu enchanté de voir que ses électeurs ont été mécontentés par l'inobservation de la loi, fait faire une enquête pour que les juges de paix ne recommencent pas.

Voici les pièces :

Syndicat de médecine sociale de la Seine

Comité de défense des Droits du malade et du médecin

SIÈGE SOCIAL :

33, rue de la Grange-aux-Belles, 33, PARIS

Paris, le 23 janvier 1911.

Monsieur le juge de paix,

Les trois dernières lignes du § 4 de l'article 3 de la loi de 1898 sur les acccidents du travail disent : « L'indemnité journalière est payable aux *époques et lieux de paie* usités dans l'entreprise, sans que « l'intervalle puisse excéder seize jours ».

Cette phrase a été ajoutée par le Parlement en 1905 au texte voté en 1898. Cela parce que le législateur avait reconnu qu'il y avait de graves abus commis par les Compagnies d'assurances, qui voulaient obliger les blessés à aller chercher leur demi-salaire au domicile des agents des compagnies, ou au siège de ces Compagnies. Ce n'est pas ici le lieu de vous expliquer ce qui peut se passer lorsque le blessé est seul en face d'un agent ou d'un médecin de Compagnie.

Je tiens seulement à vous faire remarquer qu'aux termes du texte très clair de la loi, les blessés ne sont pas tenus d'aller chercher leurs indemnités chez les agents des Cies. Ils ne connaissent, ils ne doivent connaître que leur patron, c'est à lui qu'ils doivent demander leur demi-salaire. Le patron doit leur payer ce demi-salaire *au lieu de paye usité dans l'entreprise* Ce sont les termes de la loi.

Ni le patron, ni la Cie ne peuvent obliger un blessé à aller chercher son argent à la Cie ; à plus forte raison, un juge ne peut-il accepter qu'on impose à un blessé une chose contraire à la loi.

Or, un de mes clients, M. Lancelot, domicilié à Vincennes, 6, rue Montebello, ayant été gravement blessé pendant son travail, avait envoyé sa femme, le jour de la paie, chez son patron pour toucher les demi-salaires qui lui étaient dus. Le patron voulut exiger que cette dame aille chercher son argent à la Cie d'assurances. Cette dame, comme le § 4 de l'article 3 lui en donne le droit, refusa d'aller à la Cie et assigna son patron devant vous, Monsieur le juge de paix du XIXe arrondissement de Paris.

Or, à l'audience de votre tribunal du mardi 18 janvier 1911, où arrivait cette affaire, l'agent de la Cie aurait dit que la Compagnie était toute disposée à lui donner de l'argent, si elle venait en chercher au siège de la Cie, et comme Mme Lancelot disait qu'elle ne voulait pas aller à la Cie, mais chez son patron, invoquant pour cela le § 4 de l'article 3, vous lui auriez dit : « Qu'est-ce que cela peut vous faire d'aller à la Cie. *Il faudra aller à la Cie chercher votre argent*, je remets votre affaire à quinzaine pour que vous y alliez. Et comme Mme Lancelot protestait, disant qu'elle avait besoin d'argent, et qu'elle n'irait pas à la Cie, vous auriez ordonné à un agent de la mettre dehors.

Cette femme, très abattue, depuis quelques jours, par les fatigues physiques et morales causées par l'état de son mari, qui a failli mourir, a été malade de l'émotion que lui a causée cette pénible audience de la justice de paix.

Il y a quelques jours une élégante divette de café-concert ayant été appelée à déposer devant la justice, les journaux racontent que M. le président du tribunal lui fit avancer un fauteuil. Sans doute une honnête femme d'ouvriers n'a jamais osé songer qu'elle pouvait être l'objet de tant d'égards de la part de la justice qui est égale pour tous... dans les discours de ceux qui protestent contre l'exagération des plaintes ouvrières. Cependant cette brave femme ne s'attendait pas à l'accueil qu'elle aurait reçu, dit-elle.

Pour surprendre votre bonne foi, l'agent de la Cie a dit qu'il ne savait pas si M. Lancelot était encore incapable de travailler, que la Cie m'avait demandé des renseignements et que je ne lui avais pas répondu.

Monsieur le juge de paix, j'ai l'honneur de ne pas être médecin de Cie, je n'ai donc pas à obtempérer aux ordres de cette catégorie de financiers. Mais le § 5 de l'article 4 donne un moyen légal au patron de M. Lancelot d'avoir un renseignement sur l'état de son ouvrier, il peut vous demander l'autorisation d'envoyer chez le blessé son médecin qui *se renseignera*.

Avant d'arriver à votre audience, le patron pouvait donc savoir si M. Lancelot était ou non encore capable de travailler à la suite de sa blessure. S'il ne l'a pas fait, c'est lui qui devait supporter les conséquences de sa négligence.

Or, en retardant de 15 jours le paiement des indemnités de M. Lancelot, il se trouve, Monsieur le juge de paix, que c'est à l'ouvrier blessé que vous faites supporter les conséquences de la négligence du patron.

Mais cette mauvaise raison donnée par la Cie n'était qu'un prétexte.

La véritable raison est celle-ci : Malgré la loi, la Compagnie veut obliger le blessé à venir chercher son argent, non chez le patron, mais à la Cie. Et lorsque, fort de la loi, un ouvrier résiste, la Cie emploie tous les moyens pour retarder le paiement du demi-salaire. *Aussi elle vous a prié d'ordonner à Mme* Lancelot d'aller à la Cie. Vous avez été surpris sans doute et vous avez admis l'opinion de l'agent d'assurances, vous demandant de substituer à la loi et aux droits de l'ouvrier l'arbitraire et la fantaisie d'une Compagnie financière. Aussi, pour avoir résisté à la volonté illégale d'une Cie d'assurances, M. Lancelot a été puni d'un retard de 15 jours dans le paiement de son demi-salaire.

Heureusement que les vexations dont les ouvriers et les employés sont chaque jour les victimes, ont développé chez eux les sentiments de solidarité ; grâce à cela les ouvriers du quartier de M. Lancelot ont pris les dispositions nécessaires pour que celui-ci ne soit pas privé de ressources, pendant les

15 jours de retard que vous lui avez imposés, pour le paiement du demi-salaire, que le législateur voulait faire rapidement toucher au blessé, pendant le temps où sa blessure l'empêche de travailler, et non pas pour qu'il touche ce secours après que, consolidé, il peut travailler et n'a plus besoin de cet aide quotidien.

Mais en outre, pour que d'autres de leurs camarades ne soient pas victimes d'une semblable persécution, de la part des assureurs, qui voudraient s'interposer entre le patron et le blessé pour le paiement de ce demi-salaire, une délégation des ouvriers du quartier de M. Lancelot ira demander dimanche au député de la circonscriprion de les accompagner chez M. le Ministre du Travail et chez M. le Garde des Sceaux, pour que ceux-ci prennent les mesures nécessaires pour réfréner l'audace des agents de Cie en face des magistrats, qu'ils tentent de faire sortir de la légalité, en faveur de financiers s'enrichissant en exploitant les peaux d'ouvriers blessés.

Je vous prie aussi, Monsieur le Juge de Paix, de nous aider dans cette tâche de justice et de bien vouloir rappeler pour mercredi prochain et non pour mercredi en huit l'affaire Lancelot ; ainsi vous aurez diminué de 8 jours le retard apporté par la Cie à l'exécution de la loi. Je suis intéressé personnellement à ce qu'il en soit ainsi, car c'est en retardant le paiement des indemnités aux blessés, ainsi pris par la famine, que les assureurs nous enlèvent nos clients en les attirant chez eux, pour le paiement du demi-salaire, qui doit être effectué chez le patron, car seul en face du blessé, l'agent de la Cie le menace de retarder le paiement des indemnités, s'il continue à se faire soigner par le médecin de son choix, chose qu'il ne pourra plus faire si les blessés prennent l'habitude d'aller se faire payer chez leur patron, le jour de la paye, en présence de tous leurs camarades d'atelier.

Veuillez agréer, Monsieur le Juge de Paix l'hommage de nos sentiments respectueux.

DIVERNERESSE.

Note laissée par la délégation au député de la circonscription de Vincennes

Les soussignés prient Monsieur le député de bien vouloir, par une note en marge de leur lettre, attirer l'attention de Monsieur le Ministre de la justice sur leur protestation,

Le prient également de bien vouloir leur faire transmettre la réponse du Ministre et au besoin de demander une audience pour eux et de les accompagner chez Monsieur le Ministre au cas où celui-ci n'aurait pas fait parvenir d'ici cinq à six semaines sa réponse indiquant la suite qu'il a donnée à cette affaire.

Dans le cas où une enquête serait faite, les soussignés espèrent que Monsieur le député obtiendra par son influence que Mme Lancelot soit accompagnée par nous et entendue contradictoirement dans cette enquête.

Signé : Le 29 janvier 1911.

Lancelot, 8, rue de Berulle, St-Mandé.
Malherbes, 14, rue des Russes, Vincennes.
Caseaux, 6, rue Montebello, Vincennes.
Drouon, 6, rue Montebello, Vincennes.
Vibert, 6, rue Montebello, Vincennes.
Guérin, 8, rue Montebello, Vincennes.
Dr Diverneresse, St-Mandé.

Le 28 janvier 1911.

Monsieur le Ministre du travail,

Monsieur le Ministre de la justice,

Les soussignés, camarades et voisins de M. Lancelot, qui vient d'être victime d'un grave accident du travail, ont l'honneur de vous transmettre une lettre du docteur Diverneresse, médecin appelé par M. Lancelot, dans laquelle vous trouverez exposés les faits qui se sont passés à l'audience de la justice de paix du XIXe arrondissement de Paris et contre lesquels nous protestons.

Nous vous serons reconnaissants de bien vouloir donner des instructions précises pour que les juges de paix ne défendent plus aux ouvriers blessés d'user des garanties que leur donnent les 3 dernières lignes du § 4 de l'art. 3 de la loi accident.

Nous vous serons reconnaissants aussi d'insister auprès de MM. les juges de paix pour qu'ils apportent un peu moins de rudesse dans le ton de leur langage en s'adressant aux ouvriers intimidés par l'insolence des agents des Cies, et les plaisanteries de quelques juges qui cherchent, par des bons mots, à faire rire l'auditoire aux dépens d'ouvriers, qui n'osent ou ne peuvent leur répondre sur le même ton.

Veuillez agréer. ..

Signé :

Lancelot, 8, rue Bérulle, Saint-Mandé.
Malherbes, 14, rue des Russes, Vincennes.
Caseaux, 6, rue Montebello, Vincennes.
Drouon, 6, rue Montebello, Vincennes.
Vibert, 6, rue Montebello, Vincennes.
Guérin, 8, rue Montebello, Vincennes.
Dr Diverneresse, Saint-Mandé.

Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale

Cabinet du Ministre

Monsieur le député et cher Collègue,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur une protestation émanant de plusieurs habitants de Vincennes et de St-Mandé, contre des faits qui se seraient passés à l'audience de la justice de paix du XIXe arrondissement, à l'occasion d'un accident du travail dont M. Lancelot a été victime.

Je m'empresse de vous accuser réception de votre communication et de vous informer que je vais, dans le plus bref délai, examiner cette affaire avec tout l'intérêt qui s'y attache.

Agréez, Monsieur le député et cher collègue, l'assurance de ma haute considération.

F Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

De l'envoi des malades à l'hôpital,

par le Dr BILLON.

Il est des morts qu'il faut qu'on tue, disait-on autrefois, à la belle époque du romantisme.

Nous avons contre nous, mes chers collègues, une légende qu'il nous faut absolument détruire et à laquelle nous devons résolument nous atta-

quer, et si j'espère avoir pu vous démontrer qu'elle n'existe que dans l'esprit de contradicteurs mal informés de notre œuvre et des services que nous rendons, vous la rangerez dorénavant parmi les contes bleus ou de la mère l'Oie dont notre enfance a été bercée.

Jusqu'ici quelques-uns d'entre nous avaient bien entendu murmurer à leurs oreilles que les médecins de l'assistance à domicile se débarrassaient de leurs malades en les envoyant trop facilement à l'hôpital, mais ces paroles n'avaient pas encore été prononcées d'une manière officielle, dans une circonstance officielle, et nous n'avions pu guère répondre que par des protestations particulières.

Mais aujourd'hui il n'en est plus de même : devant l'Administration, devant des conseillers municipaux, devant votre bureau tout entier, devant vous tous enfin, mes chers collègues, il est venu, un de nos amis, un de nos défenseurs les plus convaincus et les plus énergiques nous dire : « Prenez garde, mes chers amis, un danger vous « menace, on vous accuse d'être les pourvoyeurs « de l'hôpital et de ne pas soigner suffisamment « les malades qui vous sont confiés. Défendez-« vous, il n'est que temps ».

Remercions donc tout d'abord et bien haut notre cher et ancien collègue de nous avoir jeté ce cri d'alarme ; nous sommes prévenus et nous pouvons nous défendre sans crainte. Aussi celui d'entre nous qui était le plus qualifié pour répondre *ex cathedra*, dans les mêmes conditions où l'accusation s'était produite, a-t-il pu s'écrier :

« Comment peut-on assez ignorer les faits et statistiques pour avancer une chose qui nous offense dans notre dignité de médecins consciencieux et dévoués pour les pauvres que nous savons être ? N'est-il pas reconnu par l'Administration elle-même dans sa statistique que, pour l'année 1908, par exemple, les médecins de l'assistance à domicile n'ont envoyé à l'hôpital que 3 % des malades sur les 208.682 qui ont été reçus cette même année ».

Et ici nulle équivoque, mes chers collègues. Si nous pouvons ne pas être d'accord avec l'Administration sur le nombre de nos visites faites, pour toutes les causes que vous savez, négligence de notre part à inscrire nos visites, oubli des employés de les relever exactement, ici point de doute.

Le chiffre des malades reçus par les hôpitaux est un chiffre sur lequel il ne peut d'abord y avoir d'erreur, et d'autre part on ne peut contester celui de nos envois dans les hôpitaux, puisqu'il est à la fois inscrit et sur les registres des bureaux de bienfaisance, qui ont intérêt à le connaître et sur ceux des hôpitaux qui indiquent la provenance des malades.

Et à ce moment, notre président Dubreuil n'a voulu parler que de la seule année 1908 ! mais en 1909 c'est la même chose, et dans les 30 années précédentes, sur lesquelles nos recherches ont porté, il en a été de même.

Voici ces chiffres éloquents dans leur simplicité et régularité :

Admission des Malades de l'Assistance à domicile dans les Hôpitaux.

Années	Malades admis dans les hôpitaux Total par année (*moins la Maison de santé*)	Malades de l'Assistance à domicile admis dans les hôpitaux.	Proportion pour %
1880	102.423	5.869	5.73
1881	104.549	4.637	4.43
1882	110.354	5.558	5.00
1883	107.551	5.344	4.96
1884	110.347	5.008	4.53
1885	110.200	6.400	5.89
1886	117.980	6.088	5.16
1887	120.483	5.689	4.72
1888	123.073	6.037	4.90
1889	132.147	5.593	4.23
1890	141.180	6.062	4.29
1891	152.595	6.673	4.37
1892	160.832	6.444	4.00
1893	162.209	7.292	4.49
1894	161.704	7.293	4.51
1895	159.053	8.365	5.25
1896	159.747	7.628	4.77
1897	161.626	6.840	4.23
1898	173.086	6.813	3.93
1899	183.549	7.228	3.93
1900	187.486	7.177	3.82
1901	187.394	6.766	3.61
1902	185.427	6.878	3.70
1903	184.317	6.628	3.59
1904	190.858	6.893	3.61
1905	191.405	5.975	3.12
1906.	195.125	5.891	3.01
1907	205.677	6.354	3.08
1908	203.780	5.907	2.89
1909	207.485	6.211	2.99

Allez-vous dire que ce chiffre de 3 % est trop élevé ? Mais Messieurs, pour qui donc ont été fondés et créés les hôpitaux ?

Dans quel but, depuis de longues années, les dons, les donations, les legs ont-ils été attribués par de généreux concitoyens à l'Assistance publique ? N'est-ce pas pour les malheureux privés de toutes ressources, dépourvus de famille, mal logés, mal ou peu nourris, que nous sommes appelés à aller visiter, n'est-ce pas enfin, pour la population indigente de Paris ?

Enfin 3 %, est-ce une chiffre considérable quand on le compare à celui de toutes les personnes qui à notre avis sont indûment reçues dans les hôpitaux ?

Comment ? En 1908, 291.556 francs ont été remboursés par les malades payants, 287,647 en 1909, et cela alors que tous les médecins, les légistes et les moralistes s'élèvent contre cette funeste et égoïste pensée qui s'est produite depuis quelques années que « tout contribuable a droit à l'hôpital, pourvu qu'il rembourse le prix de journée des dépenses faites ». Et dans cette dépense encore, vous le savez, il n'est pas question des honoraires des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, dont nul ne peut contester la très haute valeur. Non, Messieurs, *l'hôpital doit être réservé aux seuls indigents et nécessiteux.* C'est

la formule spéciale et humanitaire, c'est la seule qui respecte le droit des pauvres et qui les empêche d'être écrasés par la fortune des truqueurs qui pourraient se faire opérer chez eux ou dans des maisons de santé, plutôt que de voler la place d'un malheureux, parce qu'ils peuvent disposer de quelques francs bien employés par eux. J'ai vu ces jours derniers, accourir de l'extrémité la plus éloignée de la France, une femme pour se faire opérer par un des plus grands chirurgiens de Paris, ayant trompé sur sa situation de fortune le médecin des hôpitaux qui l'avait fait entrer dans le service de son collègue.

Ainsi l'hôpital est aux indigents et si vous n'y envoyez que 3 % des malades reçus, c'est que vous les *conservez* chez eux autant qu'il vous est possible, humainement parlant. Je dis humainement parlant, car enfin, on ignore donc dans quelles pénibles conditions il nous est permis d'exercer notre ministère auprès des malheureux qui nous font appeler ? N'est-ce pas d'hier encore que l'on nous refusait le simple cataplasme sinapisé ? Avons-nous une infirmière à qui nous puissions dire comment il faut faire prendre les remèdes que nous ordonnons, une femme de ménage, comme en Allemagne, pour un certain nombre de familles, qui puisse s'occuper des enfants, quand la mère est couchée et le père au travail, faire les lits et préparer la pauvre nourriture indispensable ?

Et j'arrive maintenant à une des considérations les plus importantes, quoi qu'elle ne soit pas d'essence médicale.

Accorde-t-on à nos malades les subsides indispensables pour subvenir à leurs besoins pendant leur maladie ?

La moyenne des secours pour malades était de quatre francs l'année dernière, mes chers collègues, *quatre francs*, c'est imprimé tout au long dans le compte rendu moral de l'Assistance publique, par malade, et il y a eu 75.360 malades maintenus en traitement et 399.903 journées de maladie ! Comment vivre et faire vivre sa famille avec une somme aussi ridiculement insuffisante, permettez-moi le mot ?

Au Conseil municipal, il y a deux ans, on s'est plaint des réserves faites par le bureau de bienfaisance et cette année ceux-ci ont été amputés d'une assez forte somme.

N'est-ce donc pas aux pauvres malades que devrait aller toute cette réserve et ne serait-il pas juste et humain de la leur atribuer ?

Mais, Messieurs, il faut bien le dire, l'assistance à domicile n'est pas appréciée à sa valeur en haut lieu et on ne veut considérer que le service hospitalier ! Et pourtant tous les philanthropes n'ont-ils pas proclamé partout la formule vraiment consolatrice que l'hôpital ne doit être réservé qu'aux personnes qu'il est impossible de soigner chez elles, au milieu de leurs familles, et des êtres qu'ils aiment et dont ils sont aimés. Ceci est du reste la règle pour à peu près toute la France. Pourquoi donc Paris est-il seul excepté ? Un Conseiller municipal, un Membre du conseil de surveillance ne se lèvera-t-il pas un jour pour faire accorder au service à domicile le moyen de soigner bien et utilement ses malades ? Souhaitons-le de toutes nos forces !

Je crois qu'il est facile de prouver, mes chers collègues, que si nous envoyons seulement 3 % des malades à l'hôpital, c'est que nous les conservons autant qu'il est entre notre pouvoir. Mais le pouvons-nous toujours ? Vraiment, Messieurs, il est à croire que ceux qui nous accusent n'ont jamais visité les malheureux chez lesquels nous sommes appelés à nous rendre ; ils ne savent pas dans quels milieux nous opérons, les misères que nous trouvons journellement sous nos pas, et, comme le disait Labady à notre dernière séance : « le manque d'hygiène souvent absolu que nous « rencontrons, les conditions pénibles dans les- « quelles se trouvent certains malades logés en « garni ou dans des taudis innomables, d'une in- « salubrité notoire, seuls, sans secours suffisants, « sans soutiens, sans parents, sans amis ».

Voulez-vous nous demander de faire de la chirurgie dans ces milieux que nous venons de vous décrire ; car enfin, sur ces 3 % de malades il faut bien défalquer tous les cas chirurgicaux d'abord et ensuite les affections où l'outillage hospitalier est indispensable, sans compter la contagion familiale ou infantile qu'il faut toujours chercher à éviter ?

Que nous ayons une maladie pour laquelle le lait est indispensable, que va-t-il advenir pour le pauvre indigent ? Nous n'avons pas le droit de prescrire du lait et les bureaux sont parcimonieux en secours de maladie, je l'ai déjà dit. Là encore, l'envoi à l'hôpital ne peut être différé !

De plus, est-ce donc tout, quand il s'agit de traiter un malade , que de lui accorder le médecin et quelques médicaments ? Que de choses manquent aux malheureux que nous soignons et que nous ne pouvons obtenir pour eux ! La présence du médecin n'est bien souvent pour notre clientèle spéciale des bureaux de bienfaisance que la dixième partie de ce qui lui est indispensable et ce n'est pas du médecin dont il a le plus besoin ?

Et pourtant combien de fois n'est-il arrivé à chacun de nous de résister aux demandes d'hospitalisation qui nous étaient réclamées pour des causes diverses et souvent intéressées ! N'avons-nous pas vu des familles nous accabler de sollicitations et même de reproches pour que nous fassions transporter un malade gênant à l'hôpital ? Les logeurs surtout, craignant des ennuis pour leur clientèle, ne nous menacent-ils pas quelquefois du commissaire de police, si nous résistons à leurs objurgations ?

Mais nous connaissons notre devoir et nous ne séparons de nos malades que lorsqu'il nous est impossible de les soigner utilement et que notre conscience nous impose le devoir de les éloigner de nous pour le mieux-être qui en résultera pour eux.

On pourrait même dire, au contraire, étant données les conditions dans lesquelles nous sommes fréquemment appelés, qu'il est étonnant de ne pas nous voir envoyer plus souvent nos malades à l'hôpital, loin de nous faire le reproche de les envoyer trop !

Mes chers collègues, il faut le dire très haute-

ment, nous cherchons à faire de notre mieux et toujours modestement notre devoir, ayant à considérer souvent des situations affreuses au point de vue médical et sentimental, et ceux qui ont pu croire que nous envoyons trop facilement nos malades à l'hôpital étaient certainement mal renseignés, et nous osons espérer qu'ils seront maintenant les premiers à protester et à nous défendre !

Les grands pourvoyeurs des hôpitaux, ils ne sont pas chez les médecins de l'assistance à domicile, et cela, malheureusement, dirai-je en terminant et pour vous exprimer le fond de ma pensée : seuls, en effet, mes chers collègues, vous devriez avoir le droit de décider de l'envoi des malades à l'hôpital, car seuls vous les connaissez et seuls vous pouvez apprécier leurs véritables besoins tant physiques que moraux.

(*Bulletin* des médecins des Bureaux de Bienfaisance de Paris).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Nous découpons dans le *Réveil* de Bègles, l'entrefilet suivant :

Mutualistes et médecins

On nous prie d'insérer :

Les présidents des Sociétés de secours mutuels : La Sainte-Cécile, Les Jardiniers de Sainte-Croix, Les Morutiers, Les Tonneliers. La Mutuelle Béglaise, La Saint-Louis, réunis en réunion extraordinaire le samedi 11 mars, salle Vallée, après avoir entendu le docteur Eissen qui accepte de donner ses soins aux membres de ces Sociétés, ont été unanimes à agréer ce nouveau docteur pour leur service médical et cela à partir du 1er avril prochain.

Les familles béglaises sont vivement engagées à faire appel au docteur Eissen qui vient se dévouer pour les mutualistes béglais.

Il ouvre son cabinet de consultations rue Léon-Gambetta, 66 ; c'est là que les sociétaires devront s'adresser à partir du 1er avril prochain.

Depuis la réunion de samedi, d'autres Sociétés se sont décidées à adhérer au nouveau service médical, il est à présumer que l'élan donné sera suivi et que tous les mutualistes béglais seront bientôt soignés suivant leurs convenances.

J. Labarthe,
Président de la Saint-Louis.

Pauvre confrère ! Il croit avoir trouvé la pie au nid et s'imagine peut-être que la clientèle va affluer chez lui, à cause de cette recommandation mutualiste.

Hélas ! l'heure de la désillusion est proche et bientôt il s'apercevra que seuls les clients gratuits connaîtront le chemin de son cabinet.

Les autres malades, toujours contents des soins de leur médecin habituel, n'auront aucun motif pour abandonner celui-ci au profit du praticien mutualiste imposé.

En attendant, le conseil de famille du Syndicat saisi de cette affaire fera sans doute un rapport écrit, bien documenté, sur lequel l'assemblée générale du Syndicat votera peut-être un blâme, une exclusion.

Résultat : tenu en suspicion par ses malades à qui il est imposé, mis à l'index par ses confrères, le Dr Eissen s'apercevra, un peu tard pour lui, que son intérêt est de vivre en bonne intelligence avec ses confrères, au lieu de se faire l'esclave de collectivités.

P. B.

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Comité départemental du Gard.

Réunion du 17 mars à Nîmes.

Plus de quarante médecins de Nîmes et de l'arrondissement avaient répondu à l'appel de MM. Maurat et Boudin, délégués du *Concours médical*. Le Dr Fabre, chirurgien de l'Hôpital Ruffi, présidait la séance.

M. le Dr Boudin a pris pour thème de sa conférence : le *Concours médical* et ses œuvres. Certes, tout le monde les connaît, mais on ne les apprécie pas toujours à leur juste valeur. Ces œuvres sont nées d'une initiative progressive basée sur le désir de rendre service aux médecins et d'organiser sur tous les terrains la défense de notre profession. Le front de bataille s'étend de plus en plus, si on peut ainsi parler, au fur et à mesure que les médecins se trouvent en présence, de par les lois nouvelles, de collectivités de plus en plus nombreuses (municipalités, conseils généraux, préfets, mutualités, compagnies d'assurances, etc., etc.)

L'œuvre la plus ancienne c'est le journal. Le conférencier fait appel à la collaboration de tous les médecins de province ; il en est bien peu qui n'aient à dire quelque chose de pratique et de positif dans maintes questions obscurcies à plaisir par les solennités professorales et les nuées du laboratoire. Mais son ambition principale est de devenir le lien entre tous les confrères : plus de 20 lettres quotidiennes lui arrivent, traitant de questions professionnelles et nous savons tous avec quel soin elles sont examinées par le journal et avec quelle exactitude et quelle justesse il y est donné réponse.

Le *Concours* s'est donné la tâche de répandre et d'organiser les Syndicats, groupements des intérêts professionnels. Ce n'est pas toujours aisé de créer un syndicat vivant et agissant. La consigne est bien souvent de ne pas avoir d'affaires, de ne paraître menacer aucune situation acquise et de ménager tout le monde. Un vrai syndicat doit être un organe de combat. L'éminent conférencier montre par de judicieux exemples comment on peut amener au Syndicat des confrères brouillés, qui font trop souvent de leur exclusion réciproque une condition d'adhésion.

Il montre aussi comment on a pu à Lyon décider des médecins à quitter des situations peu

lucratives mais sûres,pour obtenir un relèvement général des tarifs d'honoraires, dont en définitive tout le corps médical lyonnais a bénéficié, si bien que les confrères, qui redoutaient d'avoir été sacrifiés, ont vu leur situation matérielle s'améliorer pour une somme de travail moindre cependant.

On ne peut obtenir de tels résultats qu'en faisant prendre aux intéressés des engagements réciproques, à peine de dédit pécuniaire pour tout manquement à la parole donnée. Ces sanctions sont légales et les tribunaux les ont reconnues en diverses circonstances. Il est bon qu'elles soient inscrites dans les statuts.

Si les Syndicats n'ont pas toujours rendu les services espérés,c'est qu'il leur manque le nerf de la guerre. Aucun n'est assez riche pour pouvoir poursuivre un procès devant toutes les juridictions. Le « Sou Médical » a été fondé précisément pour aider tout médecin syndiqué à se défendre en justice. Le procès Vauriot Crouzet, qui intéresse deux médecins nîmois, a bien montré que le « Sou médical » ne reculait devant aucun sacrifice. Cette organisation serait d'une puissance irrésistible, si les 20.000 médecins de France en faisaient partie,Que ne ferait-ons pas avec 40.000 francs de cotisations annuelles ?

Le « Sou médical » n'a pas à redouter la concurrence des compagnies d'assurances qui se vantent de couvrir pour une faible prime des risques de 100.000 francs et plus. Ces risques sont un bluf ; l'expérience prouve que très rares sont les condamnations supérieures à 2000 fr. de dommages-intérêts. Le « Sou médical » n'a pas comme les compagnies à se préoccuper des actionnaires. Ce souci les amène à transiger sur le dos du médecin et à son préjudice moral, si la transaction leur est moins onéreuse que la poursuite du procès.

Jamais une compagnie ne consentira à faire un procès dans le but désintéressé de fixer la jurisprudence sur certaines espèces spéciales relatives à la profession. Enfin, le « Sou médical » couvre un grand nombre de risques que les compagnies peuvent légitimement refuser comme étrangers à la responsabilité professionnelle ; telles sont les affaires occasionnées par une rédaction défectueuse de certificat.

Le *Concours médical* n'a pas voulu laisser sans secours les médecins âgés ou infirmes ou devenus incapables de poursuivre l'exercice de la profession. Certes, l'Association générale est riche et généreuse et bien des caisses d'assurances s'offrent au médecin. Mais pour ceux qui ne peuvent pas payer des fortes primes et qui ne veulent pas tendre la main, le *Concours* a eu l'ambition d'organiser la Mutuelle familiale du Corps médical français comprenant la retraite de droit, l'indemnité-maladie, le secours aux veuves et aux orphelins, etc.

L'organisation de la retraite de droit pourrait être basée sur des parts de retraite de 120 fr. Un jeune médecin de 25 ans devrait en versant une ou plusieurs primes annuelles de 9 francs s'assurer, l'âge venu, autant de parts de retraite de 120 frs chacune. L'Association générale a reculé devant ce problème de la retraite de droit du moins pourrait-elle contribuer à sa solution soit en payant les contre-assurances, soit en subventionnant les porteurs de petites parts de façon à leur assurer un minimum de 360 francs par an, soit en payant les primes des assurés momentanément gênés.

En ce qui concerne l'assurance-maladie, le Dr Boudin n'a pas besoin d'insister.Nous connaissons tous ce jeune confrère nîmois que la maladie terrassa, lorsqu'il n'avait encore versé qu'une seule prime et qui,devenu incapable de continuer à travailler, bénéficie depuis plusieurs années d'une rente annuelle de 1200 francs.

Mais là ne doivent pas s'arrêter les initiatives du *Concours médical*. Non seulement il a créé une caisse des veuves et des orphelins, mais il étudie un projet d'Amicale pour les femmes des médecins et une Caisse de Dotation pour les enfants.

Comme nous le disions en débutant, les œuvres du *Concours* ne sont pas assez connues. Le meilleur moyen de les faire apprécier c'est de créer dans chaque département une sorte de comité de renseignements et de propagande qui servira de trait d'union entre les confrères de la région et le *Concours médical*.

Aux applaudissements de tous, avant de lever la séance, M. Boudin proclame les noms de ceux qu'un referendum local a désignés comme aptes à faire partie de ce comité.

Ce sont :

MM. Courrejou, Cassan, Delord, Scottrand, Mazel, Puech, Vauriot, Souchon, de Nîmes.

MM. Agniel, de Bagnols ; Malzac, de Lassalle ; Aug. Ménard, de Lafoux ; Pech, d'Aubais ; Tarrou, d'Anduze.

Dr MAZEL.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Séances des 2, 16, 23 *et* 30 *mars* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce, sous réserve de la publication statutaire, l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

2081 Beck, à Annemasse (Haute-Savoie).
2082 Labeyrie, à Nantes, 6, quai des Tanneurs.
2083 Martin, à Rigny-le-Ferron (Aube).
2084 Mouchotte, à Paris, 8, rue Freycinet.
2085 Dircksen, à La Varenne-St-Hilaire (Seine).
2086 Decuyper, à Laigle (Orne).
2087 Pericat, à Ardentes (Indre).
2088 Lainé, à Touques (Calvados).
2089 Saix, à Alais (Gard).
2090 Gombert, à Bernay (Eure).

2091 Moufflet, à Paris, 6, rue Bertin-Poirée.
2092 De Gébert, à Ablis (Seine-et-Oise).
2093 Springer, à Alençon (Orne).
2094 Sainturet, à Paris, 137, rue St-Charles.
2095 Estrabaud, à Ecommoy (Sarthe).
2096 Der Khatchadourian, à St-Blin (Haute-Marne).
2097 Mainguy, à Nantes.
2098 Jondeau, à Chalon-sur-Saône (S.-et-L.).
2099 Ledroit, à Nemours (Seine-et-Marne).
2100 Naud, à Lignières (Cher).
2101 Bernard, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2102 Bories, Le Cannet (Alpes-Maritimes).
2103 Cavasse, Le Cannet (Alpes-Maritimes).
2104 Christine, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2105 Guizol, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2106 Lafférère, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2107 Lhuillier, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2108 Marini, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2109 Pascault, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2110 Pascal, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2111 Roques, à Cannes (Alpes-Maritimes).
2112 Tixier, à Menton (Alpes-Maritimes).
2113 Eynard, à St-Nazaire-en-Royans (Drôme).
2114 Lalitte, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
2115 Jarrot, à Beaune (Côte-d'Or).
2116 Cros, à Marseille.
2117 Thouars, à Censerey, par Sussey (Côte-d'Or).
2118 Mahaut, à Domèvre-en-Haye (Meurthe-et-Moselle).
2119 Henry, à St-Quentin (Aisne).
2120 Chaput, à Marseille.
2121 Vial, à Marseille, 68, rue de Rome.
2122 Descarpentries, à Lille.
2123 Payen, à Martigny-les-Bains (Vosges).
2124 Mariage, à Valenciennes (Nord).
2125 Deney, à Barsac (Gironde).
2126 Ivanichevitch, à Nice.
2127 Gasquet, à Beausoleil (Alpes-Maritimes).
2128 Pietri, à Nice.
2129 Basset, à Lorgues (Var).
2130 Mourre, à Lorgues (Var).
2131 Vassel, au Puy (Haute-Loire).
2132 Blanchon, à Vauvert (Gard).
2133 Mercier, à La Chapelle-aux-Pots (Oise).
2134 Vilte, à Vrigné-aux-Bois (Ardennes).
2135 Martel, à Etrée-Cauchy (Pas-de-Calais).
2136 Boiet, à Loisy-sur-Marne (Marne).
2137 Battesti, à Marseille, 92, rue Montaux.
2138 Alombert, St-Antoine (B.-du-R.),
2139 Cambon, à Marseille, 4, boulevard Philippon.
2140 Guibaud, à Toulon (Var).
2141 Merley, à Nimes, 2, rue Pradier.
2142 Gayet, à Nîmes, rue d'Aveyron.
2143 Ferran, au Caylar (Gard).
2144 Bégué, à St-Soupplets (Seine-et-Marne).
2145 Humbert, à Rambouillet (Seine-et-Oise).
2146 Camilatos, à Mareuil-sur-Arnon (Cher).
2147 Fulconis (Louis), à Nice.
2148 Remy-Roux, à Avignon.
2149 Penne, à Avignon.
2150 Montagard, à Avignon.
2151 Bec, à Avignon.
2152 Puginier, à Sarrians (Vaucluse).
2153 Patel, à Lyon, 32, quai St-Antoine.
2154 Bertholet, à Toulon (Var).
2155 Platon, à Marseille, 83, rue de la République.
2156 Motin, à Bais (Mayenne).
2157 Huot, à Dijon, 64, rue de la Préfecture.

Deux candidatures publiées antérieurement avaient donné lieu à des protestations.

Pour la première, le Conseil, après appel aux parrains mieux informés par communication du dossier de protestation, et ceux-ci maintenant leur patronage, prononce l'admission définitive.

Pour la seconde, le Conseil ne trouve à retenir qu'un seul grief précis, celui d'avoir accepté un service en monopole. En conséquence, il admet définitivement, sous la réserve que le sociétaire ne sera pas soutenu dans les litiges qui pourraient naître à l'occasion de ce service.

— L'appui pécuniaire est accordé au Syndicat du Puy, dont tous les membres font partie du « Sou médical », pour se porter partie civile contre un rebouteur poursuivi par le Parquet pour service illégal.

— L'avocat du Dr M. annonce qu'il a obtenu du syndic de la faillite du patron l'admission du privilège du médecin pour les soins donnés à ses ouvriers blessés du travail.

Cette affaire, pour laquelle l'appui pécuniaire du « Sou » avait été éventuellement accordé au Dr M. se trouve donc solutionnée à l'amiable et sans frais.

— Le Dr X. demande l'appui du « Sou » pour poursuivre un cultivateur, assuré individuellement, qui a déjà payé ses honoraires, mais dont la compagnie d'assurances refuse de prendre ce paiement à sa charge.

Le Conseil estime que, puisque le médecin a touché ses honoraires, il est sans intérêt pour lui, et *a fortiori* pour le corps médical en général, d'en poursuivre le recouvrement, que c'est là affaire entre l'assureur et l'assuré, dans laquelle le « Sou médical » n'a pas à intervenir.

— Les médecins de S. annoncent qu'ils ont gagné le procès qui leur était intenté par un président de Société de Secours mutuels en réparation du préjudice qui lui aurait été causé par le procès en diffamation qu'ils lui avaient fait antérieurement.

Le Conseil enregistre avec satisfaction ce résultat, d'ailleurs prévu, ce second procès, pour lequel, comme pour le premier, l'appui pécuniaire du « Sou » avait été accordé, manquant de base sérieuse.

— Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr S. pour porter en appel un jugement de paix qui, sans motifs plausibles, a réduit dans de fortes proportions une note d'honoraires, en donnant en outre au client, commerçant solvable, de longs délais pour se libérer.

— Le Conseil, saisi de trois procès intentés en responsabilité civile à trois médecins dans des circonstances diverses, constate que, les conditions statutaires étant remplies, la responsabilité de ces membres du « Sou » est couverte par la Caisse de garantie.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal de la médecine : Condamnation d'un rebouteur malgré l'intervention du maire et de deux conseillers municipaux. (1)

Par le Dr FAGUET (de Périgueux)

Il s'agit encore (2) de François Hautefort dit Labrugère, rebouteur à Rouffignac (Dordogne), déjà condamné plusieurs fois (3) pour exercice illégal de la médecine et toujours récidiviste. « C'est dans le sang », disent ses voisins.

Les poursuites qui ont abouti à cette nouvelle condamnation ont été entreprises dans les circonstances suivantes que je ne saurais mieux exposer qu'en donnant le texte du rapport médico-légal que je fus appelé à rédiger et à remettre à M. le Procureur de la République à cette occasion.

I. *Rapport médico légal.* — Je soussigné, Ch. Faguet, docteur en médecine à Périgueux, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Bordeaux, sur la réquisition de M. Rontein, substitut du procureur de la République, en date du 10 juin 1910, ainsi conçue :

« Le procureur de la République, soussigné, requiert M. le Dr Ch. Faguet, médecin-légiste à Périgueux, de se transporter à Malagnac, commune de Bars, canton de Thenon, à l'effet :

« 1° D'examiner la dame A... née L... (Emilie) vingt-sept ans, demeurant audit lieu au point de vue médico-légal ;

« 2° De rechercher la nature et le nombre des blessures qu'elle porte ;

« 3° D'indiquer leur gravité et la durée d'incapacité du travail qu'elles pourront entraîner ;

« 4° Leur origine et la violence des coups qui a pu les occasionner ».

Serment préalablement prêté, certifie m'être transporté le 12 juin 1910 à Malagnac, commune de Bars, et y être arrivé vers dix heures et demie du matin ; avoir interrogé et examiné la dame A... née L... (Emilie) en présence de son mari et de sa belle-mère et avoir appris et constaté ce qui suit :

A mon arrivée, j'ai trouvé la dame A... dans son lit ; elle m'a dit les violences dont elle avait été victime le 28 mai 1910 et qui ont consisté en deux gifles et une pression forte sur la tête et le cou dans le sens de la flexion, à la suite de laquelle elle serait tombée à terre.

Elle déclare n'avoir reçu ni coups de pied, ni coups de poing et n'avoir pas craché le sang, mais avoir éprouvé de vives douleurs dans toute la moitié inférieure de la colonne vertébrale qui l'ont empêchée de se relever. Son mari et sa belle-mère revinrent la chercher une demi-heure environ après la scène, la placèrent sur une charrette et la transportèrent à son domicile.

M. le Dr Magnaux (de Thenon) fut appelé le 31 mai 1910 et se rendit à Malagnac ce même jour ; lorsqu'il eut examiné la dame A..., une femme âgée qui se trouvait là lui déclara : « Qu'il n'était pas la peine de faire quoi que ce soit, qu'elle attendait M. Labrugère, rebouteur à Rouffignac, et qu'elle ne voulait rien faire sans l'avoir consulté. »

Celui-ci se rendit le 1er juin 1910 chez la dame A..., l'examina, lui donna les soins qu'il jugea nécessaires, lui prescrivit de rester au lit pendant vingt jours et se fit remettre 20 francs pour ses honoraires.

Examen. — Mme A..., née L... (Emilie), âgée de vingt-sept ans, est de constitution peu vigoureuse. Elle ne présente aucune trace de violences extérieures récentes ou anciennes sur aucune des parties de son corps et notamment au niveau de la face, du cou, du thorax, de la région lombaire ou du ventre.

La palpation, la percussion ou la pression ne révèlent aucune douleur *in situ* ou à distance.

L'auscultation des organes thoraciques ne permet de découvrir aucun symptôme pathologique. L'état des voies digestives est très bon.

Elle n'a pas de fièvre, son pouls bat régulièrement 76 pulsations par minute.

Il n'existe aucun trouble de la moitié de la sensibilité.

Enfin Mme A... déclare qu'elle ne ressent plus aucune douleur et qu'elle se croit en état de reprendre ses occupations antérieures, mais elle ajoute qu'elle reste au lit parce que M. Labrugère lui a prescrit d'y rester pendant vingt jours.

Conclusions. — 1° Mme A..., née L... (Emilie) ne présente actuellement aucune trace de violences extérieures anciennes ou récentes ;

2° Il n'est pas possible de dire la nature, le nombre et la gravité des blessures qu'elle aurait reçues, le 28 mai 1910, mais il est permis d'affirmer qu'elles n'ont laissé aucune trace appréciable à ce jour.

En foi de quoi...,

M. le Procureur de la République voulut bien, sur ma demande, ordonner une enquête sur le fait d'exercice illégal de la médecine que j'avais été appelé à constater et poursuivre Hautefort (François) dit Labrugère.

II. — *Tribunal correctionnel de Périgueux.* — *Jugement du 23 octobre* 1910.

Entre :

1° M. le Procureur de la République ;

2° Le Syndicat médical de la Dordogne, partie civile ;

Et Hautefort (François), dit Labrugère, rebouteur à Rouffignac, inculpé d'exercice illégal de la médecine ;

Le Tribunal, après en avoir délibéré :

Attendu qu'il est démontré que le prévenu a donné des soins à la femme A... et qu'il a reçu à titre de rémunération la somme de 20 francs ;

Qu'il est de notoriété publique que Hautefort exerce habituellement la profession de rebouteur ; qu'il a déjà encouru plusieurs autres condamnations pour exercice illégal de la médecine ;

Que notamment condamné pour ce délit, le 27 octobre 1908, à quarante jours de prison, il se trouve en état de récidive légale ;

Attendu toutefois que le prévenu paraît n'avoir

(1) *Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux*. 8 janvier 1911.

(2) Voir *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 15 mars 1908.

(3) Liste des condamnations jusqu'à ce jour :
1° 31 août 1887. Tribunal de Périgueux : 10 francs d'amende.
2° 6 juillet 1894. Tribunal de Bordeaux : 50 francs d'amende.
3° 2 août 1902. Tribunal de Sarlat : 25 francs d'amende.
4° 27 juin 1903. Tribunal de Sarlat : six jours de prison.
5° 23 avril 1904. Tribunal de Sarlat : six jours de prison.
6° 27 novembre 1907. Tribunal de Périgueux : trente jours de prison.
7° 27 octobre 1908. Tribunal de Périgueux : quarante jours de prison.

visité la femme A... que sur la réquisition du maire de la commune de Bars et de deux conseillers municipaux (1);

Que cette considération atténue dans une large mesure le délit qu'il a commis;

En ce qui concerne l'intervention de la partie civile :

Attendu qu'aucune objection n'est formulée contre cette intervention ; qu'il convient d'admettre purement et simplement les conclusions prises au nom du Syndicat médical ;

Par ces motifs :

Reçoit le Syndicat médical de la Dordogne en son intervention ;

Déclare Hautefort, dit Labrugère, coupable d'avoir, sur le territoire de la commune de Bars, le 1er juin 1910, sans être muni de diplôme réglementaire, exercé illégalement la médecine en donnant des soins à la nommée A... (Emilie), cultivatrice, et ce, en état de récidive légale ;

En conséquence, le condamne à quinze jours de prison.

Et, statuant sur les conclusions de la partie civile, condamne Hautefort à payer au Syndicat médical de la Dordogne la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts ; le condamne aux dépens liquidés, savoir : ceux revenant au Trésor à 24 fr. 45 et ceux revenant à la partie civile à 32 fr. 60 ; dit que la partie civile tenue de l'avance des frais, aura son recours contre le condamné ; fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

(1) Voici le texte du certificat que Hautefort a présenté pour sa défense : « Je soussigné, maire de la commune de Bars, déclare que c'est sur mes instances que M. Hautefort, dit Labrugère, s'est rendu au domicile des époux A... pour soigner Mme A.. M. Labrugère s'était fait accompagner de deux conseillers municipaux.

« Fait à Bars, le 22 octobre 1910.

« *Le Maire*,
« Signé : MORTHOMAS. »

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

IIIe Congrès de physiothérapie des médecins de langue française. — Ce Congrès aura lieu les 18, 19 et 20 avril, à la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et s'annonce comme devant être une importante manifestation scientifique.

Les rapports sur les divers traitements physiothérapiques du pied plat douloureux, du fibrome utérin, de l'entéro-colite muco-membraneuse, de la syringomyélie vont être envoyés aux adhérents.

Une exposition, qui comprendra des radiographies, des photographies, des planches histologiques et un bon nombre d'appareils se tiendra à la Faculté pendant la durée du Congrès.

La lutte contre la tuberculose. — Une intéressante initiative vient d'être prise par la municipalité lyonnaise, comme le montre la note suivante que publient les journaux de Lyon :

« *Avis à MM. les étudiants.* — MM. les étudiants connaissant des chambres garnies insalubres (insuffisance d'aération ou d'éclairage, tuberculose et autres maladies contagieuses etc.) sont instamment priés de les signaler, par écrit, à M. le Maire de Lyon, à l'hôtel de ville, 2e bureau.

« Ces déclarations aideront à la défense de la santé publique ; elles permettront à l'administration municipale de poursuivre la lutte contre la tuberculose, qui fait de si nombreuses victimes, en particulier, parmi les étudiants. »

Comme en Angleterre. — Nous assisterons demain à une manifestation peu banale, comme on en voit chez nos voisins anglais, manifestation en tout cas pacifique et dont ne sauraient s'alarmer les pouvoirs publics.

La *Ligue des Familles nombreuses*, fondée il y a quelques années par le capitaine Maire, et qui a recueilli immédiatement toutes les sympathies, mais qui ambitionne davantage et veut obtenir des résultats pratiques en attirant l'attention sur son but, convoque tous les intéressés pour 2 h. 1/2 sur l'Esplanade des Invalides.

Quel cortège ce peut être si l'on songe que Paris seulement compte 120.000 familles d'au moins trois enfants !

Musique et drapeaux en tête, on ira — au moyen d'une délégation — présenter un cahier de revendications au président du Conseil.

De semblables cortèges sont annoncés, pour le même jour, dans les villes des départements où la Ligue possède des sections.

Souhaitons-lui complète réussite.

Ve Congrès national des Associations des Étudiants de France (Lille, 1911). — Sur la proposition de son Comité, l'Assemblée générale de l'Union des étudiants de l'Etat a décidé d'organiser à Lille, cette année, à l'occasion de son 30e anniversaire, le Ve Congrès national des associations d'étudiants de France.

Ce Congrès aura lieu probablement les 11, 12, 13 et 14 mai 1911.

Ligue contre la mortalité infantile. — L'Assemblée générale de la Ligue contre la mortalité infantile a eu lieu le mercredi 29 mars, à 4 heures, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, président de l'Académie de médecine, assisté de M. Paul Strauss, sénateur, président de la Ligue, à la mairie du VIe arrondissement.

Pour les femmes en couches. — M. Milliès-Lacroix a fait approuver, par la Commission des finances, un avis sur les conséquences financières de la proposition de M. Paul Strauss, relative à l'assistance aux femmes en couches.

Des calculs du rapporteur, il résulte que si l'assistance était accordée seulement aux femmes salariées la dépense annuelle serait de 7 millions et demi : si elle était accordée à toutes les femmes, comme le réclame M. Guillier, la dépense serait de 10 millions et demi.

Le Sénat sera appelé à statuer très prochainement.

Espérons que la Haute Assemblée votera le crédit nécessaire, faisant ainsi un premier pas dans la voie de la puériculture rationnelle réclamée à si juste titre par les esprits clairvoyants qui cherchent à compenser les résultats de la diminution de la natalité par une augmentation de résistance, un accroissement de robustesse des nouveau-nés.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-troisième année. N° 16 Dimanche 16 AVRIL 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS MÉDICAL "

Séance du 6 Avril 1911

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Diverneresse, Noir et Boudin.

Excusé : M. le Dr H. Cézilly.

MM. Maurat et Boudin rendent compte, avec détails et nombreux souvenirs agréables, de la tournée qu'ils viennent de faire pour constituer, après conférences à Menton, Nice, Cannes, Les Arcs, Toulon, Marseille, Nîmes, Montpellier, Avignon, les divers *Comités départementaux de propagande* des Alpes-Maritimes, du Var, des Bouches-du-Rhône, du Gard, de l'Hérault et du Vaucluse. Ils ont, disent-ils, développé et soutenu le projet des nouveaux statuts de l'Union, élaboré par la Commission et publié au n° 14 du *Concours* ; ils ont expliqué et fait approuver la création de la « Mutualité familiale » et montré les avantages de l'orientation nouvelle de l'A. G. ; ils ont réformé sans peine des opinions locales, qui se basaient sur le colportage intéressé de racontars erronés et de légendes fabriquées de toutes pièces, et le Conseil est unanime à espérer comme eux que nous touchons au terme des divisions créées dans le corps médical, au cours des deux dernières années, par un prurit d'excommunications déontologiques entre bons militants et entre Sociétés d'intérêts professionnels.

MM. Noir, Jeanne et Boudin disent ensuite la part qu'ils ont prise aux travaux de la Commission de révision des statuts de l'Union des Syndicats et à ceux de la Fédération médicale parisienne, qui poursuit son intéressante campagne au sujet des rapports des médecins de Paris et des S. S. M. de la Seine.

MM. Gassot et Boudin proposent que soient réunis au nouveau siège social, 132, Faubourg-St-Denis, dans la salle qui leur est destinée, ceux de nos correspondants qui viennent en délégués à l'assemblée générale de l'A. G. du dimanche 30 avril. Le Conseil décide qu'ils y seront convoqués pour le samedi 29 avril à 4 heures de l'après-midi et que, d'ailleurs, il se tiendra toute la journée à leur disposition pour s'entretenir avec eux de toutes les œuvres, mais surtout de ce qui se rapporte aux intérêts de la « Mutualité familiale ».

M. le Dr Maurat fait observer au sujet de celle-ci : 1° que ses statuts prévoient une liste de membres *bienfaiteurs* et une liste de membres honoraires ; 2° que la Société civile devrait ouvrir la première par un don fait en application de l'article de ses statuts ; 3° que le journal doit ouvrir la seconde en s'y inscrivant pour le chiffre statutaire de 10 fr., espérant bien que son exemple sera suivi par les organes de la presse médicale, les groupements divers, les médecins riches, les membres de leurs familles, les personnes qui sympathisent avec le praticien, celles encore pour lesquelles notre profession est une source de bénéfices, etc., etc. Le Conseil adopte à l'unanimité les propositions de M. Maurat.

Il décide de demander en conséquence à l'Assemblée générale prochaine de verser à la Mutualité familiale une somme de 4000 fr. Ce don serait fait sous la forme de 40 actions de la *Maison de santé de la rue du Sergent-Hoff*, dont l'excellente gestion, sous la direction des Drs Widiez et Cacherat, paraît devoir toujours assurer un revenu minimum de 5 %. L'inscription du journal comme membre honoraire, avec cotisation annuelle de 10 fr., est également enregistrée.

Le Conseil termine la séance en donnant à M. le Dr Bresselle (du Vésinet), pour assurer l'application des conclusions de son rapport sur le *Relèvement des honoraires*, le concours du journal et de la collaboration de MM. Noir, Levassort, Jeanne et Boudin.

PROPOS DU JOUR

L'Union des femmes de France et les médecins praticiens.

Le *Concours médical*, à diverses reprises, s'est fait l'écho des plaintes de nos confrères contre certaines institutions des Sociétés de la Croix-Rouge, qui ne paraissaient pas en accord avec le but pour lequel ces Sociétés avaient été fondées. Nous avons montré avec des précisions qui nous ont attiré des répliques, mais non des démentis, que certaines de ces institutions affectaient un caractère pseudo-philanthropique et portaient un préjudice réel aux médecins praticiens des villes et des régions où elles se trouvaient, en détournant de leurs cabinets une notable partie de la clientèle aisée. Nous n'avons cependant jamais particulièrement visé l'*Union des femmes de France* ; nous avons cité au contraire et donné comme exemple aux médecins des autres Sociétés les idées émises par M. le Dr Bouloumié dans son rapport à l'une des dernières assemblées générales de cette Union, où il mettait en garde les Femmes de France contre les abus.

Il leur montrait qu'il fallait s'entourer de toutes les précautions possibles, pour ne pas mériter le reproche de faire une concurrence illicite aux médecins praticiens. Nous devons encore reconnaître que ces conseils ont été entendus, que sur les cartes et les notices des dispensaires-hôpitaux de l'Union des femmes de France, tels que celui ouvert à Paris au n° 32 de la rue de la Jonquière, on peut lire la note suivante :

« Le dispensaire est ouvert exclusivement aux malades indigents.

« L'hôpital est créé en vue des malades peu fortunés qui ne peuvent être admis dans les hôpitaux de l'Assistance publique et qui cependant ne sont pas en situation de supporter les dépenses d'une maison de santé.

« La Société prend à sa charge la plus grande partie des frais occasionnés par l'acte opératoire et par l'hospitalisation. »

Nous ne saurions qu'approuver sans réserves ces instructions, si elles sont partout scrupuleusement respectées, et un fait récent nous oblige à ne pas douter des bonnes intentions de ceux qui dirigent l'Union des femmes de France.

Cette Société avait eu le projet d'ouvrir à Charenton un dispensaire. Les médecins de la région s'en émurent et prièrent le Syndicat des médecins de la Seine d'intervenir. Une délégation, composée de M. Tourtourat, secrétaire général, et de MM. Fanton d'Andon, Baron et Guillauteau, syndics, demanda une en-

trevue à Mme Pérouse, la très distinguée présidente de l'Union des Femmes de France.

Madame Pérouse exprima, au cours de cette visite, son désir absolu de ne nuire en rien aux intérêts légitimes du corps médica. Elle engagea nos confrères à lui signaler les abus dont ils pourraient avoir connaissance, promettant d'y porter remède, car elle considérait que ces abus étaient tout aussi préjudiciables aux vrais indigents qu'aux médecins eux-mêmes. Elle pria cependant de ne pas confondre l'Union des Femmes de France avec les autres Sociétés adhérentes comme elle à la Croix-Rouge, mais qui jouissent chacunes d'une autonomie absolue.

Depuis cette entrevue, nous avons appris que le dispensaire de Charenton n'a pas été ouvert, mais a été transformé en crèche pour recueillir les enfants dont les pères sont retenus sous les drapeaux.

Ceci est d'un bon exemple et nous sommes tout particulièrement heureux de relever ce fait et de rendre un hommage mérité au bon sens et à la droiture de la femme de cœur et d'esprit qu'est Madame la Présidente de l'Union des Femmes de France.

Sauf dans de rares circonstances, l'installation de dispensaires et d'hôpitaux tant à Paris qu'en province est absolument superflue et les Sociétés de la Croix-Rouge pourraient plus utilement et sans causer de préjudice à personne employer autrement leurs ressources et leur activité.

Elles pourraient se consacrer à réaliser tout un programme de prophylaxie et d'hygiène sociale que l'Assistance Publique sera longtemps inhabile à remplir.

Refuges pour recueillir avant les couches les femmes enceintes qui ont besoin de repos, asiles-ouvroirs pour permettre aux jeunes mères de se rétablir après l'accouchement, d'allaiter elles-mêmes leurs enfants et d'apprendre à les bien soigner ; crèches, pouponnières, garderies pour les tout-petits que leurs parents ne peuvent surveiller, écoles maritimes pour les enfants rachitiques, scrofuleux ou à tuberculoses localisées, sanatoriums populaires pour prétuberculeux, instituts de cure pour alcooliques, neurasthéniques et surmenés, maisons de repos et de convalescence pour ouvriers et employés des deux sexes, voilà des établissements qui, sans porter préjudice aux droits des médecins, dans ce qu'ils ont de légitime, ne seront jamais assez nombreux.

Si les Sociétés de la Croix-Rouge s'employaient à réaliser ces œuvres utiles, elles ne sortiraient pas de leur but, car, en préservant et améliorant notre race, elles accompliraient l'acte de patriotisme le meilleur dont pourrait bénéficier la France. J. Noir.

Monument au Dr Mesny.

Nous avons annoncé précédemment la mort du Dr Gérald Mesny, victime de son dévouement à la science, dans les circonstances tragiques qui sont encore présentes à la mémoire de tous.

Médecin de l'Infanterie coloniale, il a succombé en Mandchourie avec une grandeur d'âme qui est une des beautés du caractère breton.

Le Dr MESNY était né à Brest, le 28 mars 1869. Il fit ses études au lycée de Brest et à l'école de Bordeaux, d'où il sortit en 1893 comme médecin de la marine.

En 1900, il était envoyé en Chine et mis à la disposition du Ministre de France à Pékin. En 1903 1904, 1905 et 1908, des épidémies de peste éclatèrent dans le Petchili ; elles durent reculer devant les mesures énergiques prises contre elles par le docteur Mesny. Il était, à Tien-Tsin, professeur de l'école de médecine chinoise, lorsqu'éclata la peste qui décime aujourd'hui la Mandchourie.

Les autorités mandarinales lui demandant d'organiser et de diriger les mesures de défense contre le fléau, Mesny estime que son devoir est de se dévouer pour la Chine, qu'il sert depuis douze ans, et, sans hésiter, laissant femme et enfants, il va se mettre à la tête des médecins chinois et braver la mort.

Mesny, atteint à son tour, succombe le 14 janvier dernier, à Foudziadian. Sa mort fut un admirable exemple de courage et d'abnégation. C'est le sourire aux lèvres qu'il partit pour l'hôpital, n'ayant plus qu'une préoccupation : celle de ne pas devenir une cause de contagion pour son entourage.

La Bretagne, la France entière se doivent à elles-mêmes de glorifier ce héros tombé sur le champ de bataille humanitaire.

Un groupement de Bretons parisiens vient de prendre l'initiative d'élever, à Brest, un monument à la mémoire de leur illustre compatriote.

L'exécution du monument est confiée au grand statuaire Jean Boucher.

Un comité d'honneur, dont nous donnerons ultérieurement la composition, est déjà constitué. La présidence sera offerte au ministre de la Guerre.

Tous les Bretons, tous les Français, voudront apporter leur obole à cette œuvre de glorification nationale.

Le comité du monument Mesny est ainsi constitué :

Président : docteur Griffon, médecin des hôpitaux de Paris ; vice-présidents : docteur Guépin, chirurgien de l'hôpital Péan ; Etienne Chichet, rédacteur en chef de *Paris-Journal* ; secrétaire général : Antoine Bott, Directeur de *la Bretagne nouvelle*, 40, rue Trézel ; trésorier : Armand Guillon, docteur en droit.

Les souscriptions sont reçues chez M. Armand Guillon, 9, rue de Poissy, Paris-Ve.

Le comité a déjà recueilli les sommes suivantes : MM. le docteur Griffon, 50 fr. ; Juppet, 50 fr. ; le docteur Guépin, 20 fr. ; Antoine Bott, 20 fr. ; Armand Guillon, 10 fr. ; R. Yves-Plessis, 5 fr. ; Henri Macé, 5 fr. ; Chichet, 10 fr.

Erratum. — Dans la liste des membres du Comité départemental du Gard (no 15, page 327), lire M. Léothaud, au lieu de Scoftrand. Ce dernier nom purement fantaisiste, n'a été imprimé que par erreur typographique.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur Pierre Delbet.

Phlébite du sinus caverneux dans l'anthrax de la lèvre.

Je vous dirai deux mots d'un cas intéressant et dramatique qui vient de se passer dans le service. Il s'agit d'un jeune homme entré avec un anthrax de la lèvre, déjà ouvert à la peau et au niveau de la muqueuse.

De tout temps, on a remarqué que les anthrax de la lèvre supérieure avaient un pronostic grave. Ces anthrax peuvent déterminer une phlébite de la veine faciale qui, gagnant la veine ophtalmique, arrive au sinus caverneux. Vous avez lu, dans les livres, les récits dramatiques de cette complication ; elle paraissait plus fréquente pour les anthrax incisés. Il est possible que l'incision dissémine les germes, le bistouri ensemençant alors les parties saines. Ces faits-là sont heureusement rares, et, pour ma part, c'est seulement le deuxième cas qu'il m'a été donné de voir, le premier datant de l'an dernier ; aussi, je m'étais longtemps demandé s'ils étaient vraiment réels.

Chez notre malade, la phlébite s'est produite sans que l'anthrax ait été incisé. Elle est donc bien due à l'évolution de la maladie elle-même.

Quels sont les symptômes qui indiquent l'envahissement de la veine faciale ? Ce sont : une rougeur œdémateuse du sillon naso-génien ; une tuméfaction rouge de la paupière. A cette première phase, on peut espérer arrêter l'infection par des pointes de feu profondes et multiples, ou, s'il y a encore un espace libre entre la tuméfaction et la paupière, par une incision, la recherche de la veine, et sa ligature lorsqu'elle n'est pas lésée.

Ici, nous avons pratiqué sans résultat des pointes de feu profondes. La veille, une prise de sang faite dans une veine du bras montra par des cultures qu'il y avait déjà septicémie. On trouva du staphylocoque doré.

Quand la phlébite se propage au sinus caverneux, la paupière se tuméfie notablement. Je fus appelé, il y a quelque temps, à soigner un prétendu phlegmon de la paupière chez un malade qui venait d'être opéré de sinusite maxillaire. La paupière était très saillante, mais il était facile de voir que la saillie n'était pas due seulement à la paupière, qu'il y avait exophtalmie. Je portai le diagnostic de phlébite du sinus caverneux. L'exophtalmie est causée alors par l'infiltration œdémateuse de l'orbite, qui immobilise l'œil. On l'a attribuée quelquefois à la paralysie des muscles moteurs de l'œil, mais, d'une manière générale, je ne crois pas au rôle de cette paralysie.

Notre malade a succombé rapidement. Toutefois, la mort n'a pas été déterminée par la phlébite du sinus caverneux, car celle-ci est plus longue dans son évolution fatale. La mort fut ici due à la septicémie.

Que faire en présence d'une telle complication de l'anthrax de la lèvre ? Quand on l'observe au début, que la lésion n'a pas gagné l'angle de l'œil, on interviendra immédiatement par la ligature de la veine, pour empêcher la phlébite de progresser. Quand on arrive alors que la bacillémie est réalisée, on est désarmé. Cependant, il est une tentative à faire : la thérapeutique opsonique. Elle consiste à préparer un vaccin (le mot n'est pas très bon) avec le microbe même trouvé chez le malade, microbe cultivé, puis tué. On fait des solutions de cadavres de microbes que l'on injecte au patient avec l'espoir de déterminer dans le sang des anticorps, ce que Wright appelle des opsonines, opsonines qui activent la phagocytose.

II

Diagnostic des mastoïdites.

Je vous présente un malade dont le cas offre un certain intérêt pratique. C'est un garçon atteint de furoncles du conduit auditif externe. Il a eu une otite suppurée vers l'âge de cinq ans, otite qu'il attribue au fait de s'être mouché trop fort. Son explication n'est pas aussi fantaisiste qu'elle le paraît. Quand on se mouche fort, on chasse de l'air dans la caisse et cet air peut entraîner un élément septique. A l'heure actuelle, on redoute beaucoup la pénétration des sécrétions nasales dans la caisse, et c'est une des raisons invoquées par les oto-rhinologistes pour rejeter l'emploi — du moins dans bien des cas — de la douche de Weber, si généralement prescrite autrefois.

Quoi qu'il en soit, le malade a eu une otite moyenne. On pratiqua, chez lui, nous dit-il, une intervention, sans doute une myringotomie. Depuis cette époque, une suppuration chronique de l'oreille, une otorrhée, a persisté. Vous savez combien cela est fréquent. Vous savez aussi qu'un tel malade est dans les conditions propices pour faire

une mastoïdite. La question s'est posée, à son propos, s'il était ou non atteint de mastoïdite.

Il est une lésion, plus rare que la mastoïdite, sur laquelle Duplay a insisté. Elle a été niée et est néanmoins indiscutable. C'est la périostite mastoïdienne. Il importe d'en faire le diagnostic avec la mastoïdite, car le pronostic et le traitement ne sont pas les mêmes. Dans la mastoïdite, en effet, il faut trépaner, alors que dans la périostite, des pansements avec ou sans incision suffisent. La périostite peut être déterminée par de simples furoncles.

Quels sont les éléments du diagnostic de la mastoïdite et de la périostite mastoïdienne ?

Tout d'abord, à l'examen du conduit, on peut trouver, dans la périostite, une saillie de la paroi supérieure du conduit. Il est vrai que le même caractère se voit dans la mastoïdite vraie.

Les modifications de la région mastoïdienne sont plus importantes. Dans la périostite, les altérations des téguments sont plus précoces. La peau est rouge, œdémateuse. Dans la mastoïdite, la peau reste intacte à la période initiale et ce n'est qu'à une phase tardive qu'elle est intéressée.

Un deuxième caractère différentiel est celui lié aux changements observés du côté du sillon rétro-auriculaire. Dans la mastoïdite vraie, ce sillon n'est pas touché. Au contraire, dans la périostite, la propagation se faisant du conduit au périoste mastoïdien par le sillon, celui-ci est soulevé, effacé. Si vous comparez les deux oreilles, la différence vous apparaît nettement. Dans la mastoïdite, à la période tardive, quand il y a trépanation spontanée, le sillon semble même plus profond.

Lorsque vous constatez une collection purulente à la région mastoïdienne, s'ensuit-il que le malade n'a qu'une périostite ? Pas du tout. Dans certains cas de mastoïdite, il arrive que la coque osseuse se perfore. C'est la trépanation spontanée de l'apophyse, qui peut se faire en deux endroits : à la surface externe de l'os, au niveau de l'antre ordinairement, ou à la face interne, profonde, généralement au niveau de la rainure du digastrique, d'où le pus va se loger sous les muscles, sous le sterno-mastoïdien.

On trouve alors, en cette région, un empâtement diffus et le diagnostic peut errer si on ne connaît pas la question, au grand dommage des malades. C'est à cette dernière forme que l'on donne le nom de mastoïdite de Bezold.

Revenons aux trépanations de la face externe. Vous voyez que la présence d'une collection purulente à la région mastoïdienne n'indique pas la périostite. A cette époque, le diagnostic est embarrassant. Le seul élément différentiel est l'aspect du sillon rétro-auriculaire, toujours effacé dans la périostite, intact ou même plus profond dans la mastoïdite. A cette période, il est vrai, on ne doit plus se baser trop absolument sur ce signe. On ne peut être fixé qu'au cours de l'intervention, en explorant la mastoïde. Si, après l'incision des téguments, on trouve sur la surface osseuse un orifice, il est indiqué de l'agrandir, et d'aller dans l'antre.

Chez notre malade, il s'agit de périostite mastoïdienne, affection bénigne. Depuis hier, elle a rétrocédé. Il est vraisemblable qu'il s'est agi seulement de lymphangite.

III

Hôpital Cochin : M. le Professeur Quénu.

Sur la ponction de l'ascite.

Nous allons tout à l'heure ponctionner une ascite chez un de nos malades. Je suis un peu en désaccord sur cette question avec la pratique habituelle.

On conseille généralement, dans les livres, de tirer une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque et de faire la ponction à mi-chemin de cette ligne. Je ne crois pas que jamais conseil plus détestable ait été donné au praticien. Il y a, en effet, à cet endroit, des vaisseaux sous-cutanés et profonds qui échappent au regard. Il existe un grand nombre d'observations dans lesquelles le malade a payé de sa vie cette technique défectueuse. D'abord, dans l'ascite, la circulation veineuse est exagérée. De plus, vous savez que l'artère et la veine épigastriques partent du milieu de l'arcade de Fallope et remontent obliquement dans la gaine du droit, sous le péritoine. Lorsqu'on ponctionne avec le trocart au point indiqué, si l'on a la malchance de blesser ces vaisseaux, le liquide retiré par ponction revient clair, le trocart qui avait embroché les vaisseaux faisant l'hémostase. Mais dès que l'on enlève ce trocart, le vaisseau lésé saigne, non par la plaie (le vaisseau étant trop profond), mais dans l'abdomen, dans le péritoine.

Où faut-il donc ponctionner ? Sur la ligne médiane. Il est probable que l'on n'avait pas adopté ce siège de ponction par peur de la vessie. Il est un moyen simple de l'éviter, c'est de sonder le malade ; la vessie fuit. A deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis, vous avez du tissu fibreux, peu douloureux. Le trocart enfoncé à cet endroit a en outre l'avantage de la déclivité. Ce siège d'élection pour la ponction a donc une double supériorité. Il rend l'évacuation plus complète et l'hémostase plus simpl

(*Leçons recueillies par* le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Fièvre typhoïde débutant par le délire à forme maniaque.

Il y a longtemps déjà qu'Esquirol, Baillarger, Dumesnil, Marcé, Motet, Marandon de Montyel avaient publié des cas de délire aigu apparaissant au début d'une dothiénentérie et ayant provoqué, à tort, l'internement dans un asile d'aliénés. Il y a toujours des cas semblables de temps en temps, et MM. Olivier et Boidart, de Blois, viennent, de nouveau, d'attirer l'attention des praticiens sur ce sujet, dans la *Gaz. des hôpitaux*. Ils citent deux cas de fièvre typhoïde, survenus l'un chez une jeune fille de 17 ans, l'autre chez une femme de 33 ans, qui ont commencé l'un par une vésanie aiguë, l'autre par une confusion des idées et un délire onirique, et qui, après une évolution caractéristique de la fièvre éberthienne, se terminèrent par la mort.

Rougé et, plus récemment, du Castel ont affirmé que le diagnostic, évidemment très difficile de ces cas, peut être fait par le thermomètre et le pouls : « Température peu élevée et pouls fréquent correspondraient à la vraie manie aiguë : température plus élevée et pouls relativement calme signifieraient fièvre typhoïde ». Dumesnil avait, autrefois, insisté sur la valeur de l'albuminurie dans les délires infectieux, comme c'est le cas pour la fièvre typhoïde. Or, dans les observations de MM. Olivier et Boidart, il y avait fort peu de température, le pouls était agité et fréquent et les antécédents héréditaires des malades étaient nettement psychopathiques.

« Nous sommes donc obligés de conclure, disent les auteurs, qu'il n'existe pas de moyen de diagnostic certain, entre les délires infectieux initiaux et les accès de psychose vrais ; si l'examen de la température et du pouls donnent de précieuses indications dans la majorité des cas, il peut aussi arriver que ces indications, dans certaines conditions, soient trompeuses ; et le seul élément de certitude, dont on pourrait disposer, le séro-diagnostic, fait lui-même défaut, le plus souvent, à la période prodromique. »

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde à la portée du praticien.

La *Gazette médicale* publie en quelques lignes une méthode extrêmement simple et à la portée des praticiens pour exécuter la recherche du séro diagnostic de la fièvre typhoïde. « On se procure une culture de bacilles typhiques tués, en émulsion stable, que l'on trouve dans le commerce en ampoules de 10 cc. se conservant indéfiniment.

Ce liquide de culture est uniformément louche ; en l'agitant, on fait disparaître les petits flocons qui se déposent le long des parois de l'ampoule.

« On prend dans cette ampoule, avec une pipette ou un compte-gouttes, L et C gouttes de la culture que l'on verse dans un petit tube de verre ; on ajoute dans chaque tube, une goutte de sérum du sang que l'on veut examiner, de manière à avoir une dilution à 1/50 et à 1/100.

« Si la séro-réaction est positive, de petits flocons blanchâtres se forment et se déposent sur les parois et au fond des tubes, tandis que la partie supérieure se clarifie. La réaction est nette au bout d'une heure, et très appréciable, si l'on a fait avec la culture employée un tube témoin qui permet de comparer la réaction.

« Si la séro-réaction ne se produit pas, les tubes en expérience et le tube témoin restent louches et aucune précipitation ne se produit.

« Ce moyen mérite d'être vulgarisé, car il est de nature à rendre de très grands services dans les campagnes ou dans les expéditions isolées et lointaines, où le matériel de laboratoire fait complètement défaut. »

Traitement chirurgical précoce de l'appendicite chez l'enfant.

Après bien des discussions académiques, la question du traitement de l'appendicite, en particulier chez l'enfant, paraît commencer à se simplifier : Les chirurgiens l'emportent sur les médecins. Récemment, M. le Dr Savariaud a montré, dans une leçon clinique, publiée par la *Pédiatrie pratique*, que neuf fois sur dix, le traitement médical, bien loin de donner de bons résultats, contribue à compromettre les succès ultérieurs du traitement chirurgical.

Le médecin attend généralement trop tard pour décider la famille à faire pratiquer l'opération.

« Le traitement idéal de l'appendicite aiguë, c'est « l'opération précoce » faite dans les 48 premières heures, plus tôt même, si possible. Elle est à la fois préventive et curative, par le fait de l'ablation de l'appendice. L'« opération à froid », après la crise, n'est pas toujours très facile, en raison des adhérences solides qui ont eu le temps de se former, de s'organiser ; elle est souvent plus grave que l'appendicectomie faite à chaud. Il est fréquent qu'on laisse l'appendice, dont on poursuivait la recherche.

« En résumé, donc chez l'enfant, l'opération précoce systématique doit être appliquée à l'appendicite, apparemment la plus bénigne, pour la plus simple raison que nous n'avons aucun moyen de nous assurer que l'infection commençante évoluera dans un sens favorable ; parce que nous ne pouvons prévoir si le cas bénin qu'on nous présente ne donnera pas lieu à une complication rapidement mortelle, que l'intervention hâtive aurait prévenue, en supprimant la source du mal.

« Voilà ce qu'il faudrait dire et redire ; redire,

sans cesse, aux partisans de l'expectative armée la plus attentive, dont les efforts tardifs, pour si adroits qu'ils soient, ne peuvent toujours, hélas ! triompher d'un adversaire des plus redoutables.

« L' « opération retardée » est une mauvaise chose : elle ne convient qu'aux abcès bien localisés, et aux abcès ouvrables sans incision du péritoine. Mais s'il n'est nullement malaisé d'ouvrir un abcès unique en contact avec la paroi abdominale, il ne saurait en être de même, quand déjà les abcès sont multiples. Qu'il faille traverser le péritoine pour ouvrir la collection purulente, ou que les collections soient nombreuses, le danger opératoire est sérieux, plus sérieux que si l'intervention avait été précoce. Pourquoi ne pas intervenir tout au début et ne pas essayer de prévenir une diffusion de l'infection péritonéale, une multiplication d'abcès, une septicémie qui, à la vérité, se rencontre dans les opérations précoces, mais combien plus rarement ! »

La percussion des épines iliaques antéro-supérieures comme signe de diagnostic dans les affections abdominales sous-ombilicales.

M. le Dr P. Dionis du Séjour a consacré un article de la *Gazette des Hôpitaux* à l'étude d'un moyen de diagnostic des affections abdominales sous-ombilicales peu connu des praticiens et qui consiste à percuter les épines iliaques antérieures et supérieures.

L'idée de la percussion des épines iliaques antéro-supérieures paraît appartenir à M. Montenovesi et à M. Ferretti qui, après le précédent auteur a signalé dans un article du *Policlino* du 20 février 1907 l'importance de la percussion de l'os iliaque, « pour différencier les annexites de certaines appendicites du type inférieur avec abcès fusant vers le petit bassin ».

D'après Ferretti, « en percutant l'os au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ou immédiatement en dehors d'elle, on trouve une submatité ou une matité plus ou moins nette toutes les fois qu'il existe une inflammation appendiculaire, alors qu'en cas d'annexite du côté droit, cette matité n'existe pas ». Le fait avancé par Ferretti a été vérifié par lui dans un grand nombre de cas contrôlés par l'opération.

La percussion des épines iliaques antéro-supérieures s'exécute comme la percussion thoracique mais doit être recherchée de préférence avec un seul doigt par coups brefs et secs ; on peut percuter, soit directement sur le sommet de l'épine elle même, soit un peu en dehors d'elle sur les trois à quatre premiers centimètres de la crête iliaque. Plus en arrière, la percussion ne donne plus rien en raison de la difficulté qu'on a de percevoir la crête.

Cette percussion est quelquefois assez difficile à pratiquer chez les personnes présentant un embonpoint exagéré et dont l'abdomen est proéminent ; on doit en tous cas s'assurer que le doigt par l'intermédiaire duquel s'exécute la percussion n'empiète pas sur la paroi abdominale pour être bien certain que le résultat obtenu est uniquement dû aux vibrations communiquées à l'os iliaque et non à la paroi abdominale. Le mieux est, du reste, de percuter par l'intermédiaire d'une des phalangettes gauches maintenue assez fortement contre l'épine iliaque antéro-supérieure ou la crête iliaque.

Les recherches personnelles de M. Dionis du Séjour l'ont amené aux conclusions suivantes :

« 1° A l'état normal, sauf de rares exceptions, la percussion des épines iliaques antéro-supérieures se traduit par une sonorité franche sans résistance au doigt.

« 2° Toutes les fois qu'une modification survient dans la constitution anatomique des fosses iliaques internes, et ce par un mécanisme quelconque, cette sonorité est remplacée par de la submatité ou de la matité avec de la résistance au doigt percuteur.

« 3° La diminution ou même la disparition de la sonorité normale sans modifications tactiles appréciables paraît indiquer simplement un intestin vide, de gaz sans lésions dans la fosse iliaque.

« 4° La seule constatation de la résistance au doigt sans renseignements auditifs nets, suffit à indiquer la présence de lésions dans la fosse iliaque.

« 5° Le signe de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans son ensemble, n'a de valeur absolue qu'en ce qui concerne la localisation des lésions. Il ne tire de valeur au point de vue du diagnostic causal que par son association aux autres signes constatés.

« En résumé, la percussion des épines iliaques antéro-supérieures peut d'une façon certaine fournir des indications précises pour le diagnostic des affections à point de départ et à siège exclusivement iliaques, en permettant, quand l'examen clinique ne fournit que des renseignements imprécis, de les distinguer des autres affections sous-ombilicales ; en outre, le résultat de cette percussion peut être utile à rechercher pour se rendre compte de la direction prise par certains épanchements, pour connaître l'état de réplétion ou de vacuité plus ou moins grand de l'intestin vis-à-vis des gaz et des matières, tous renseignements qui d'une façon indirecte peuvent servir le clinicien. Aussi, en pratique, considérons-nous la percussion des épines iliaques antéro-supérieures comme un excellent signe clinique qu'on a intérêt à rechercher systématiquement lors de tout examen de l'abdomen ».

La pesée quotidienne des pleurétiques.

M. le Dr Georges Mouriquand, de Lyon, a récemment attiré l'attention sur la valeur de la pesée quotidienne des pleurétiques pour l'appréciation de la marche des épanchements pleuraux.

« La courbe des poids, dit l'auteur, permet de se rendre un compte absolument exact de la marche de l'épanchement pleurétique chez l'enfant et chez l'adolescent.

En prenant toute précaution pour éviter une

erreur grossière (pesée du malade tous les matins à la même heure, avant toute alimentation — ; pesée des aliments ingérés,solides, liquides), il est possible de lire sur la courbe des poids les variations du liquide pleural. Un contrôle stéthoscopique et radioscopique précis permet de vérifier la valeur des indications de cette courbe.

Dans un cas, la courbe pondérale a même presque constamment donné des renseignements plus nets, sinon plus précis, que la percussion, l'auscultation et la radioscopie.

Il est, en effet, difficile d'apprécier toujours par ces méthodes les variations du liquide à quelques centaines de grammes près variations sur lesquelles la courbe pondérale a le plus souvent renseigné.

A toute augmentation du liquide a correspondu une augmentation de poids du sujet ; à toute phase de résorption, une diminution de celui-ci.

Ni la dénutrition du sujet, ni sa rénutrition ne sauraient être invoquées pour expliquer les variations pondérales. En effet, pendant la période d'augmentation du liquide, l'état fébrile, l'anorexie, diminuent considérablement l'alimentation et pourtant le poids monte parallèlement au niveau du liquide (radioscopie). — Au moment où la décroissance du poids survient la ration alimentaire augmente toujours, l'appétit revenant vite avec l'amélioration. Cette décroissance de poids est en sens inverse de l'alimentation, mais en parallélisme net avec la descente du niveau de l'épanchement.

Ces faits nous paraissent démontrer la grande valeur des renseignements cliniques fournis par la courbe pondérale des malades pendant la période de montée et de déclin de la pleurésie.

Comme on le voit, la pesée quotidienne systématique des pleurétiques permet de suivre avec une très grande précision l'évolution de leur épanchement, d'apprécier l'effet de la thérapeutique.

D'une utilité incontestable pendant la période d'augmentation et de déclin du liquide, elle permet ensuite de juger, pendant la convalescence, du retour plus ou moins rapide de l'organisme à son équilibre normal ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La Mélitococcie. — Mélanges titrés pour l'anesthésie chloroformique. — Ectasie abdominale des nourrissons. — Le collargol dans le traitement des fissures anales. — Le syndrome colique hépatique.

L'*Académie de médecine* adopte le nom de *mélitococcie* pour désigner l'affection connue jusqu'à ce jour sous le qualificatif de fièvre de Malte. Les termes de fièvre ondulante, fièvre caprine, caprococcie, mélitose, proposés par divers membres de la Commission, furent rejetés, le nom de mélitococcie ayant paru, aux yeux de la majorité, conforme à une série de dénominations existant déjà dans la science. On se rappelle que ce changement d'appellation fut provoqué par une protestation diplomatique du gouverneur de l'île de Malte.

— M. Paul Reynier fait à l'*Académie de médecine* une communication sur la méthode des *mélanges titrés pour l'anesthésie chloroformique.*

L'auteur est un partisan enthousiaste du procédé d'anesthésie chloroformique, préconisé par Paul Bert, des mélanges titrés d'air et de chloroforme, que l'on applique de la façon suivante :

Le malade commence à respirer à l'air libre, l'aiguille de l'appareil étant à 0. On augmente lentement et progressivement le titre du mélange, et on arrive ainsi, pour ainsi dire à l'insu du malade, au titre qui doit assurer l'anesthésie. Ce titre, comme l'avait indiqué Paul Bert, correspond pour une grande majorité des malades à 12 p. 100, c'est-à-dire à 12 gr. de chloroforme évaporés dans 100 litres d'air. Généralement l'anesthésie se produit au bout de dix à douze minutes ; on la maintient avec le mélange à 12 p. 100 pendant quelques minutes encore, et l'on baisse ensuite à 8 p. 100. Il faut, en effet, se rappeler que le mélange à 12 p. 100 nécessaire pour l'anesthésie, s'il est prolongé, tue en une heure et quart ; par contre, le mélange à 8 p. 100 n'amène la mort qu'au bout de six heures et, chose intéressante, ce mélange, insuffisant ordinairement à amener l'anesthésie, suffit pour la continuer.

Au cas d'anesthésie de quinze à vingt minutes, on s'en tient à ces deux titres de 12 et 8 p. 100. Mais si l'opération se prolonge, si le malade perd du sang, a une hémorrhagie, on peut maintenir l'anesthésie complète en substituant au mélange à 8 p. 100 celui à 6 p. 100. Si l'opération dure au-delà d'une demi-heure, on peut recourir à un titre encore inférieur, de 4 p. 100, et même 2 p. 100.

Ce minimum de chloroforme absorbé, se réduisant souvent à la dose de 5 à 10 gr , fait comprendre pourquoi les malades se réveillent plus facilement que lorsqu'on les endort avec la compresse, et éprouvent à leur réveil beaucoup moins de malaises, en même temps qu'il diminue la crainte des troubles chloroformiques du côté du rein et du foie.

Dans toute chloroformisation, il faut tenir compte de la pression artérielle, et on doit régler sur elle le titre du mélange anesthésiant. Or, il n'est réellement possible de faire état de cette notion nouvelle qu'avec les appareils ; seuls, ils permettent de modifier à volonté la teneur des mélanges dont on se sert. Il est important, lorsque la pression baisse, de diminuer le titre du mélange. Chez les malades dont le pouls est rapide, filant, dans les hernies étranglées, les péritonites, l'anesthésie est obtenue avec des mélanges dont le titrage est très bas, 4 p. 100.

M. Reynier a pratiqué, avec cette méthode, 10.220 anesthésies. Il n'a eu qu'une alerte et une mort dans des conditions telles que, loin de pouvoir être imputées à la méthode, elles en démontrent la nécessité. Le cas de mort est une anesthésie donnée par un chloroformisateur inexpérimenté, pendant la période de vacances, et contre toutes les règles de cette anesthésie.

L'auteur signale, enfin, un perfectionnement, dû au Dr Dupont, des appareils pour la chloroformisation par les mélanges titrés.

— MM. Variot, Barret et Lavialle présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail

sur les diverses formes cliniques de *l'ectasie abdominale des nourrissons*.

Un grand nombre de nourrissons atteints de troubles digestifs, surtout au cours de l'allaitement artificiel, offrent une augmentation plus ou moins forte de volume de l'abdomen, connue vulgairement sous le nom de « gros ventre ». Les auteurs préfèrent à ce terme celui d' « ectasie abdominale ».

L'étude approfondie de l'ectasie abdominale leur a permis de vérifier l'opinion de M. Variot qui, dans un travail sur les vomissements causés par l'hypoalimentation, a montré que les signes de la suralimentation et de l'hypoalimentation ont de nombreux traits de ressemblance. Le vomissement à répétition est commun au nourrisson hypoalimenté ou au suralimenté. Il en est de même de l'ectasie abdominale et ce serait une grave erreur de considérer tous les enfants atteints de gros ventre comme des suralimentés et de les traiter comme tels, en réduisant leur ration, lorsqu'en réalité elle doit souvent être majorée.

— M. Siredey parle à la *Société médicale des hôpitaux* de *l'emploi du collargol dans le traitement des fissures anales*.

L'auteur a traité depuis quatre ans, par ce procédé, six malades atteints de fissures anales donnant lieu à des symptômes assez accentués pour réclamer la dilatation, et a obtenu dans tous ces cas une guérison complète au bout de quelques semaines.

La technique de l'emploi du collargol n'a rien de compliqué. On se sert de pommade à 1/6. On recommande aux malades d'éviter, au moyen de petits lavements ou de suppositoires au beurre de cacao, les efforts pour aller à la garde-robe. Après les selles, ils doivent s'essuyer doucement avec du coton et procéder à un lavage minutieux à l'eau et au savon ; sécher ensuite très soigneusement la région et appliquer la pommade à l'orifice en la faisant pénétrer dans l'anus au moyen de l'index avec lequel on fait de petits massages pendant cinq ou six minutes sur toute la longueur du conduit anal. L'opération, légèrement douloureuse au début, est bientôt supportée assez facilement. Les seules précautions à prendre sont relatives aux téguments et au linge que la pommade au collargol souille abominablement. Il faut se servir d'un doigtier et bien nettoyer ensuite la région péri-anale.

Le procédé, cependant, n'est pas infaillible. M. Siredey a eu des insuccès chez 10 malades. Huit de ceux-ci ont été guéris ultérieurement par la dilatation. Chez les deux autres, les fissures n'ont cédé qu'à des cautérisations au nitrate d'argent.

— M. L. Salignat (de Vichy) fait à la *Société de médecine de Paris* une communication sur le *syndrome colique hépatique*.

La colique hépatique est seulement un syndrome qui peut être provoqué par différentes causes, dont les principales sont : la cholécystite, les calculs biliaires, l'hépatoptose, le foie mobile, les péritonites localisées, les brides cicatricielles, etc.

La lithiase biliaire accompagne souvent la cholécystite, mais elle peut être une cause de colique hépatique sans faire intervenir la cholécystite.

Le traitement du syndrome colique hépatique s'inspirera des causes de cet état pathologique.

P. L.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

V. — Prélèvements chez l'homme. Technique

(*Suite.*)

Il y a encore une maladie intestinale dans laquelle il peut être intéressant d'effectuer des prélèvements en vue du diagnostic bactériologique, c'est la :

Dysentérie. — Il peut être très important, tant au point de vue pronosti que que thérapeutique de discerner si l'on a devant soi un cas de dysentérie, amibienne ou de dysentérie bacillaire. Il s'agit alors d'envoyer au laboratoire par les voies les plus rapides possible du mucus intestinal. Afin de faciliter la recherche du bacille, qui est déjà normalement accompagné d'autres espèces microbiennes, recueillir ce mucus aseptiquement, le placer dans un flacon bouchant à l'émeri et pourvu d'une large encolure afin qu'on puisse y puiser aisément. Ce vase aura été préalablement stérilisé (par ébullition, par exemple). Une bonne précaution consistera à paraffiner le goulot à la fin de l'opération.

Quand il n'est pas possible de se procurer du mucus, on cherchera à se procurer du sérum pour que le laboratoire puisse faire le diagnostic par l'agglutination. On se comportera pour le prélèvement comme il a été dit dans l'article IV au ragraphe fièvre typhoïde.

Pour terminer avec les maladies intestinales, nous dirons un mot des prélèvements dans :

L'*ankylostomasie.*— Cette affection étant propre au mineur, le médecin en soupçonnera aisément l'existence. Pour obtenir la confirmation de son diagnostic, il lui suffira d'envoyer au laboratoire, dans un flacon analogue à celui dont il est parlé ci-dessus, une très minime quantité de matières fécales. L'expédition sera effectuée aussi rapidement que possible.

Nous passerons maintenant à l'étude des prélèvements dans : la diphtérie et la peste.

Diphtérie. — Chez l'homme, le prélèvement des mucosités du pharynx est facile ; chez l'enfant, il est très souvent possible ; chez le nourrisson, il peut présenter quelques difficultés. Dans ce dernier cas, le médecin se fera aider par deux personnes intelligentes, dont l'une maintiendra le nourrisson, et l'autre, l'abaisse-langue en place. Chez les enfants et les adultes qui savent bien montrer leur gorge, on pourra se dispenser d'abaisse-langue. Cet instrument sera stérilisé soigneusement par ébullition prolongée avant et après l'opération. Le bacille diphtérique étant sensible aux antiseptiques, le prélèvement sera fait avant l'application locale d'un antiseptique quelconque.

Préparation : avoir une ou deux petites compresses de toile bouillies et refroidies, une pince ordinaire également bouillie, un récipient quelconque mais de large ouverture ayant également bouilli ; de préférence un flacon assez bas bouché à l'émeri, à la rigueur un simple tube à essai que l'on boucherait avec un tampon de coton un peu serré ; une spatule ou un fil de platine monté ou une tige métallique quelconque pouvant être flambée au rouge immédiatement avant le prélèvement ; ce fil sera recourbé à son extrémité de manière à former une petite anse fermée.

Prélèvement : le sujet étant en position, maintenu au besoin, l'abaisse-langue tenu en main gauche (ou par un aide), de la main droite introduire l'anse métallique flambée et refroidie de manière à aller toucher les fausses membranes visibles, ou s'il n'y en a pas, à passer derrière un des piliers (dans ce cas, le fil aura été coudé un peu en avant de l'anse). Détacher un fragment de la fausse membrane et le déposer en frottant sur la compresse. On peut recommencer deux à trois fois l'opération suivant le sujet ; on peut employer des pinces quand la fausse membrane est trop résistante. Recueillir de même les mucosités, mais en garnissant l'extrémité de la tige avec un tampon d'ouate stérilisée solidement fixé. Ce tampon sera envoyé au laboratoire. (Si le sujet est calme,on aura même le temps de faire deux ou trois frottis sur lame que l'on fixera à la flamme de la lampe à alcool ou à l'alcool flambant). Laisser le patient, fermer la petite compresse et l'introduire avec la pince flambée dans le récipient préparé et fermer celui-ci. Mettre à l'abri de la chaleur et de la lumière et mieux : envoyer *immédiatement* au laboratoire, car il y a toujours urgence, après avoir collé sur le récipient une étiquette portant les indications déjà données dans le IV[e] article. Stériliser de nouveau tous les instruments après l'opération.

Le praticien peut se procurer dans les laboratoires pasteuriens le « nécessaire » de Miquel. Ce nécessaire, décrit par M. Nicolle (1), comprend : 1° un tube stérile destiné à recevoir les fausses membranes; 2° deux tampons d'ouate hydrophile montés sur des tiges de cuivre ; ces tampons servent à détacher les fausses membranes pharyngées ou nasales, et, en l'absence de celles-ci, à recueillir les mucosités; 3° deux tubes de sérum coagulé (pour faire l'ensemencement au lit du malade) ; 4° une spatule de cuivre.

Voici la technique que recommandent Nicolle et Remlinger : « S'il existe des fausses membranes, les ensemencer avec la spatule stérilisée à la flamme de la lampe à alcool, puis refroidie. Pour cela, toucher la surface des fausses membranes, en grattant légèrement et essuyer l'instrument à la surface des deux tubes de sérum sans recharger et sans entamer la surface du milieu nutritif. Détacher, d'autre part, un fragment de fausse membrane à l'aide d'un des tampons et placer celui-ci dans le tube destiné à le recueillir. S'il n'existe pas de fausses membranes, le médecin ensemencera les mucosités suspectes et en recueillera également un échantillon avec des tampons. Envoyer immédiatement au laboratoire. »

Peste. — Envoyer si possible au laboratoire des rates de rats ou de souris, morts de la peste, ou des animaux malades ou suspects. Lorsque cela pourra se faire,il y aura un intérêt énorme à le faire. Placer les animaux en cage, s'ils sont vivants, un seul par cage, envelopper la cage de gaze de manière à ce que l'air puisse arriver à l'animal, mais que ses puces ne puissent s'échapper. Placer le tout dans une caisse telle qu'il n'y ait pas de ballottement possible et où l'air puisse circuler, ficeler en ménageant une poignée et *faire porter* au laboratoire par quelqu'un de confiance. On comprendra aisément qu'un tel colis ne puisse être confié au chemin de fer.

S'il n'est pas possible d'envoyer des animaux vivants au laboratoire, envoyer, en même temps que la rate des animaux morts, au moins des produits humains. L'un n'empêche pas l'autre, au contraire.

Chez le vivant, on prélèvera le suc des bubons par ponction aseptique ; on en fera des frottis sur lame, qu'on fixera à l'alcool flambant ; verser dix gouttes d'alcool sur le côté de la lame de fer, chargé du frottis et y mettre le feu, lorsque l'alcool s'éteint le produit est fixé. Si le suc du bubon est en quantité assez abondante, l'introduire dans un petit tube à essai stérilisé que l'on fermera à la lampe. Le pus, lorsque le bubon est parvenu à la période de suppuration ne présente guère d'intérêt pour le diagnostic bactériologique rapide.

Des crachats pourront être aussi recueillis ; on en fera des frottis (V article III) ou on les enverra en nature dans un petit crachoir à fond plat stérilisé par ébullition que l'on ferme sur ses bords avec du papier gommé (*fig.* 1).



Figure 1

Crachoir à fond plat recouvert d'un couvercle plat et maintenu fermé hermétiquement par une bande de papier gommé.

Sur le cadavre, prélever un ganglion ou une masse ganglionnaire et l'envoyer en un vase stérilisé bien clos.

Dr René MARTIAL.

(1) NICOLLE et REMLINGER. — Technique microbiologique. O. Doin, éd., Paris.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La défense de l'organisme contre les infections microbiennes. Ses applications en clinique.

(*Suite et fin*)

IV

Immunité et anaphylaxie (hypersensibilité).

Quel que soit son mode de production, l'immunité — c'est-à-dire l'état de défense de l'organisme contre un élément donné — se traduit par l'apparition dans les humeurs de deux substances : une *coaguline* d'une part et une *sensibilisatrice* ou *lysine* d'autre part. Cette *coaguline* et cette *lysine* sont *spécifiques*, et elles ont pour effet d'abord de mettre l'organisme à l'abri de l'élément nocif, puis de permettre à l'action destructive du *complément*, substance *non spécifique*, de s'exercer (*voir plus haut*, chapitre II).

Ces considérations s'appliquent à l'élément nocif quelle que soit sa nature : corps microbiens ou cellulaires, extraits microbiens (endotoxines), toxines, solubles, etc. ; pour plus de facilité dans cet exposé, nous le dénommerons *poison*.

Dès qu'il y a pénétration d'un poison dans l'organisme,celui-ci est dans une première phase, aussitôt coagulé par la *coaguline*, en d'autres termes, il est rendu insoluble, son action brutale, totale et immédiate pouvant être fâcheuse et amener la mort immédiate.

Une deuxième phase de la défense consiste en sa décoagulation, en sa solubilisation par la *lysine*, laquelle apparaît secondairement. Mais cet solubilisation doit être lente et progressive afin de rendre efficace et complète l'action destructive du complément ; la lysine solubilise ainsi le poison à mesure que la production de complément est suffisante pour le détruire, et de la sorte, ce poison peut être éliminé d'une manière progressive et silencieuse, sans grande réaction pathologique. Telle est la succession normale des phénomènes chez l'individu *immunisé*.

Mais supposons que, pour une raison quelconque — au sujet de laquelle on ne peut faire actuellement que des hypothèses — l'individu en présence du poison ait fabriqué une quantité trop grande de « lysines », nous aurons une solubilisation brusque et trop intense du poison coagulé ; le « complément » présent deviendra insuffisant, et l'organisme sera détruit par l'intoxication massive due à une libération brutale du poison. Cet individu sera en état d'*hypersensibilité* ou d'*anaphylaxie* (Richet).

L'anaphylaxie (ανα, en arrière ; υλασσις, protection) est une sorte de vaccination à rebours. Les premières recherches de Richet ont porté sur le poison des actinies, l'actino-congestine. S'il injectait à un chien, qui avait reçu antérieurement une faible dose d'actino-congestine et qui était en parfaite santé, une nouvelle dose de même poison égale au 20e de la dose primitive, il voyait immédiatement apparaître des accidents très graves (vomissement, dyspnée, etc.), *à condition qu'un certain intervalle* se soit écoulé entre les deux injections consécutives. Ainsi, par l'anaphylaxie, un animal deviendra plus sensible à des toxines dont il avait antérieurement triomphé. Ou bien, très résistant tout d'abord à une première injection de toxine microbienne, il deviendra de plus en plus sensible, à tel point qu'une minime quantité de poison détermine chez lui de violentes réactions, alors que chez un animal non déjà inoculé, cette quantité serait absolument inoffensive.

Pour la même cause, un sujet supportera très bien une première injection de sérum antitétanique, puis, sous l'influence d'une 2e injection de ce même sérum, il mettra en liberté dans ses humeurs une quantité trop grande de lysines, d'où l'apparition de phénomènes d'intoxication grave, qu'accentueront encore les injections de sérum, même à faibles doses.

Une substance normalement inoffensive, telle que 20 grammes de sérum de cheval, chez un sujet sain, ne provoque aucune réaction ; chez un sujet hypersensible au contraire, éclatent des accidents sériques, puisque dans son sérum existent des lysines, qui libèrent les poisons, qui ne sont restés masqués dans le premier cas que par suite des conditions d'insolubilisation dans lesquelles ils se trouvaient.

Telle est l'ANAPHYLAXIE ACTIVE. Il est possible dans certains cas, quand on redoute les phénomènes d'anaphylaxie chez un sujet, d'éviter leur apparition, en lui injectant une série de doses de poison, toutes inférieures à la dose anaphylactique pour ce sujet, inférieures au 20e, de la dose primitive dans l'expérience fondamentale de Richet. On réalise ainsi l'ANTI-ANAPHYLAXIE.

L'anaphylaxie de la mère en gestation se transmet au fœtus, et le nouveau-né présente durant un certain temps des phénomènes anaphylactiques dans les mêmes conditions que la mère : SON ANAPHYLAXIE *est alors dite* PASSIVE, par opposition à l'anaphylaxie active.

Dr FISER.

THÉRAPEUTIQUE

Importance de l'origine de l'albumine sur la valeur thérapeutique des composés organiques albuminoïdes,

Par le Dr Em. VYREL.

Lorsque les chimistes établissent des composés organiques en combinant les halogènes, le fer, le mercure aux substances albuminiques,les corps nouvellement obtenus ne présentent pas en clinique des propriétés identiques.

Ainsi, les composés iodés obtenus avec la protéine animale sont assurément plus toxiques et moins actifs que ceux réalisés avec la protéine végétale naturelle, et parmi ceux-ci, il faut en-

core donner la préférence aux substances synthétiques dérivées de l'albumine végétale *non coagulée*.

A quoi tiennent de semblables différences ? A ce fait de grande importance que les composés obtenus avec la protéine végétale sont beaucoup plus stables que les combinaisons d'albumine animale.

Prenons un exemple : l'iodoglidine. On sait que ce corps synthétique est obtenu en combinant l'iode métallique à la glidine, protéine végétale naturelle non coagulée retirée du froment et possédant une activité surnutritive et reconstituante supérieure, au dire des auteurs. Or, une tablette d'iodoglidine renfermant 5 centigr. d'iode est cliniquement aussi active que 25 centigr. de KI, renfermant 0.20 centigr. d'iode et elle n'a pas de toxicité. De même, si l'on recherche dans la thérapeutique un composé iodique de l'albumine animale ayant une équivalence en principe actif avec l'iodoglidine, on constate encore que celle-ci est plus active et moins toxique. C'est une question de stabilité, de fixité de l'iode qui est en jeu.

L'albumine iodée animale arrivée dans l'estomac y subit immédiatement une transformation et cette peptone iodée met rapidement en liberté son iode ; il en résulte deux faits : 1° une action iodique brutale, à tendances toxiques ; 2° une déperdition d'iode par les excreta, la partie du métalloïde qui n'a pas eu le temps d'être absorbée s'accumulant dans le tube digestif. Donc, ces composés organiques sont relativement toxiques et d'activité variable. L'albumine iodée végétale, au contraire, peu attaquée par l'estomac, est progressivement, petit à petit, dissociée dans l'intestin. Le dégagement de l'iode ionique (Posternak) se fait donc lentement sans toxicité possible et agit complètement, totalement, d'où une puissance curative supérieure. C'est ainsi qu'une dose faible du remède maintient pendant une longue durée l'organisme sous les effets de l'iode et qu'en définitive le résultat acquis est au moins égal à celui obtenu par une dose beaucoup plus élevée de KI ou de peptome iodée. « Ce n'est pas la quantité d'iode introduite dans l'économie qui donne des effets favorables, c'est surtout l'absorption latente. » (Prof. Boruttau.).

En outre, la décomposition ultime de l'albumine animale aboutit à une production réelle de phénomènes putrides, provoquant bientôt l'apparition d'acné, tandis que l'albumine végétale, non coagulée, est entièrement résorbée sans putréfaction appréciable.

Les autres composés organiques subissent les mêmes lois et l'arsan (As-Glidine) est, à l'heure actuelle, l'un des plus puissants agents de la médication arsenicale, presque sans toxicité et ses effets sont supérieurs à ceux des divers cacodylates. C'est à sa stabilité qu'il doit encore cette prépondérance.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du Praticien. Technique des opérations courantes et chirurgie d'urgence, par le Dr Marion, agrégé, chirurgien des hôp. de Paris, 1 vol, in-8, 1911, avec 476 fig. (A. *Maloine*, édit. 25, rue Ecole-de-Médecine, Paris) : 7 fr.

M. Marion a écrit pour les médecins qui ne peuvent ou ne veulent pas faire toutes les opérations une *chirurgie du praticien* qui expose avec toute la méthode, la clarté et la simplicité désirables les interventions qu'un praticien doit faire et peut être appelé à pratiquer d'urgence.

Ce qui nous plaît dans l'ouvrage de M. Marion, c'est la sobriété du texte et l'abondance des figures, suffisamment schématisées pour en rendre la compréhension immédiate, et suffisamment complètes pour ne pas s'éloigner de la vérité. En somme, la Chirurgie du Praticien répond parfaitement à son titre et est un bon guide pour le médecin isolé que les circonstances obligent à devenir chirurgien. J. N.

L'homosexualité et les types homosexuels, par le Dr Laupts (G. Saint-Paul). — Nouvelle édition augmentée : de Perversion et Perversité. Préface d'Émile Zola. — Paris, Vigot frères, éditeurs, un vol. in-8° raisin. Prix : 6 fr.

L'ouvrage aujourd'hui classique de Laupts est trop connu pour qu'il soit nécessaire de recommander aux lecteurs l'édition considérablement complétée et mise à jour que nous en donnons.

Les *types homosexuels* (invertis-nés, paidophiles, occasionnels, bisexuels...) sont fixés et délimités de main de maître dans cette œuvre, dont les conceptions, étayées sur des documents d'une vérité irréfragable, parfois poignante, ont eu, surtout en Allemagne, un retentissement profond.

Aux données précédemment établies, à l'essai sur Oscar Wilde, qu'un savant allemand, spécialiste des maladies nerveuses, qualifiait, en cours de l'une des dernières séances de la Société d'Hypnologie et de Psychologie, d'étude pathographique admirable, cette nouvelle édition, qui consacre l'abandon de l'antithèse jadis prônée entre la perversion et la perversité, ajoute des renseignements précieux et l'étude scientifique des événements les plus récents : *accroissement des homosexuels et des bisexuels en Allemagne, constitution d'un Comité homosexuel à Berlin, tendance des homosexuels français au groupement, scandales allemands. procès Eulenburg, étude sur la répression et sur le rôle des médecins-experts, malthusianisme, diminution de la natalité et prétendue dégénérescence des Français...*

Traitée avec la conscience et la doctrine qui caractérisent l'auteur du *langage intérieur*, on peut être assuré que l'œuvre, si populaire en Allemagne, de Laupts, continuera à avoir le succès qu'elle mérite et que Zola qui s'y intéressait très vivement et qui écrivit la préface de la première édition, lui avait dès longtemps prédit.

A signaler que la nouvelle édition renferme la suite de ce *roman d'un inverti-né*, autographie qui fut communiquée à Laupts par Zola et que l'auteur (personnalité appartenant à un monde très aristocratique mais dont le nom doit rester secret) se décida à compléter, après avoir lu l'ouvrage de Laupts.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE SYNDICALE

Les Syndicats et l'Union.

Dans une conversation qu'il tenait avec notre éminent confrère, le Dr Jeanne, et que celui-ci rapporte dans le dernier numéro du *Concours*, le Dr Le Menant des Chenais, à propos de la réorganisation des Statuts de l'Union et du projet présenté par la Commission, disait : « *Quel que soit le projet adopté, les Syndicats auront toujours l'Union qu'ils méritent* ».

Combien cette phrase me paraît juste ! Je voudrais la voir inscrite en première page du *Bulletin de l'Union*. Oui, confrères syndiqués de province, nous qui nous plaignons sans cesse que le Conseil de l'Union « n'agit pas assez », ou « agit autocratiquement », que « le Centre seul est le maître, tandis que la Périphérie ne compte pas », avant de nous en prendre à ceux qui sont sur la brèche et payent bravement de leur personne, avant de tirer sur nos généraux, voyons d'abord si nous « agissons » nous-mêmes, si nous les soutenons devant l'ennemi, si nous ne sommes *pas*, en un mot, moins des soldats que des *figurants*.

« Mais que pouvons-nous donc faire » ? dirait-on. « Nous sommes trop loin pour agir et même pour nous faire entendre dans le Conseil de l'Union. La plupart du temps, les questions passent au-dessus et en dehors de nous ; elles nous arrivent solutionnées dans tel ou tel sens et nous ne pouvons plus que nous incliner par discipline syndicale ». Sommes-nous bien sûrs que ce que nous baptisons « discipline » n'est pas, comme le disait si bien le Dr Jeanne, que « le résultat de la paresse et de l'inertie locale ? » Avant de « bêcher » ceux qui travaillent pour nous, commençons par faire notre propre devoir et par travailler un peu nous-mêmes. Alors nous aurons acquis le droit de critique.

« Aide-toi, le ciel t'aidera ». Dans notre petit coin syndical, commençons par être « vivants ». Ardemment soutenu par les Syndicats de la périphérie, le centre sera plus vivant également. S'appuyant sur de nombreux bataillons de confrères *au courant* des questions à l'ordre du jour et *les défendant* devant l'opinion publique, chacun dans sa sphère, l'Union des Syndicats pourra parler haut et fort..... et souvent remporter la victoire

***

« Je crois probable, disait ensuite à notre confrère Jeanne, le Dr des Chenais, que la discussion d'un projet, où chaque article fait appel aux devoirs d'*initiative*, de *responsabilité* et de *personnalité* pour chaque syndicat, amènera celui-ci à se réformer en vue de l'accomplissement de ses devoirs par les syndiqués eux-mêmes ». C'est le plus bel éloge, à notre avis, qu'on puisse faire du projet présenté par la Commission. N'aurait-il que ce seul résultat d'*amener les syndicats à se réformer en vue de l'accomplissement de leurs devoirs* que cette Commission serait payée de ses travaux et de sa peine.

Mais nous irons plus loin et nous dirons que ce projet, s'il est voté, aidera grandement, *par lui-même*, à cette réforme si désirable, en unissant à la discipline syndicale, toujours nécessaire, l'autonomie la plus large pour chacun des Syndicats.

En quoi donc respecte-t-il davantage l'autonomie des syndicats ? En quoi est-il plus libéral que d'autres ? Le tableau suivant, qui résume sur ce point les projets en présence, pour la formation de l'*organisme directeur* de l'Union, le Conseil d'administration nous le montrera.

NOMINATION DES DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNION.

(*Systèmes en présence*).

1° *Système de la Fédération* (*ou section*) *obligatoire.* — Chaque syndicat est obligé de s'affilier à une fédération, ou section, de 3, 4 ou 500 confrères syndiqués pour *avoir le droit* de nommer *un délégué au Conseil. 3 projets en présence*, suivant qu'il y a 2 ou 4 réunions par an et suivant que le vote sera *direct* (par les Syndiqués), ou *à 2 degrés* (par des délégués de Syndicat) ;

2° *Système de l'autonomie des syndicats.* — Chaque syndicat fait ce qu'il veut et nomme, comme il le veut, soit un délégué *spécial*, soit un délégué en *commun*, avec d'autres syndicats voisins ou éloignés, formant ainsi, s'il le désire, des fédérations ou sections *facultatives*, que seul il a le droit de créer, suivant ses besoins.

Ce second système, qui est celui adopté par la Commission, ne semble-t-il pas plus libéral ? Ne donne-t-il pas, à chaque syndicat, une autonomie complète, *une initiative* qui l'incite à agir par lui-même, à « se débrouiller », pour faire entendre sa voix, à se « fédérer », non plus forcément avec ses voisins, mais avec ceux qui pensent comme lui et qui ont les mêmes intérêts ? Ce n'est plus là, de la représentation obligatoirement locale, du scrutin d'arrondissement avec sa célèbre « mare stagnante », mais une représentation d'idées, de sentiments, de besoins *associés* qui triompheront proportionnellement et au nombre des réclamants et à la justice de leur cause. Il n'y aura plus dorénavant de syndicat trop petit et noyé dans la masse qui l'environne. Si petit qu'il soit, il n'aura plus le droit de se désintéresser des grands mouvements d'opinion, car il aura toujours voix au chapitre.

Ceci même lui crée des devoirs et, comme le remarque le Dr des Chesnais, « l'amène à se réformer en vue de l'accomplissement de ces devoirs par

les Syndiqués eux-mêmes ..... Aucun d'eux ne devra plus « ménager l'activité locale, l'initiative, la discipline générale nécessaire et les cotisations indispensables ».

***

Le corps médical français est une force, une force immense qui s'ignore. Taillable et corvéable à merci par les collectivités et les pouvoirs publics, il commence timidement à se régimber. Accablé d'impôts, comme le commun de ses concitoyens, le médecin trouve injuste d'avoir, en outre, à payer un « impôt complémentaire », *spécial* à lui, sous forme de réductions, parfois scandaleuses, faites sur son salaire par des collectivités toutes puissantes ou par l'Etat lui-même, qui ne craint pas de lui faire supporter les charges des lois nouvelles d'hygiène et de protection de la santé publique, auxquelles chaque Français doit concourir *également*, dans la mesure de ses moyens.

Pour lutter contre l'Etat-marteau et les collectivités-enclumes, nous n'avons qu'une seule force à opposer : l'Union entre nous, formant à son tour la collectivité médicale, laquelle aujourd'hui ne peut se manifester efficacement et *légalement* que d'une seule façon, le syndicat.

Mais, dans cette lutte qui se fera plus âpre de jour en jour, par ces temps de socialisme universel, il ne s'agit plus de constituer des syndicats sur le papier, de ces syndicats qui consistent en une assemblée annuelle, simple parlotte sans portée, plus ou moins suivie d'un confraternel banquet. *Il faut un organisme nouveau, adapté à des besoins nouveaux, un centre de défense professionnelle.*

« Bah ! s'écrieront des confrères sceptiques, nous connaissons la chanson et votre refrain n'est pas nouveau. Voilà des années, qu'on nous le fait entendre..... et quand nous sommes réunis, nos séances sont monotones et vides, nous causons de nos petites affaires personnelles, locales et *nous n'aboutissons jamais à rien d'utile.*

— Causer entre soi de ses affaires personnelles et locales, répliquerons-nous, discuter, s'expliquer ensemble, mieux se connaître et par suite mieux s'estimer et se respecter mutuellement, c'est déjà une grande chose, mes chers confrères. Cela diminue d'autant l' « *invidia medicorum* », notre plus grand ennemi. Quant à n'aboutir à rien d'utile, le plus souvent c'est parce que personne de nous ne cherche précisément à aboutir, c'est-à-dire qu'on n'étudie jamais les questions *pratiquement* et en vue d'une solution.

— Eh, que voulez-vous que nous fassions, nous petits syndicats de province ?

— Le petit Syndicat de province ? bien peu par lui-même : vous avez raison. Mais, quand la solution qu'il entrevoit, qu'il préconise, sera présentée par son délégué au Conseil de l'Union ; quand celui-ci, l'ayant trouvée juste, lui aura apporté les modifications nécessaires, quand le bureau de l'Union la présentera et la soutiendra, au nom de tous les Syndicats médicaux de France devant le dit Etat ou les dites collectivités, croyez-vous que cette solution, réclamée tout d'abord par un petit syndicat de province, n'aura pas fait un grand pas vers la réalisation ? O force qui s'ignore ! »

***

Ceci nous amène, en terminant, à dire quel est, suivant nous, le rôle de l'Union et la façon dont celle-ci doit le remplir.

Ce rôle nous paraît être celui d'un *intermédiaire double* :

1° Intermédiaire entre les Syndicats, d'une part, l'Etat et les collectivités, d'autre part, pour la DÉFENSE PROFESSIONNELLE ;

2° Intermédiaire entre les Syndicats eux-mêmes pour l'ÉTUDE des *causes*, des *moyens*, et de l'*opportunité* de tel ou tel point de cette défense professionnelle.

Le premier rôle est évident : nous n'avons donc pas à y insister. Quant au second à notre avis, il est jusqu'ici trop resté dans l'ombre et c'est de là que vient le malaise dont souffre l'Union et qui a causé ce désir de réorganisation qui s'est manifesté avec tant de véhémence.

Les Syndicats ne se connaissent pas, ne se *pénètrent* pas assez. Il y a pourtant des Syndicats qui travaillent; mais ces travaux que nous lisons parfois d'un œil distrait dans le *Bulletin* ne nous intéressent pas assez parce que cela se passe *en dehors de nous.*

Au lieu de cela, supposons que le Bureau de l'Union envoie, à *chaque* secrétaire de Syndicat, les questions qui lui paraissent devoir particulièrement intéresser le corps médical, d'après le nombre de syndicats s'en occupant, vu l'importance que présente cette question par elle-même. Supposons qu'il ajoute brièvement les raisons principales exposées, ainsi que les objections. Supposons que, suivant les circonstances, il constitue ainsi, chaque année, un dossier, un cahier de revendications, un *questionnaire* et qu'il l'envoie, en une ou plusieurs fois, au bureau du Syndicat en demandant, sur chaque point, une *réponse ferme*, aussitôt après l'assemblée générale de chaque syndicat (assemblée qu'il y aurait lieu de fixer, d'un commun accord entre les délégués, dans le courant du même mois).

Croyez-vous que déjà ne serait pas changée totalement la physionomie de ces assemblées générales de syndicats ? Avec 4 ou 5 questions à examiner, à discuter, à résoudre (avec l'idée que ce ne sont plus là des résolutions impuissantes parce qu'isolées et sans aucune sanction), croyez-vous que le modeste syndiqué de province ou de campagne trouvera vides et monotones les séances de son syndicat ?

Et maintenant, supposons que le Bureau de l'Union, *après* réception des réponses de chaque syndicat, constitue à son tour un *dossier central*, donnant le résultat, avec chiffres à l'appui, de l'accueil fait à chacune des questions par chacun des Syndicats et qu'il publie ce dossier dans le *Bulletin* avant la réunion du Conseil d'administration. Croyez-vous que ce Conseil ne pourra pas, en toute connaissance de cause, prendre les résolutions nécessaires, *commandées* par la majorité des Syndicats et donner, à son tour, au bureau la

ligne de conduite que celui-ci *devra* suivre pour les les mener au mieux des intérêts du corps médical.

Ainsi les syndicats, si éloignés qu'ils soient, *donneront les lignes directrices* de chaque action à entreprendre. Le Conseil d'administration *formulera les moyens* de la mettre à exécution et le bureau *exécutera.*

L'impulsion viendrait ainsi de la périphérie. C'est le vœu que nous avons entendu émettre, avec tant de véhémence, lors de la dernière assemblée générale de l'Union.

Mais encore faut-il que cette périphérie travaille un peu à son tour, qu'elle ne se borne plus à « l'obéissance passive, aux mots d'ordre du centre », qu'elle soit « vivante » en un mot. *Tout dépend de la vitalité de la cellule syndicale* et nous conclurons par la phrase citée au début de cet exposé: « Les Syndicats auront toujours l'Union qu'ils méritent ».

Dr Fernand DECOURT.
Mitry-Mory (S.-et-M.), le 2 avril 1911.

P. S. — J'ose faire un P. S. à cette chronique déjà trop longue ; mais la publication dans le *Concours* de la « rectification » du secrétaire général de l'Union, au sujet de la lettre ouverte que j'adressais à cet excellent confrère (pour lequel je me défends d'avoir jamais eu la moindre idée malveillante), m'en fait une obligation. Voici donc ce que je lui réponds à ce sujet :

A Monsieur le Secrétaire général de l'Union,

Je veux tout d'abord, mon cher confrère, vous louer de la haute impartialité avec laquelle vous avez publié ma lettre dans le *Bulletin* n° 5, comme je vous le demandais, et vous remercier de l'avoir publiée tout entière, malgré sa longueur.

Mais, permettez-moi, au sujet de la note dont vous l'avez fait suivre, de venir, à mon tour, rectifier votre rectification à propos d'une « erreur matérielle » que j'aurais commise. Vous écrivez : « M. Decourt nous dit, en soulignant la phrase, que le projet de la commission, qui, sur ce point est conforme à son propre texte, n'exigeait pas un centime d'augmentation, alors qu'en réalité la cotisation est portée dans les statuts de la Commission de 2 fr. à 3 fr..... ». J'avais mis que ce projet « n'exige, *au préalable,* pas un centime d'augmentation ». J'avais été trop concis dans cette phrase d'un exposé déjà trop long et je me suis mal fait comprendre.

Je voulais dire, et je le répète, que la réforme proposée n'exige pas, *par elle-même* (au contraire des autres projets), un centime d'augmentation. Les vingt sous demandés en plus proviennent simplement d'un désir que le trésorier et vous-même émettiez avec juste raison.

Le rapport du trésorier, concluant à une augmentation de 3 francs, se terminait par le tableau suivant :

Dépenses nouvelles... Soit par syndiqué :

Frais de délégués	1 fr. 39
Secrétariat et trésorerie	0 fr. 38
Bulletin	0 fr. 48
Défense professionnelle	0 fr. 75
Total	3 fr. »

En supprimant, dans ce projet, les frais de délégués et l'accroissement du nombre de pages du *Bulletin,* il restait environ un franc d'augmentation que vous réclamiez pour les frais croissants de secrétariat et de trésorerie et pour la défense professionnelle. Ce franc d'augmentation, qui nous a semblé légitime, nous l'avons proposé dans nos statuts, mais *on peut le supprimer sans changer une ligne au texte proposé,* ce qui est impossible avec *aucun autre* des projets présentés.

C. Q. F. D.

Nota. — Je n'ai rien dit, à dessein, de la « cotisation supplémentaire prévue au titre: Congrès des Praticiens », dont vous parlez dans votre note, car ce n'est pas là une cotisation *syndicale,* mais un droit d'entrée à payer (ainsi que *tout* médecin français syndiqué ou non), pour participer au Congrès et c'est une cotisation *facultative.*

Association professionnelle des médecins de Rouen (Syndicat)

Présidence de M. le Dr JEANNE, président.

Réunion du vendredi 27 *janvier* 1911.

M. JEANNE, président sortant, prononce l'allocution suivante

Messieurs

En quittant la présidence du Syndicat, ce m'est un devoir de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me conservant à votre tête depuis trois ans. A l'heure actuelle, en effet, où de multiples questions agitent et risquent parfois de désunir le corps médical, on peut répéter sans banalité que le rôle du Président constitue une tâche délicate. Il ne peut la remplir que s'il a la confiance et l'amical bon vouloir de tous les membres. Ce précieux appui, vous me l'avez donné, et ce n'est pas une mince satisfaction de comparer la cordialité et la courtoisie de nos réunions aux discussions parfois tumultueuses des grandes assemblées parisiennes.

J'ai eu le plaisir de voir une vingtaine de confrères venir s'agréger à notre Union professionnelle. Cet accroissement prouve sa vitalité et répond victorieusement à ceux qui combattent notre utilité. J'ai entendu à ce sujet des objections de deux sortes. Les uns m'ont dit : « Vos syndicats ne servent à rien ». La réponse est facile ; il suffit de montrer l'énorme labeur fourni par les vingt dernières années du syndicalisme ; il suffit de dire que les médecins auraient été écrasés un à un par les mutualités de jour en jour grandissantes, s'ils ne leur avaient opposé la puissance de l'union. Sans elle, ils n'auraient pas bénéficié au même degré des avantages que leur ont donnés la loi sur l'assistance médicale et la loi sur les accidents du travail. La situation actuelle du médecin est souvent précaire ; elle eût été misérable. Au reste, municipalité, administrations, mutualités ne connaissent plus le médecin isolé ; c'est aux représentants de leurs groupements corporatifs qu'ils s'adressent ; c'est avec eux qu'ils dis-

cutent, en sorte que les adversaires de l'association syndicale sont quand même protégés par elle qui travaille pour tous, et au profit même de ceux qui la combattent.

D'autres confrères (mais ce sont souvent les mêmes que les premiers), m'ont répété : « On ne fait rien à votre syndicat ». Je n'ai jamais entendu ce reproche sans répliquer qu'il s'adressait tout aussi bien à celui qui le formulait. *On* ne fait rien,mais qui « on » ? si ce n'est l'ensemble des confrères syndiqués ? Messieurs, il semble, parfois, que nous soyons syndicalistes, comme le Français est « étatiste ». « L'Etat devrait faire ceci, l'Etat devrait faire cela ». Il semble à beaucoup qu'il y a, dans le syndicat, une puissance suprême, une providence cachée, dont le rôle est de faire le bonheur de ses sujets qui l'attendent d'en haut, dans le recueillement et l'isolement. Il est peut-être utile d'en appeler de cette conception simpliste et monarchique. Le syndicat est une république, dont l'effort ne vaut que par l'effort de chacun ; c'est une union pour l'action de tous au profit de tous. Son influence, sa puissance, sa résistance à l'égard des empiètements d'une autre collectivité ne lui viennent pas d'une force impérieuse en son essence, mais de l'initiative et de la vigilance de chacun de ses membres. Le syndicat ne fait rien, dites-vous ; que ne lui infusez-vous une vigueur nouvelle en y pénétrant et en le dirigeant. Il convient que chacun de nous se persuade que s'il veut sauvegarder ses intérêts ou sa dignité professionnelle, il ne suffit pas qu'il en confie, une fois pour toutes, le soin à d'autres ; il faut qu'il y veille, lui aussi, personnellement. Le syndicat n'est qu'un moyen de grouper et de faire triom*pher nos revendications* ; le ressort d'action est purement individuel. Il appartient à tous les membres de s'intéresser aux affaires du syndicat et non de s'en reposer passivement sur le Bureau.

Messieurs, pour diriger cette œuvre commune, à laquelle je vous convie, nul Bureau ne sera mieux qualifié que celui qui nous succède.

La présidence échoit à un homme à qui la dignité et la valeur de la belle carrière professionnelle ont valu l'estime et le respect général.

Il m'est particulièrement agréable de voir à la vice-présidence le distingué secrétaire du Bureau précédent. Pendant les trois années que j'ai passées ici, il a été pour moi un collaborateur dévoué, qui a prêté l'appui de sa connaissance parfaite des affaires syndicales à mon inexpérience ; il m'a apporté, en toutes difficultés, le secours d'un sens pratique, d'un tact, d'une bonne volonté, dont je ne saurais trop ici le féliciter et le remercier publiquement.

J'ai plaisir à saluer M. Vallée qui va nous apporter, dans les délicates fonctions de secrétaire, toute son intelligente activité.

Vous vous associerez sans doute à moi pour remercier M. Seyer, qui veut bien continuer, avec beaucoup de bonne grâce et de méthode, les peu récréatives fonctions de trésorier.

Chronique de la défense professionnelle

Assurés qui ne le sont pas.

Monsieur et cher confrère,

Je viens d'avoir la visite d'un agent d'assurances qui a déjà fait souscrire nombre de polices responsabilité professionnelle à des confrères du Puy et St-Etienne, polices contenant la clause dangereuse que vous avez signalée dans le numéro du *Concours* du 25 décembre 1910, relative au droit de transiger.

Je viens d'écrire immédiatement au Dr Suttel, au Puy pour attirer son attention là-dessus. Que faire plus ?

Je désirerais savoir si un confrère assuré de cette façon, étant attaqué à tort en dommages et intérêts, après s'être vu couvert pécuniairement par la compagnie, *qui aurait transigé*, pourrait faire poursuivre par le « Sou » dont il fait partie, l'individu qui aurait procédé à ce chantage dangereux, car il serait à craindre que le succès pécuniaire obtenu soit un encouragement pour les clients véreux à voir des fautes professionnelles partout.

Je vous remercie d'avance de votre renseignement et du dévouement que vous avez pour toutes les œuvres professionnelles et vous prie d'agréer l'assurance de mon entier dévouement.

Dr Eyraud.

Réponse.

La transaction a pour effet d'éteindre l'action primitive. Il n'y aurait donc aucun moyen, pour le médecin, de faire poursuivre, par le « Sou », le malade avec lequel il aurait transigé.

Au surplus, *la transaction n'est qu'un aveu de culpabilité*. Comment prouver que le malade vous a attaqué injustement, alors que vous avez consenti à lui donner partiellement raison, par votre transaction ?

D'autre part, si vous êtes assuré au « Sou » et à une compagnie, chacune de ces deux sociétés voudra diriger l'affaire, en vertu de ses statuts ou des clauses inscrites dans les polices ; si la compagnie veut transiger et si le « Sou » s'y refuse, qu'adviendra-il ? C'est que le médecin, pris entre les deux, risquera de ne plus être couvert.

Nous ne saurions donc trop vous répéter : la méfiance est la mère de la sûreté.

Le médecin ignore totalement les arguties du langage juridique ; qu'il y prenne garde. De bonne foi, il se croira couvert par les termes contenus dans sa police et, au moment du danger, il pourrait avoir une désillusion cruelle ; le bon sens et le droit strict et absolu n'ont jamais été identiques.

P. B.

ÉTUDES ET PROJETS

La défense médicale par la Presse.

Une lettre de Diverneresse.

Parmi les très nombreuses lettres que m'ont valu mes deux articles sur l'*Arme nécessaire* et auxquelles je m'excuse de ne pouvoir répondre individuellement, il en est une que je ne puis passer sous silence par ce qu'elle émane d'un médecin qui ne s'est jamais ménagé pour la défense de ses confrères et parce qu'il a été assez copieusement attaqué pour que je tienne à honneur de déclarer tout le bien que je pense de son effort et de ses intentions : c'est de Diverneresse que je veux parler.

Je ne crois pouvoir mieux faire que de publier sa lettre et la réponse que je lui ai faite :

« Mon cher confrère

« J'ai lu avec le plus vif intérêt votre article du « *Concours* du 19 mars. Vous reconnaissez vous-« même que votre projet est un peu chimérique, « d'un journal quotidien qui serait à nous, parce « que cela coûterait très cher. J'ajoute parce « qu'il n'y a que 20.000 médecins en France.

« Mais la besogne que vous attendez de ce « quotidien, croyez-vous qu'elle ne soit pas faite « aussi par d'autres avec ardeur, dévouement — « et efficacité ? Ici, mon cher confrère, nulle « place au rêve, même trop beau, mais une réa-« lité déjà séduisante, si elle fut laborieuse.

« Je songe à notre « *Médecine sociale* ». Elle « est encore jeune, sans doute, et ne paraît que « mensuellement. Pourtant, sa place est déjà « marquée partout ; on la commente ; ses articles « portent. On la peut agrandir et la rendre plus « fréquente. Avec votre aide, avec celle de tous « les vaillants qui luttent, chacun dans son coin, « ignorant les autres, on lui pourrait trouver de « nouveaux abonnés nombreux ; elle deviendrait « hebdomadaire, nos intérêts seraient défendus « avec force.

« Ce n'est là que de l'action. Ne voulez-vous pas en être ? »

« Dr Diverneresse ».

Mon cher confrère,

Si vous avez lu mon premier article dans le *Concours* du 12 mars, vous avez dû voir que je ne méconnais aucun des efforts qui sont faits ici et là par les défenseurs des intérêts médicaux.

Votre œuvre courageuse, soit à la « Médecine sociale », soit à l' « Union », soit dans les « Congrès », a droit à toute notre sympathie et j'estime que tous les praticiens ont vis-à-vis de vous, une dette particulière de reconnaissance, pour les efforts que vous avez prodigués dans la lutte contre l'âpreté des assureurs.

Ceci dit, je n'en suis que plus à l'aise pour vous expliquer les raisons qui inclinent mon choix vers un organe de défense professionnelle autre que *La Médecine sociale*.

Beaucoup de médecins reprochent à celle-ci ses attaches socialistes et des tendances qualifiées de révolutionnaires. Bien que libéré de semblables préjugés et disposé à accueillir toutes les bonnes volontés, sans distinction de parti, je voudrais voir créer une feuille aussi ardente dans le fond, mais plus modérée dans la forme, qui puisse être acceptée de tous les membres du Corps médical quelles que soient leurs conceptions personnelles au point de vue politique et social.

D'un autre côté, si je considère la M. S., comme le meilleur des journaux consacrés à notre défense, à l'heure actuelle, parce qu'elle fait porter son action hors de la profession ; j'estime cependant que son rôle est trop restreint parce qu'elle ne s'adresse qu'à une clientèle limitée, celle des Bourses du travail et de la classe ouvrière.

Ce que je préconise, c'est l'*action aussi large que possible sur le grand public*, c'est l'éducation de la masse des électeurs ; c'est la généralisation de l'effort que vous avez tenté sur un terrain spécial et d'ailleurs très bien choisi, parce que très préparé à recevoir les idées nouvelles.

Pour cela, *en théorie*, c'est un quotidien qu'il nous faut.

Et si l'entreprise vous apparaît comme un peu chimérique, c'est que vous connaissez bien l'indifférente veulerie des médecins, dès qu'il s'agit de s'unir pour une œuvre de défense commune.

Mais encore faudrait-il bien préciser quel effort nous devrons demander à ceux qui viendront à nous.

En journalisme, on admet qu'un quotidien fait ses frais dès qu'il atteint 8 à 10.000 abonnés.

On peut d'ailleurs vérifier cette assertion en étudiant les budgets des principaux journaux à leurs débuts. Pour une feuille tirant à 40 ou 50.000 exemplaires, vous arriverez au chiffre moyen de 300.000 francs de frais par an, pendant les 2 ou 3 premières années, où le rendement de la publicité est à peu près nul.

Dix mille abonnés à 24 francs ne donnent que 240.000, mais le déficit est largement comblé par la publicité, qui devient immédiatement fructueuse, quand le journal peut justifier d'un tel nombre d'abonnés et d'un tel tirage.

Cela revient à dire que pour assurer l'existence de notre quotidien, il nous suffit de recueillir parmi nos confrères, — *ou dans leur entourage* — dix mille abonnements.

Cela n'ira pas tout seul, je le sais bien, et il y faudra du temps, de la persuasion et de la ténacité.

Mais je ne puis croire que la majorité des lecteurs du *Concours médical* se refusera à souscrire à un journal quotidien d'informations qui ne coûtera pas plus cher et qui ne vaudra pas moins que la plupart des journaux à un sou qui lui sont offerts.

En dehors du caractère d'utilité qu'il présentera pour la défense des intérêts des malades et des médecins, il séduira aussi beaucoup d'esprits libres par l'indépendance absolue qu'il apportera dans le jugement des choses et des gens.

Un journal impartial, ne dépendant d'aucune coterie politique, d'aucune coalition financière ! Mesurez la force qu'il pourra acquérir !

Enfin, mon cher confrère, même si cette créa-

tion était impossible, il ne faudrait pas renoncer à nous faire entendre du grand public.

Il reste une dernière solution moins grandiose sans doute, mais bien moins coûteuse et tout aussi efficace dans ses résultats.

J'en reparlerai prochainement.

Ce que je désirais surtout, en écrivant mes premiers articles, c'était amorcer une discussion, ouvrir une étude afin de créer un mouvement d'opinion.

Les lettres que j'ai déjà reçues me prouvent que la question intéresse les médecins d'aujourd'hui, de plus en plus conscients des périls que fait courir à notre profession l'organisation actuelle de la Presse.

Avec des concours comme le vôtre, mon rêve est assuré de devenir avant peu, sous une forme ou sous une autre, une vivante et bienfaisante réalité.

Veuillez agréer, etc.

Dr Lepaitre.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

L'indigent a-t-il droit à l'hôpital ?

Mon cher confrère,

Pour faire suite à vos articles sur l' « Hôpital et l'Administration des Hôpitaux », je vous signale les difficultés, ou plutôt l'impossibilité, où l'on se trouve pour faire admettre d'urgence un malade indigent à l'hôpital d'A. ; je ne sais s'il en est de même dans toutes les villes de France. Voici un individu atteint de hernie étranglée ; s'il a de l'argent, cela va tout seul, il n'a qu'à partir avec 80 francs, les portes de l'hôpital s'ouvriront toutes grandes pour le recevoir ; je ne connais pas d'exemple d'un malade payant que l'on ait refusé, faute de place. Mais si ce même individu est indigent, c'est une autre affaire ! Il faut d'abord, qu'il aille trouver le maire de sa commune, que celui-ci demande à l'administration de l'hôpital s'il y a un lit disponible : quand la commune se trouve à 25 kil. ou plus du chef-lieu, cela demande déjà du temps.

Quand le maire a reçu une réponse favorable, il établit un certain nombre de paperasses que le malade emporte avec lui et qu'il doit d'abord déposer à la préfecture, avant d'aller à l'hôpital ; comme les bureaux n'ouvrent qu'à certaines heures, il faut donc qu'il attende...... ou qu'il meure, car l'hôpital ne le recevra pas, s'il n'a pas rempli ces conditions.

L'année dernière, je soignais une femme atteinte de kyste de l'ovaire tordu ; elle souffrait tellement que son entrée d'urgence à l'hôpital s'imposait ; mais elle était pauvre, il était 3 heures de l'après-midi, impossible par conséquent de faire toutes les formalités nécessaires, il fallait attendre le lendemain. Heureusement, des amis charitables se cotisèrent et fournirent les 80 francs nécessaires à son admission immédiate. Je viens de voir un jeune homme atteint d'appendicite avec péritonite. Je voulus l'envoyer à l'hôpital. Dès le matin, on télégraphia à l'administration qui répondit le soir qu'il y avait de la place ; mais il était trop tard pour partir, les bureaux de la préfecture étaient fermés. Néanmoins, je trouvai le malade si mal que j'exigeai son départ immédiat et je téléphonais à un de mes amis, chirurgien de l'hôpital pour qu'il usât de son influence pour faciliter l'admission du jeune homme.

Bien m'en prit ; il arriva dans la nuit, mais on ne voulait pas le laisser entrer et il dut se recommander de mon ami. Ce dernier l'opéra dès le matin, en pleine péritonite. S'il avait eu de l'argent, il aurait pu être opéré au moins douze heures plus tôt.

On demande l'hôpital aux indigents....... en fait, *l'hôpital est d'abord à ceux qui payent.*

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr A.

PROTECTION DU PREMIER AGE

La responsabilité des Médecins-Inspecteurs de la protection du 1er âge.

Mon cher confrère,

Dans son excellent article sur la responsabilité des médecins-inspecteurs de la protection du premier âge, le docteur S. ne dit pas tout.

A côté de la loi, il y a le règlement d'administration publique avec un article 10 : « Le médecin-inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse pour y voir l'enfant dans la huitaine du jour où, en exécution de l'article 24 ci-après, il est prévenu par le maire de l'arrivée de l'enfant dans la commune. Il doit ensuite visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire. »

L'inspecteur départemental sait très bien que les médecins ne se dérangent pas dans la huitaine pour visiter un nourrisson récemment placé, car on ne peut raisonnablement demander à un médecin de faire 10 ou 15 kilomètres pour la somme de 1 fr. ou 1 fr. 50.

Mais supposez que le médecin-inspecteur ne visite l'enfant qu'après un mois de placement, supposez que cet enfant soit syphilitique et qu'il contamine sa nourrice.

Supposez enfin, ce qui est très naturel, que la nourrice dépose une plainte contre le médecin-inspecteur qui avait la charge de visiter l'enfant dans les huit jours et qui ne l'a pas fait, qu'elle l'accuse d'être cause involontaire, mais réelle, d'une contagion, qui aurait pu être évitée, si l'enfant avait été visité en temps utile et si elle avait été prévenue. Quel est le procureur qui ne poursuivra pas le médecin ? et quel est le tribunal qui ne le condamnera pas ?

C'est une situation intolérable.

Il faut que les médecins inspecteurs déclarent catégoriquement qu'ils ne peuvent accepter la responsabilité du service tel que les pouvoirs publics l'ont organisé.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments de confraternité.

Dr J. ARMAND.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Association Amicale-Maladie.

Séance du Conseil du 30 *mars* 1911.

Présents : MM. Maurat, Gassot, Mignon et Jeanne.

M. Maurat expose que cette séance est probablement la dernière qui sera tenue sous le régime actuel, tout permettant d'espérer que la séance trimestrielle de fin juin comportera les admissions et indemnités de l'Association-maladie fonctionnant comme branche M. A. de la Mutualité familiale à partir du 1er juillet 1911.

M. Jeanne informe qu'en effectuant le dépôt des statuts de celle-ci, il a dû, pour se conformer aux exigences de la classification ministérielle, écrire dans la déclaration obligatoire *« que l'Association amicale maladie (société libre n°* 1445), *s'annexait la Caisse des Pensions de retraite, société approuvée n°* 1884, *pour fonctionner à l'avenir sous son même numéro* 1445, *avec le titre de « Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français »*. Question de forme devant laquelle il s'est incliné sans plus de protestation, parce qu'elle lui a paru sans importance.

Le Conseil déclare partager la même opinion.

Il est procédé au vote des indemnités ci-dessous :

INDEMNITÉS

5	3 mois	300 »
23	45 j.	150 »
34	60 j. à 10 fr. × 13 j. chr.	643 »
39	17 j.	170 »
49	25 j. chr.	83 25
50	8 j.	80 »
56	31 j.	310 »
68	23 j.	230 »
78	3 m	300 »
80	3 m.	300 »
85	37 j.	370 »
90	6 j.	60 »
100	60 j. à 10 fr. × 25 j. chr.	683 25
106	18 j.	59 95
107	3 m.	300 »
137	3 m.	300 »
138	26 j.	260 »
140	3 m.	150 »
141	3 m.	300 »
142	60 j. à 10 fr. × 5 j. chr.	616 65
145	8 j.	80 »
147	3 m.	300 »
149	25 j.	250 »
154	3 m.	300 »
173	3 m.	300 »
179	3 m.	300 »
162	2 m., 10 j.	233 30
186	3 m.	300 »
209	24 j.	240 »
214	15 j.	150 »
215	3 m	300 »
223	32 j.	320 »
234	37 j.	370 »
276	11 j.	110 »
319	19 j.	190 »
332	3 m.	300 »
335	60 j. à 10 fr. × 35 j. chr.	716 55
336	5 j.	50 »
341	3 m	300 »
342	60 j. à 10 fr. × 12 j. chr.	640 »
349	12 j.	120 »
371	16 j.	160 »
372	3 m.	300 »
373	3 m.	300 »
384	26 j.	260 »
401	8 j.	80 »
412	3 m.	300 »
420	24 j.	240 »
421	3 m.	300 »
422	7 j.	70 »
439	41 j.	410 »
464	33 j.	330 »
473	26 j.	260 »
478	7 j.	70 »
503	8 j.	80 »
513	17 j.	170 »
542	Cure climatérique.	300 »
549	3 m.	270 »
553	27 j.	50 »
595	5 j.	150 »
597	15 j.	150 »
600	15 j.	130 »
601	13 j.	110 »
604	11 j.	320 »
612	32 j.	633 25
627	60 j. à 10 fr. × 10 j. chr.	400 »
634	40 j.	80 »
663	8 j.	320 »
665	32 j.	300 »
677	3 m.	310 »
680	31 j.	250 »
682	25 j.	320 »
700	32 j.	320 »
709	32 j.	110 »
718	11 j.	300 »
719	3 m.	20 »
727	2 j.	40 »
745	4 j.	330 »
749	3 m.	440 »
750	44 j.	560 »
770	56 j.	300 »
772	3 m.	30 »
779	3 j.	450 »
787	45 j.	140 »
884	14 j.	160 »
849	16 j.	50 »
853	5 j.	380 »
856	38 j.	150 »
861	15 j.	

869	15 j.	150	»
887	37 j.	370	»
888	27 j. à 10 fr. × 2 m. et 3 j. chr.	480	»
904	3 m.	300	»
933	22 j.	220	»
945	36 j. à 10 fr. × 25 j. chr.	446	60
992	21 j.	210	»
1012	2 j.	20	»
1052	3 m.	300	»
1062	13 j.	130	»
1072	4 j.	40	»
1078	3 j.	30	»
1103	20 j.	200	»
1154	3 m.	300	»
1169	22 j.	220	»
1253	18 j.	180	»
1257	13 j.	130	»
1304	3 m. et 18 j. chr.	359	95
1305	22 j.	220	»
1308	3 m.	300	»
1363	40 j.	400	»
1381	16 j.	160	»
1418	45 j.	450	»
1428	11 j.	110	»
1451	16 j.	160	»
1455	3 m.	300	»
1471	8 j.	80	»
1472	16 j.	160	»
1482	4 j.	40	»
1493	5 j.	50	»
1538	20 j.	200	»
1546	13 j.	130	»
1601	34 j.	340	»
1623	11 j.	110	»
1625	18 j.	180	»
1661	27 j.	270	»
1673	17 j.	170	»

ADMISSIONS.

Combinaison A.

Montagard, à Avignon (Vaucluse).
Mothe, à Monfort (Gers).
Gillé, à Bricquebec (Manche).
Makereel, à Lens (Pas-de-Cala
Schachmann, à Plerguer (Ille-et-Vilaine).
Poupon, à Verrey-sous-Salmaise (Côte-d'Or).
Calmels, à Millau (Aveyron).
Marçou, à Bandol (Var).
Marsat, à la Villedieu (Vienne).
Manguis, à Saint-Savinien (Charente-Inférieure).
Philippet, à Saint-Just-en-Chaussée (Oise).
Bussière, à Montluçon (Allier).
Pons, à Flayosc (Var).
Mourié, à Surgères (Charente-Inférieure).

Combinaison A.-C.

Le Pipe, à Lorient (Morbihan).
Mathieu, à Wassy (Haute-Marne).
Guéry, à Fontenay-le-Comte (Vendée).
Level, à Châteauneuf (Ille-et-Vilain
Saix, à Alais (Gard).
Deroide, à Calais (Pas-de-Calais).
Goupil, à Bar-sur-Aube (Aube).

Passage à C.

Jouve, n° 256, à Gisors.

CORRESPONDANCE

Le Médecin et l'Automobile

Monsieur et cher confrère,

C'est avec plaisir et intérêt que j'ai lu dans le *Concours*, l'article du Dr Barbanneau : « Le médecin et l'automobile » et je pense que beaucoup de confrères automobilistes sont dans mon cas. Quant à ceux qui ne sont pas encore venus à l'auto, ils y ont trouvé des renseignements utiles sur le coût approximatif de ce moyen de transport.

Mais, qui n'entend qu'une cloche..... Certes les renseignements que nous donne le Dr Barbanneau sont très précis, mais il me semble que ses conclusions, en ce qui concerne la dépense au kilomètre, sont un peu pessimistes et ne peuvent être généralisées d'une façon absolue.

Et, en les admettant même, sans réserves, il y a une autre question plus proche et aussi intéressante : la question de l'achat d'une voiture. Quelle voiture devra acheter le confrère, qui consent à se séparer de quelques billets de mille francs, mais veut être bien servi et prétend rouler et non pas être roulé ?

Ne croyez-vous pas qu'une enquête faite à ce sujet par la voie du *Concours* ne serait pas déplacée dans cet organe des intérêts professionnels et ne pensez-vous pas qu'elle mériterait l'attention des lecteurs ?

Car la réponse ne demanderait à chaque confrère que cinq minutes de travail, qui ne seraient pas perdues, puisqu'elles profiteraient à tous, et que chacun pourrait y trouver, un jour, des renseignements précieux.

Les questions suivantes pourraient être posées :

1° Quelle est la marque de votre voiture ?

2° Quel type ?

3° En quelle année la voiture est-elle sortie de l'usine (je pense qu'il n'y aurait lieu de s'occuper que des voitures sorties depuis 1907) ?

4° Quelle force en HP ?

5° Combien de cylindres ?

6° Prix de revient du *châssis avec pneus* ?

7° Quelle carrosserie ?

8° Clientèle de ville ou de campagne ?

9° Pays plat, accidenté, montagneux ?

10° Usage purement médical ou voiture à deux fins : 1° usage médical ; 2° sorties de famille ?

11° Coût approximatif du kilomètre : 1° essence et huile ; 2° pneus ; 3° réparations ?

12° Au point de vue rendement, votre voiture, pour un usage médical, est-elle trop forte, assez forte, pas assez forte ?

13° Combien de kilomètres parcourus ?

14° Au point de vue du fonctionnement, votre voiture est-elle très satisfaisante, assez satisfaisante, médiocre ou pire ?

15° Avez-vous eu de grosses pannes indépendantes du conducteur ou dues à la mauvaise qualité des matériaux ?

16° Desiderata.

L'analyse des résultats de cette enquête, *faite avec discrétion et sans aucun commentaire*, donne-

rait à chacun de nous une idée à peu près exacte de la voiture, qui convient au médecin dans les différents cas ; de la valeur respective des différentes marques, et du budget probable de la future voiture.

Qu'en pensez-vous ?

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr H. Poirrier.

P. S. — Je n'ignore pas qu'une enquête du même genre a été faite, il y a près de deux ans, par un excellent spécialiste en la matière, le Dr Bommier. Mais il n'en a pas publié les résultats ; et puis deux ans, en matière d'automobile, c'est déjà vieux.

Réponse. — Nous ne nous faisons pas trop d'illusion sur les résultats de l'enquête demandée ; ils seront sans doute ceux que mentionne l'Agenda-Memento. Essayons quand même.

Automobilisme médical pratique.

Mon cher directeur et honoré confrère,

Il y a quelques années, lorsque l'automobilisme était encore dans son enfance, le *Concours* a publié plusieurs études sur ce sujet, mais à cette époque, quelques rares privilégiés de notre profession pouvaient s'offrir le luxe de ce mode rapide de transport. Aujourd'hui que cette question a fait des pas de géant, et que la machine peut être utilisée couramment sans panne à peu près certaine au 1er ou au 10e kilomètre, et que la classe moyenne médicale peut songer à chauffer, il serait non seulement intéressant, mais même très utile pour ceux qui sont sur le point de sauter le pas du cheval-avoine au cheval-vapeur ou acier, et d'un autre côté qui n'ont pas les moyens de perdre un certain nombre de billets de mille dans une expérience préalable, d'être bien documentés, et de pouvoir tabler sur des chiffres certains, c'est-à-dire garantis par la parole et la loyauté de leurs pairs, plus avancés qu'eux sur la traction mécanique

Je viens donc vous demander d'ouvrir encore une fois les colonnes de notre journal en posant les questions suivantes, auxquelles tout confrère renseigné pourra répondre pour l'édification et l'instruction des néophytes :

1° Quelle est la dépense à envisager, rapportée au kilomètre, pour la marche seule journalière en essence, huile, etc. (alimentation journalière ou nourriture du cheval d'acier), en prenant pour type la voiture de Dion-Bouton 8 HP à 4 places ?

En d'autres termes, à combien peut-on, pour ne pas avoir de désillusion, évaluer le prix du kilomètre de marche ;

2° Même question, mais comprenant toutes les dépenses de marche et d'entretien journalier de la voiture en bon état ? (le prix d'achat n'étant pas compris et considéré comme sacrifié), (*sans chauffeur payé*).

3° Quelle durée approximative peut-on donner à la voiture, en la supposant bien conduite, bien entretenue, et faisant une moyenne de 70 à 80 kilomètres par jour. Soit l'âge probable de sa mise en retraite (*Neuve, bien entendu*) ?

Tels sont les renseignements sur lesquels les confrères dans mon cas seraient heureux d'avoir une certitude (*ou à peu près*).

Au cas, où ces renseignements ne devraient pas à votre avis faire l'objet d'un referendum dans le journal, ce qui cependant rendrait service à un plus grand nombre de confrères de toutes régions, je vous serais personnellement obligé de me les procurer auprès d'un de nos confrères ayant l'expérience de la chose.

Réponse. — En conséquence d'une enquête faite depuis quelques mois déjà, dans les conditions réclamées par notre confrère, nous sommes conduits à répondre ce qui suit par la plume d'un spécialiste :

Mon cher Directeur,

Comme suite à la demande que vous avez bien voulu me transmettre, je vous prie de noter que je ne réponds pas exactement dans l'ordre des questions de votre correspondant, et que les chiffres que je vous donne sont approximatifs, parce que si la dépense en essence et en huile ne varie pas beaucoup, la dépense en pneumatiques varie énormément suivant l'état des routes, le poids transporté, la manière dont le conducteur conduit (les démarrages violents et les coups de frein usent les pneumatiques très rapidement).

En ce qui concerne les réparations, cela dépend du plus ou moins de soin qu'on apporte à la voiture ; cela dépend aussi du mécanicien-réparateur que l'on a sous la main. Il est nécessaire, principalement pour un médecin, de faire revoir COMPLÈTEMENT sa voiture environ tous les 30 ou 40.000 kilomètres pour éviter, autant que possible, d'avoir des arrêts sur la route.

L'amortissement varie par les mêmes causes. Je suppose aussi que la voiture transportera généralement une ou deux personnes et qu'elle transportera peu souvent 4 personnes, parce qu'alors j'estime qu'une 8HP de Dion est insuffisante, à moins qu'on n'ait d'excellentes routes, d'un profil peu accidenté.

Dépense kilométrique pour une voiture 8 HP de Dion monocylindrique avec carrosserie 4 places :

Essence et huile	0.06
Pneumatiques	0.10
Réparations	0.05
Amortissement	0.05
Assurance et divers	0.04
Total	0.30

Pour calculer l'amortissement d'une voiture d'environ 6.000 fr., j'ai pris cinq ans, parce que la moyenne de 80 kil. par jour, c'est-à-dire 25.000 kil. par an est une très forte moyenne. De plus, il y a lieu de conseiller, dans ces conditions, de ne pas garder la voiture plus de trois ans, de la revendre d'occasion et d'en racheter une neuve.

Au bout de trois ans, les voitures de grandes marques ont encore une valeur commerciale im-

portante et peuvent resservir très bien pour des automobilistes qui ne font, comme beaucoup, qui 5 ou 6.000 kil. par an. Ou, alors, ce qui est encore beaucoup mieux, c'est, au bout de trois ans, de racheter une seconde voiture et de garder la première comme doublure.

Dans ces conditions, on peut donner beaucoup plus de soins à la voiture, tant pour l'entretien que pour la réparation, ce qui en augmente sensiblement la durée et diminue les chances de panne sur la route.

J'ajoute que le chiffre de 30 centimes est assez large et qu'il pourrait être très légèrement diminué, sans jamais être en-dessous de 25 centimes. On peut obtenir le même résultat avec une petite 8 HP 4 cylindres.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, mes bien sincères salutations.

E. PÉROCHE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX de GRISOLLES (Tarn-et-Garonne)

15 *novembre* 1910.

Accident du travail. — Contestation d'honoraires. — Preuve du nombre des visites et interventions. — Choix du médecin par le patron résultant d'un bulletin d'avis, signé de lui, destiné au médecin et le priant de donner ses soins au blessé.

Attendu qu'il y a lieu de donner acte aux parties de la renonciation à se prévaloir du moyen de péremption de l'instance formulée à la dernière audience par G. et acceptée par Péguillan ;

Attendu que M. Lacaze, expert, a, après serment prêté, procédé à l'accomplissement de son mandat et dressé de ses opérations un rapport qu'il a déposé au greffe ;

Attendu que, de l'examen de ce document, il résulte que le mémoire produit dans l'instance par le demandeur est conforme à son livre journalier et qu'au moment de l'accident un pansement antiseptique s'imposait ;

Attendu que, si l'expert n'a pu arriver à donner une précision formelle sur le nombre des pansements qui suivirent et leur nature, le nombre et la nature des massages, il n'en déclare pas moins dans une partie de son rapport :

1° *Au sujet des pansements* : « que, la pratique « chirurgicale étant très variable,il ne lui est pas « possible de se prononcer sur le nombre de ceux « qui ont pu être utiles ; que cette pratique varie « non seulement suivant le chirurgien,mais suivant la nature de la blessure, la rapidité plus « ou moins grande de la cicatrisation ; que le « tempérament éminemment variable du blessé « peut également influer sur la durée du traitement et le nombre de pansements ; que ce que « l'on peut dire seulement, c'est que la gravité de « la blessure a dû nécessiter des soins intelligents et une surveillance assez fréquente à « cause de sa nature même » ;

2° *Au sujet des massages* : « qu'ils ont une utilité « incontestable en évitant les raideurs articulaires et ankyloses dues à l'immobilisation prolongée ; que la blessure de R... nécessitait absolument la mobilisation précoce des doigts, « celle du poignet, le *massage de l'avant-bras et du « bras* destiné à entretenir la vitalité et la contractilité musculaires *jusqu'au moment où la blessure étant cicatrisée, les mouvements spontanés « et le travail ont pu être repris* » ;

Qu'enfin, dans une autre partie de son travail, M. le Dr Lacaze s'exprime ainsi : « Quant à la nature des pansements antiseptiques ou aseptiques, il y a là une question de pratique personnelle au chirurgien, qu'il est absolument impossible de juger ou de critiquer », et plus loin sous le § 13 : « J'ai dit que les massages étaient justifiés ; il ne m'appartient pas de dire le nombre « de ceux qui étaient nécessaires même dans ce « cas particulier » ;

Attendu que ces indications de l'expertise, pour aussi peu précises qu'elles sont, n'en font pas moins entrevoir que le traitement de la blessure du jeune R. a été délicat et a nécessité des soins très fréquents ; qu'elles font présumer, appuyées qu'elles sont sur les mentions portées au livre journalier du médecin traitant, que les opérations dont le paiement est réclamé ont été nécessaires ;

Attendu qu'en effet, tous les modes de preuves sont admis (ainsi que celui résultant de simples présomptions dont parle l'art. 353 du C. C.), lorsque le créancier se trouve dans l'impossibilité même simplement morale de se procurer une preuve littérale de l'obligation qui a été contractée envers lui ; que l'usage pratiqué partout,reposant sur un sentiment de dignité personnelle interdit au médecin de se faire délivrer une reconnaissance de ses services toutes les fois qu'il est appelé à exercer son ministère auprès de la même personne, ce qui le met par conséquent, dans l'impossibilité prévue par l'art. 1348 du C. C. ;

Attendu, il est vrai, que les mentions contenues dans le livre journalier peuvent aussi être combattues par tous les moyens ; que c'est, sans doute,en s'inspirant de cette considération que G. demande non pas une enquête, mais la comparution et l'audition de la victime à l'audience. Mais, attendu que cette comparution, si elle était possible (R. ne figurant pas dans l'instance), ne saurait avoir aucune influence sur le sort du litige ; que ce dernier viendrait-il confirmer les dires de G., ce qu'il a déjà fait d'ailleurs devant l'expert, sa déclaration ne serait pas du tout concluante ; qu'il est, en effet,toujours ouvrier au service de G., et que, par conséquent,rien de ce qu'il pourrait venir nous faire entendre ne saurait être retenu ;

Attendu au surplus que le serment supplétoire a été déféré par nous au Dr Péguillan qui l'a prêté, que ce faisant, il est venu nous apporter la certitude que toutes les indications portées sur son livre journalier et se rapportant au traitement de R, sont conformes à la vérité.

Sur le prix des visites ou consultations :

Attendu que G., ainsi d'ailleurs que cela est

reconnu par toutes les parties, remit à R., à l'époque de son accident un bulletin signé de lui, destiné au Dr Péguillan, où celui-ci était prié de vouloir bien examiner le blessé et de délivrer le certificat initial ; que ce bulletin portait, en outre, en caractères imprimés, un avis à l'ouvrier l'invitant à se rendre chez le médecin aux jours et heures indiqués par ce dernier ;

Attendu qu'un document ainsi libellé démontre jusqu'à l'évidence que c'était G.... l'entrepreneur et non l'ouvrier qui avait choisi le médecin chargé de donner les soins nécessaires et que, par conséquent R. n'avait point usé de la faculté à lui réservée par l'alinéa 2e de l'art. 4 de la loi de 1898 modifiée par celle de 1905 ;

Or, attendu qu'il résulte des termes de ce même texte que le tarif ministériel du 30 sept. 1905, qu'il prévoyait déjà, ne reçoit application qu'au cas où la victime usant de la faculté à elle laissée a fait elle-même choix du médecin ; qu'il s'ensuit que, dans le cas où c'est l'entrepreneur qui indique ou choisit le médecin traitant, c'est le tarif en usage dans la localité qui doit être appliqué ;

Attendu que la victime n'était point cependant dans l'impossibilité d'user de cette faculté à elle concédée par la loi, que le Dr Péguillan n'est point en effet le seul à exercer, à Grisolles, la profession de médecin ;

Attendu encore qu'il a été établi que G. avait adressé à Péguillan d'autres de ses ouvriers victimes d'un accident de travail pour les soumettre à ses soins et que, d'autre part, les visites ou consultations auxquelles ils avaient donné lieu avaient toujours été comptées au prix de 1 franc 50, sans contestation ; qu'il existait donc entre eux une convention au moins tacite qui en fixait le prix, lequel devait évidemment servir de base à l'indication des honoraires dus pour les diverses opérations nécessitées ;

Attendu, d'ailleurs, que le prix de la consultation dans la localité *est de deux francs*, que donc la demande, en ce qui concerne les consultations, est pleinement justifiée ; qu'il en est de même en ce qui a trait au prix des opérations ; qu'en effet, pour arriver à la fixer le demandeur a suivi la même méthode que les auteurs du tarif ministériel déjà cité en prenant pour base le prix de la consultation (1 fr. 50), auquel il a appliqué la même progression selon la nature des soins donnés ;

Sur la demande additionnelle :

Attendu qu'il est certain que le défendeur a été un peu vif dans sa défense ; que cependant celle-ci ne décèle point la mauvaise foi, que s'il a été émis des imputations sans doute excessives jointes à des considérations déplacées de nature peut-être à nuire à la considération de l'adversaire, il doit suffire pour en détruire le mauvais effet d'en proclamer l'inanité ; que d'autre part, la perte de temps dont se plaint Péguillan, occasionnée par la longueur du procès et les renvois successifs ne sont imputables à personne ; que la mesure d'instruction a été ordonnée d'office par le juge pour arriver à éclairer sa religion et que, si 2 ou 3 renvois ont été, en effet, prononcés, ils l'ont été dans l'intérêt du litige même et en tout cas du consentement de tous.

Sur la demande reconventionnelle :

Attendu que le demandeur se voit octroyer l'intégralité de ses conclusions de son exploit introductif ; que la demande reconventionnelle en 500 francs de dommages-intérêts, basée exclusivement sur la demande principale elle-même, doit donc être écartée.

Par ces motifs, jugeant en dernier ressort :

Donnons acte aux parties de ce que G. a renoncé à se prévaloir de la péremption indiquée par l'art. 15 du C. P. C. et de ce que Péguillan a accepté cette renonciation ; donnons acte à Péguillan du serment supplétoire par lui prononcé, duquel il résulte queles mentions portées sur le livre journalier relatives au traitement et aux soins par lui donnés à R., sont conformes à la vérité ; condamnons G. à payer au Dr Péguillan la somme de 206 francs par lui demandée dans son exploit introductif avec les intérêts de droit ; Rejetons la demande reconventionnelle ainsi que les autres conclusions des parties ; condamnons G., en tous les dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Concours d'inspections des services administratifs. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes. Vu le décret du 20 décembre 1907 ; Vu l'arrêté du 24 janvier 1911 ; Sur la proposition du conseiller d'État directeur du contrôle et de la comptabilité. Arrête :

Art 1er. — Un concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur général adjoint des services administratifs, docteur en médecine ou technicien d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de service sanitaire (exécution de l'article 6, § 3, du décret susvisé du 20 décembre 1907), s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le 26 mai 1911.

Art. 2. — Les concurrents devront adresser leur demande de participation aux épreuves du concours au président du conseil, ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée.

Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces énumérées dans l'arrêté ministériel susvisé du 24 janvier 1911, inséré au *Journal officiel* du 26 janvier.

Art. 3. — Les demandes seront inscrites au ministère de l'intérieur, secrétariat de la direction du contrôle et de la comptabilité, 13, rue Cambacérès, du 25 avril au 16 mai inclus.

Art. 4. — Le nombre des places mises au concours est fixé à une.

Art. 5. — Le conseiller d'Etat, directeur du contrôle et de la comptabilité, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Au ministère du travail. — On se rappelle la vigoureuse intervention du citoyen Lauche lors de la discussion du budget du travail. Il avait apporté contre le gestion de M. Paulet, directeur du contrôle à ce ministère, un vigoureux réquisitoire, et les faits énoncés étaient si importants qu'il a bien fallu prendre une sanction.

En effet, le 28 mars dernier, le nouveau ministre du travail, M. Boncour, a pris un arrêté qui fait

du contrôle des Sociétés d'assurance contre les accidents du travail, des Sociétés d'assurance sur la vie et des Sociétés de capitalisation, un service spécial qui prend le nom de « Service du contrôle des assurances privées », et c'est M. Chassériaux, inspecteur des finances, qui a été désigné chef du service du contrôle des assurances privées.

C'est donc le remplacement de M. Paulet qui n'a eu que de trop grandes complaisances envers les Compagnies d'assurances.

C'est là, pour le groupe socialiste au Parlement et pour les accidentés du travail, une importante victoire. (*L'Humanité.*)

Cours d'Electrologie et de radiologie. — Le Dr Foveau de Courmelles commencera la 19e année de son cours libre d'électrologie à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 26 avril 1911 à 6 heures du soir et le continuera les mercredis à la même heure.

Il traitera de l'électro-coagulation et des diverses formes des courants de haute fréquence ; puis, il passera en revue l'électro-physiologie, l'électrothérapie, le radium, etc.

Physiothérapie. — Cours de vacances du 24 avril au 16 mai, école des Hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne. — La série A aura lieu de 6 à 7 heures ; elle comprendra : Electrothérapie et radiothérapie par le Dr Albert Weil ; radiumthérapie par le Dr Dominici ; photothérapie par le Dr Degrais ; hydrothérapie par le Dr Sandoz.

La série B aura lieu de 5 à 6 heures ; elle comprendra : massage en général et gymnastique, par le Dr Durey ; massage viscéral par le Dr Cautru ; massage de la face par le Dr Leroy ; massage gynécologique par le Dr Wetteawald : rééducation par le Dr Kouindjy ; mécanothérapie par le Dr Sandoz ; méthode de Bier par le Dr Dausset.

Le prix de chaque série de 20 leçons est fixé à 50 francs.

Pour l'inscription, s'adresser chez MM. Vigot frères, libraires, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. — Le Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie (Séance annuelle de la Société Française d'oto-rhino-laryngologie) se tiendra à Paris, Hôtel des Sociétés Savantes, 8 rue Danton, les 8, 9, 10 et 11 mai 1911.

Président sortant : Dr Mahu. — Président annuel : Dr Escat. — Vice-présidents : Dr Gellé, fils, Dr N. — Trésorier : Dr Henri Collin. — Secrétaire général : Dr Delpierris.

Questions à l'ordre du jour : *Complications de l'adénotomie* ; Rapporteurs : MM. les Drs Kaufmann et Grossard,

Complications post-opératoires de la sinusite frontale. Rapporteurs : MM. les Drs Sieur et Rouvillois.

V. E. M. 1911. — Le *Onzième voyage d'études médicales* aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du Sud-Est de la France visitées dans l'ordre suivant : Vals, Montmirail, Lamalou, Alet, La Fou-Saint-Paul-de-Fenouillet, Prats-de-Mollo, La Preste, Amélie-les-Bains, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, Molitg, Le Vernet, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Ussat, Aulus, Salies-du-Salat.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Toulouse, prix à forfait : 350 francs, pour tous les frais ; chemins de fer (1re classe), voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de La Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

Victime du devoir professionnel. — Un de plus à inscrire au martyrologe de la profession. Il s'agit d'un jeune étudiant, M. Stinhelmer, qui, au cours de son service militaire, vient de subir l'amputation du bras droit, à la suite d'un phlegmon contracté en soignant des malades à l'infirmerie de la Part-Dieu, à Lyon.

Le général Guérin a remis à notre jeune confrère la médaille militaire. Et ce ne fut que justice ! ! !

Les progrès du féminisme. — Un récent décret du ministre de l'Intérieur vient de décider, on ne sait pourquoi, que les étudiantes seraient seules admises au concours d'internat de l'asile des femmes convalescentes du Vésinet, qui vient d'être réorganisé.

L'élément masculin proteste contre cet exclusivisme, d'autant plus vivement qu'on a assuré qu'une semblable mesure allait être prise pour le concours des services de la Maternité.

A l'Association corporative des étudiants en médecine, rue Dante, le Comité a déclaré :

« Nous ne pouvons admettre une exclusion de ce genre, d'autant moins qu'elle n'a été justifiée par aucun fait qui puisse être reproché aux internes. Nous admettons très volontiers que les étudiants et les étudiantes soient traités sur le mode d'égalité dans tous les concours. Mais nous ne pouvons admettre d'être exclus de certains concours, alors que les étudiantes peuvent être admises dans tous les services. Il faudrait donc, si nous sommes exclus des services de femmes, que les étudiantes ne soient plus admises dans les services où il y a des hommes.

« Mais nous ne réclamons pas cela, car il y a ici une question plus grave. On nous exclut, ou on veut nous exclure de services, comme celui de la Maternité, qui nous sont tout à fait nécessaires. Nous devons savoir traiter les maladies des femmes ou les accouchements comme les futures femmes-médecins. C'est une évidence sur laquelle nous n'avons pas besoin d'insister.

— Alors que demandez-vous ?

— Que le récent décret ministériel soit rapporté tout simplement, et par suite qu'il ne puisse servir de précédent. Tous les étudiants en médecine, comme tous les médecins, sont absolument d'accord sur ce point. Nous devons même ajouter que nos camarades étudiantes, qui veulent des droits et non des faveurs, se joignent à nous pour réclamer l'abrogation de ce décret.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 17 Dimanche 23 AVRIL 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE, PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un moyen d'action : le roman à thèse.

Je viens de lire, et avec le plus vif intérêt, un roman à thèse : *La Famille Kerdalec au Soudan*, dû à la plume agile et documentée de notre confrère F. Decourt (1).

Sur la trame ténue d'une idylle charmante en sa simplicité, l'auteur a su broder, avec un véritable talent d'érudit et d'artiste, un attrayant tableau de la vie coloniale en Afrique occidentale française. Il nous décrit villes et villages, avec leurs comptoirs et leur population bigarrée, nous explique la prospérité des uns, la déchéance des autres, et escompte leur avenir. Il nous conduit sur les pistes, à travers la brousse, nous fait naviguer sur les marigots des grands fleuves, nous enseigne, en ethnologue consommé, les mœurs et les origines de chaque tribu et de chaque race.

(1) Edité par la *Librairie Vuibert*, 63, boulevard St-Germain, Paris.

Il nous instruit sur les ressources commerciales de chaque centre et nous énumère ses productions agricoles. De temps à autre, au moment psychologique, le Dr Decourt fait surgir un incident dramatique, oasis où le lecteur se repose de l'aridité didactique du roman et qui rompt la monotonie de la brousse un peu touffue des documents officiels.

A cette lecture je me suis enthousiasmé comme lorsque jadis, enfant, je dévorais Jules Verne, de la vigueur saine et de l'énergie de cette famille de braves bretons, les Kerdalec ; j'aurais voulu voir en eux les Français de demain, à la fois courageux et bons, hardis pionniers de la civilisation européenne. De sorte qu'en terminant ce roman d'aventures, qui cependant est loin d'être de cape et d'épée et où la poudre ne parle qu'avec mesure, je me suis surpris aimant cette vie coloniale et désirant visiter Tombouctou. tout comme un autre désirerait voir Paris, Venise, Naples ou Constantinople. Je ne doute pas que la lecture du livre du Dr Decourt, d'ailleurs copieusement illustré et soigneusement édité, ne puisse avoir une influence sérieuse sur l'esprit d'un jeune

homme de 16 à 18 ans et ne contribue à déterminer plus d'une vocation colonisatrice.

Nous devons rappeler que l'auteur n'en est pas à son coup d'essai et nous avons souvenance d'avoir lu, il y a quelque dix ans, le récit édifiant de la vie de *Jean Desnoyers*, dont les huit éditions ont plus fait pour la lutte antialcoolique que les conférences de nos chers Maîtres et les objurgations de toutes les Académies de médecine du monde.

Sous le charme de la lecture de *la Famille Kerdalec au Soudan*, encore impressionné par les projets de notre confrère Lepaître, qui, une fois de plus, a démontré la nécessité de plaider devant le grand public la cause de nos légitimes revendications, je fais le vœu que des écrivains comme le Dr Decourt mettent au service de notre programme syndical leur talent de vulgarisateurs.

Il est dans le corps médical de nombreux hommes de lettres dans la vraie acception du terme qui ont déjà entrepris avec un éclatant succès de traiter dans le roman les problèmes médico-sociaux. Le Dr Lucien Nass a, dans *Pauvre Docteur*, fait une peinture navrante du petit médecin qui, sans fortune, ni relations, essaye aussi, sans succès d'ailleurs, avec sa petite science et sa seule conscience, de se faire une situation. Le même, dans *Monsieur l'agrégé*, a effleuré le problème complexe de la réforme des études médicales.

Dépassant de beaucoup Brieux et plus solidement documenté, le Dr Adrien Couvreur s'est placé au premier rang des écrivains de notre époque en défendant des thèses médico-sociales dans la plupart de ses romans : *Le Mal nécessaire, les Mancenilles, la Source fatale, la Force du Sang, la Graine, le Fruit*, etc.

Pourquoi donc ces confrères n'aborderaient-ils pas dans le roman l'étude et la défense de nos revendications, de la liberté de confiance, par exemple ? Pourquoi ne tenteraient-ils pas de faire l'analyse psychologique du malade à qui l'on impose les soins d'un médecin dont il se défie et qui est obligé de se soumettre aux interventions d'un chirurgien fonctionnaire qu'il considère, parfois *a priori*, plus comme un bourreau que comme un sauveur ?

Certes, le roman ne saurait à lui seul faire l'éducation du public telle que nous voudrions la voir faite ; il ne saurait rivaliser comme influence avec le grand quotidien, tel que le rêve notre confrère Lepaître ; mais sommes-nous tenus à n'user que d'un seul moyen ?

En attendant le grand journal capable de faire sainement apprécier du public la partie sociale de notre programme syndical, nous avons à notre service mille autres façons de répandre nos idées dans les milieux les plus différents: Diverneresse, le premier, a innové cette campagne d'éducation populaire dans les groupements ouvriers en leur exposant les pièges et les lacunes de la législation sur les accidents du travail ; le Dr Balland l'a menée avec succès dans sa clientèle, par la publication d'une petite revue d'hygiène qu'il prenait le soin de rédiger tout entière ; Vimont l'a tentée par la distribution de tracts dans le monde des mutualistes ; le *Sou Médical* a ébauché un projet d'action par l'image d'Epinal; Levassort dans un livre fortement documenté a montré à ceux qui sont capables de s'instruire, ce qu'il fallait penser des assureurs, et l'avantage du *Monopole des assurances* ; pourquoi, dans le même but, ne nous servirions-nous pas aussi du roman et même au besoin de la chanson et du théâtre ?

Le corps médical a le grand avantage de trouver dans ses rangs les hommes capables de mener à bien sous les formes les plus variées cette éducation populaire. Espérons qu'il suffira de faire appel aux talents et aux bonnes volontés pour les faire surgir.

J. Noir.

PAGES OUBLIÉES

Pour ceux qui croient tout savoir et ont la prétention de pouvoir tout faire.

Il est des gens qui se croient aptes à tout faire et à tout enseigner. Ne leur a-t-on pas dit qu'ils tiennent des Dieux les principes qu'ils essayent de transmettre? C'est à eux que Bichat songeait, lorsqu'il écrivait la page suivante qui mérite d'être méditée :

« Quand je vois un homme vouloir en même temps briller par l'adresse de sa main dans les opérations de chirurgie, par la profondeur de son jugement dans la pratique de la médecine, par l'étendue de sa mémoire dans la botanique, par la force de son attention dans les contemplations métaphysiques, etc., il me semble voir un médecin qui, pour expulser, suivant l'antique expression, l'humeur morbifique, voudrait en même temps augmenter toutes les sécrétions, par l'usage simultané des sialagogues, des diurétiques, des sudorifiques, des emménagogues, des excitants de la bile, du suc pancréatique, des sucs muqueux, etc.

La moindre connaissance des lois de l'économie ne suffirait-elle pas pour dire à ce médecin qu'une glande ne verse plus de fluide que parce que les autres en versent moins, qu'un de ces médicaments nuit à l'autre, qu'exiger trop de la nature, c'est être sûr souvent de n'en rien obtenir ? » X. Bichat (*Rech. phys. sur la vie et la mort*, art. VIII, § 5).

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

REVUE GÉNÉRALE

De la Méningite cérébro-spinale.

Dans cette étude essentiellement pratique, nous exposerons succinctement, d'une manière aussi claire que possible, les notions indispensables au clinicien pour le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de cette terrible maladie ; nous ferons volontairement abstraction des théories pour mettre au point toutes les données qu'il est utile et nécessaire au médecin praticien de connaître.

***

La méningite cérébro-spinale épidémique est due à l'envahissement de l'organisme en *état de moindre résistance par le diplococcus intra-cellularis méningitidis* ou méningocoque de Weichsellbaum, agent microbien déterminé, qui se sépare nettement du gonocoque et des pseudo-méningocoques (à lui parfois associés), par toute une série de caractères et de réactions. Le méningocoque est une bactérie peu résistante à l'action des agents extérieurs, notamment à la dessiccation ; il se cultive difficilement sur les milieux artificiels. Par contre, il végète volontiers sur la muqueuse rhino-pharyngée de l'homme, même bien portant, et il se transmet de sujet à sujet par le mécanisme de l'inhalation, déterminant : 1° chez les non-prédisposés une rhino-pharyngite simple pour en faire des porteurs de germes ; 2° chez les prédisposés une méningite cérébrale et spinale, précédée ou non d'une méningococcémie.

Quand dans un milieu se trouvent de nombreux sujets prédisposés, la méningite se manifeste sous forme d'*épidémie*.

Dans le cas contraire, elle détermine des *cas isolés,* qui n'excluent cependant pas la présence de rhino-pharyngites simples (*porteurs de germes*). Les porteurs de méningocoques doivent être considérés comme les anneaux d'une chaîne ininterrompue, qui relie dans une même agglomération, et même d'une localité à l'autre, les cas de méningite cérébro-spinale qui paraissent les plus indépendants les uns des autres.

Le germe spécifique pouvant dans de certaines conditions être considéré comme ubiquitaire, il convient d'étudier les *conditions favorisantes* qui *soit en augmentant la virulence du méningocoque, soit en diminuant la résistance de l'individu,* expliquent le développement de la méningite cérébrospinale chez les porteurs de germes. Ce sont : le froid et particulièrement le froid humide avec grandes oscillations de température, le surmenage, les fatigues, l'hygiène défectueuse, les agglomérations, certaines prédispositions individuelles, l'âge (les enfants avant 4 ans, et même les nourrissons avec leurs tissus adénoïdiens du rhino-pharynx si développés, sont plus prédisposés que les adultes et surtout que les vieillards ; parmi les soldats, ce sont les plus jeunes, de 18 à 22 ans, qui sont les plus atteints).

Des conditions favorisantes ont fait que la méningite cérébro-spinale— qui, en 1839, était déjà partie de deux foyers français bien connus en diffusions épidémiques à travers le territoire — a subi, après d'autres oscillations, au cours des années, une recrudescence épidémique plus sévère en 1909, pour de nouveau diminuer en 1910, et vraisemblablement dans la suite retomber à son niveau normal.

***

Symptomatologie.

Parfois, la méningite cérébro-spinale épidémique est précédée de *prodromes,* tels que : frissons, malaises, douleurs à la tête et à la nuque, courbature générale ; mais *le plus souvent, son début est brusque,* et cette brusquerie constitue un symptôme de haute valeur dans le diagnostic de l'affection.

La maladie apparaît en pleine santé avec des symptômes graves ; un sujet bien portant, ou atteint d'une angine, d'un coryza léger, est pris d'une fièvre élevée, avec accélération du pouls, de vomissements, de céphalée, de frissons, de courbature générale ; chez les enfants, on note, en outre, des convulsions et de la perte de connaissance. Aussitôt après, se révèlent les *symptômes caractéristiques* de l'affection.

Ce sont d'abord les *contractures,* qui se manitestent d'une manière à peu près constante, et qui apparaissent dès le début de la maladie : *raideur de la nuque ; contracture des membres inférieurs en flexion, décelée par le signe de Kernig* (1); *contracture des membres supérieurs en flexion au moment où l'on fait asseoir le malade* (2) ; *signe de la nuque* (quand on fléchit la tête du malade couché horizontalement, on observe la flexion spontanée des jambes sur les cuisses, puis des cuisses sur le bassin) ; *contracture généralisée* pouvant simuler le tétanos ; *trismus,* etc.

---

(1) Le malade étant couché sur un lit bien horizontal et assez résistant pour qu'il ne s'y enfonce pas pendant l'exploration, on le fait asseoir en appuyant doucement une main sur les genoux, de façon à essayer d'étendre la jambe sur la cuisse jusqu'à l'extension complète. Quand le signe de Kernig est très net, cette extension est impossible : la jambe se replie sur la cuisse en formant un angle aigu qu'on ne peut redresser. Dans les cas légers, la main appuyée sur les genoux est capable de vaincre cette contracture, mais en provoquant une douleur vive dans les muscles de la cuisse et du bassin. Tous les degrés, dans cette contracture, sont possibles, et son intensité peut varier d'un jour à l'autre chez le même malade.

(2) Ces deux derniers sont de fortes présomptions en faveur d'une réaction des méninges spéciales.

Les *paralysies* sont assez rares au début ; du côté des membres, elles sont plutôt *mobiles, fugaces,* et alternent avec les contractures ; plus graves sont les paralysies consécutives à l'infection.

Les *réflexes* sont souvent modifiés : *exagération des réflexes patellaires* ; *clonus du pied* ; *signe des orteils de Babinski,* dans 45 % des cas (quand on chatouille la plante du pied,les orteils s'étendent en éventail au lieu de se fléchir comme à l'état normal).

Les *symptômes douloureux* tiennent une place importante: la douleur spontanée qui apparaît la première est la *céphalée,* gravative ou lancinante, tantôt frontale, tantôt occipito-frontale ; la *rachialgie,* qui commence à la nuque pour s'étendre à toute la colonne vertébrale ; la douleur s'irradie dans les muscles du tronc, de l'abdomen, dans les membres ; elle est continue, mais le contact et les mouvements l'exagèrent. Il y a parfois de l'*hyperesthésie* généralisée ; quand celle-ci est localisée, elle devient souvent très mobile ; on signale aussi la *photophobie,* l'*hyperacousie,* etc.

L'intelligence est généralement conservée ; le délire est rare ; le coma n'apparaît qu'à la période terminale de la maladie.

La *raie méningitique* est à peu près constante.

L'*herpès* constitue un symptôme important au point de vue du diagnostic ; c'est un signe constant, quoique de fréquence variable suivant les épidémies. Il apparaît dans les premiers jours de la maladie, du second au cinquième jour, rarement plus tard.Le plus souvent l'éruption est discrète ; elle se présente alors sous la forme d'un groupe de quelques vésicules siégeant le plus souvent au coin des lèvres, au nez, sur le pavillon de l'oreille. Parfois, cette éruption se généralise, prenant ainsi l'aspect d'une éruption variolique confluente.

On signale aussi le *zona,* des *érythèmes* morbilliformes ou scarlatiniformes apparaissant dans les premiers jours de la maladie, des *éruptions purpuriques,* pétéchiales, qui, par leur fréquence et leur intensité,constituent,au cours de certaines épidémies, un symptôme de premier ordre.

Les *manifestations articulaires,* fugaces ou non, vont de l'*arthralgie* et de l'*arthrite* séreuse jusqu'à l'arthrite suppurée.

Parmi les *troubles digestifs,* généralement peu marqués d'ailleurs, il convient de citer les *vomissements,* qui, très fréquents au début, disparaissent au bout de peu de temps ; jamais ceux-ci ne présentent la persistance qu'on rencontre souvent dans la méningite tuberculeuse.

Complications.

Etant donné que le germe infectieux ne reste pas localisé aux méninges, qu'il peut se trouver dans le sang et par suite infecter tous les tissus et parenchymes, on conçoit que les complications de la méningite cérébro-spinale peuvent être nombreuses, et qu'elles sont analogues à celles de toutes les septicémies : *localisations sur le cœur et les artères, localisations pulmonaires,* etc. Cependant les *complications nerveuses* méritent une mention spéciale pour leur fréquence et leur gravité, surtout à la suite des formes traînantes et subaiguës de l'affection. Ce sont des *troubles moteurs* : paralysies flasques ou spasmodiques des membres (types diplégique, quadraplégique ou monoplégique) ; paralysie faciale, aphasie, etc. Ce sont aussi des *troubles oculaires* (paralysie des oculo-moteurs, ptosis, strabisme, congestion, neuro-rétinienne, etc.), et des *troubles auriculaires* (otites moyennes, otites internes et surdité).

Evolution. Formes de la maladie.

La *mortalité* de la méningite cérébro-spinale épidémique oscille entre 50 et 70 p. 100. Quand l'évolution doit être favorable, on observe dès le troisième jour (parfois au quatorzième seulement ou même plus tard), une atténuation progressive des symptômes généraux, de la fièvre et de la raideur de la nuque. Toutefois, des rechutes, même suivies de mort, ne sont pas rares.

En se basant sur le *degré de gravité,* on peut distinguer *quatre formes* différentes de cette affection :

a) Dans les cas particulièrement graves, foudroyants, on note rapidement de l'obnubilation, de l'agitation, de la raideur musculaire dans la nuque, dans les reins et dans les membres. Le mucus naso-pharyngien devient rosé et la langue se couvre d'un enduit saburral épais. Le revêtement cutané devient d'une extrême sensibilité et le pouls particulièrement rapide.Le malade délire et cherche à quitter son lit. Dans ces cas, rapidement mortels, il arrive parfois que toute manifestation permettant de penser à une affection cérébrale, même la raideur de la nuque, fasse défaut.

Le malade meurt en deux ou trois jours, parfois en quelques heures.

b) A côté de cette forme suraiguë existe *une forme aiguë,* dont l'évolution est moins bruyante.

Au cours d'une pyrexie élevée et continue avec pouls fréquent, on voit apparaître une inflexion complète en arrière de la nuque et de la colonne vertébrale. Le malade est couché sur le côté, et lorsque, par exception, il repose sur le dos, il n'appuie sur le lit que par l'occiput profondément enfoncé dans l'oreiller et par le siège les genoux étant repliés sur l'abdomen. Un certain degré de connaissance persiste ; néanmoins, on peut aussi observer une obnubilation complète alternant avec des crises d'excitation intense et même avec des manifestations convulsives. Les yeux rougis se révulsent en dedans, les lèvres sont sèches ; la langue est pâteuse ; on note sur les lèvres et sur les ailes du nez des vésicules d'herpès, tandis que la peau se recouvre, surtout au niveau du point d'appui, de rougeurs ortiées et de taches rouges irrégulières. Les sphincters sont paralysés, et c'est avec une hyperthermie accentuée, avec une accélération excessive du pouls que le malade succombe vers le 4e ou le 6e jour. Parfois, la mort survient plus tôt, par adynamie cardiaque.

c) Dans une *forme subaiguë,* la maladie procède par attaques successives plus ou moins longues, qui durent des semaines et même des mois, avec des oscillations constantes de la température et du pouls, de l'anorexie, de la diminution de la

connaissance, et de la raideur persistante de la nuque. Le malade maigrit à vue d'œil, son ventre se creuse en bateau, ses muscles oculaires se paralysent, son acuité auditive diminue ; parfois, il pousse le cri hydrencéphalique. Finalement, il meurt d'épuisement, ou, s'il guérit, c'est après une longue période de souffrances.

d) Le dernier groupe comprend les *cas abortifs*. La maladie se réduit à une céphalalgie, avec ou sans raideur de la nuque, parfois accompagnée de vomissements ; le malade est frissonnant, mal en train, ses nuits sont mauvaises, son sommeil coupé de cauchemars. Après quelques jours de cet état morbide, tous les symptômes disparaissent, et la guérison est complète.

Chez le nourrisson, la méningite affecte souvent des allures particulières, qui peuvent en rendre le diagnostic très difficile ; la maladie prend une forme monosymptomatique qui déroute les cliniciens. Les convulsions peuvent constituer le seul symptôme de la maladie. L'enfant est subitement atteint d'une crise éclamptique violente qui se renouvelle à intervalles de quelques heures jusqu'à la mort : la maladie ne dure généralement que deux ou trois jours. D'autres fois, son début insidieux n'est marqué que par un peu de fièvre, quelques vomissements, du malaise, de la torpeur, phénomènes qui ne permettent pas de faire un diagnostic ; puis, apparaît la *raideur de la nuque*, signe d'une importance capitale chez le nourrisson. La tension de la fontanelle est également un symptôme de grande valeur. Par contre, le signe de Kernig est difficile à rechercher et il ne donne que peu de renseignements.

***

Diagnostic

La méningite cérébro-spinale épidémique peut être confondue avec d'autres méningites, notamment avec la méningite tuberculeuse, avec la méningite pneumonique, avec la méningite grippale. Mais l'étude des antécédents, l'évolution de la maladie, et l'*examen bactériologique* permettront de faire le diagnostic.

Cet examen bactériologique portera sur le liquide céphalo-rachidien sur le sang et sur le mucus nasopharyngien.

L'étude du *liquide céphalo-rachidien* retiré par la ponction lombaire permettra seule de porter, dans les cas douteux, un diagnostic exact ; dans les cas plus nets, elle viendra confirmer ce diagnostic. Ce liquide (exception faite pour les 24 premières heures, pour la période avancée de l'affection et pour quelques formes frustes) sera toujours trouble ; il renfermera un nombre anormal de leucocytes, avec forte prédominance des polynucléaires (à la période de déclin cependant, il y aura lymphocytose exclusive).

Enfin, il sera possible d'y déceler le méningocoque. Cependant, quand cette dernière recherche reste négative, il ne faut pas se hâter de nier la méningite cérébro-spinale, car le microbe spécifique n'est pas toujours facile à trouver. Dans ces cas, la *précipito-réaction* de Vincent et Bellot (1) permet de reconnaître la nature méningococcique de l'affection méningée.

L'*hémo-culture*, c'est-à-dire la culture de 10 à 12 cent. cubes de sang retiré par ponction veineuse, faite suivant les procédés ordinaires, donne le méningocoque en culture pure ; les cultures obtenues sont identifiées, soit par l'agglutination, soit mieux encore par la méthode de déviation du complément, dite méthode de Bordet-Gengou.

Quant à la constatation du méningocoque dans le *naso-pharynx*, elle ne peut être qu'un signe de probabilité en faveur de l'affection ; elle s'applique surtout à la recherche des *porteurs de germes*.

Lorsque le médecin praticien n'est pas outillé pour faire de la bactériologie, il peut expédier au laboratoire voisin les produits suspects.

Sur le vivant, on prélève du *mucus naso-pharyngien*, au moyen d'un tampon d'ouate fixé sur fil de cuivre légèrement recourbé, que l'on frotte doucement sur la partie supérieure de la muqueuse pharyngée postérieure, au-dessus de l'amygdale. Chez l'adulte, ce prélèvement est facile à faire par la bouche ; chez l'enfant, il est plus facile de le faire par le nez. Le tampon monté ainsi chargé est déposé dans un tube à essai stérilisé, au fond duquel est placé un morceau de coton imbibé d'eau stérile pour éviter la dessiccation de l'échantillon.

Le *liquide céphalo-rachidien*, retiré par ponction lombaire, se met dans un tube à essai, que l'on étire et que l'on scelle à la lampe.

Quant au *sang*, destiné à l'hémo-culture, il est difficile de l'expédier en quantité suffisante en évitant sa coagulation (le sang non coagulé ne peut être expédié qu'en des tubes capillaires ayant une lumière de 2 millimètres).

Tous ces tubes à échantillon doivent être renfermés dans un étui en fer blanc d'abord, puis dans une boîte en bois ; ils portent l'indication de leur contenu et sont ainsi remis à la poste.

Sur le cadavre suspect, il suffit de prélever : 1° des fragments de cerveau, assez grands, taillés en forme de coin au niveau de la base et de la convexité, aux points où les méninges paraissent troubles, surtout dans la région des tubercules mamillaires, de l'hypophyse, et vers les parties antérieures de la convexité ; 2° un échantillon de liquide cérébro-spinal provenant de la cavité crânienne et un autre recueilli par ponction lombaire ; 3° un fragment de la muqueuse du cavum pharyngien que l'on peut détacher de haut en bas, après avoir enlevé la selle turcique.

***

Traitement

On recommande : 1° les *bains chauds* à 39° ou 40° répétés trois fois par jour pour une durée de

(1) A 50 à 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien suspect, éclairci par centrifugation, on ajoute 2 à 5 gouttes d'un sérum spécifique récent, et l'on porte à 50° ; au bout de 8 à 14 heures, il y a trouble du liquide, si la réaction est positive (V. *Concours Médical*, 1910.

45 minutes ; ils ont une action très appréciable sur la raideur, sur la douleur, et même sur la température.

2° *Les ponctions lombaires répétées,* à condition qu'elles ne dépassent pas chaque fois 20 centimètres cubes (si une hémorrhagie se produisait au cours d'une ponction, il faudrait arrêter aussitôt l'écoulement du liquide, par crainte d'une mort subite). Ces ponctions atténuent les symptômes douloureux en diminuant la tension. Elles précèdent nécessairement les injections de sérum.

3° *Le collargol,* en frictions et même en injections intraveineuses ; il contribue à atténuer la fièvre et les accidents généraux.

4° Enfin le *sérum antiméningococcique,* qui, en *injections intrarachidiennes,* diminue la mortalité, abrège la durée, atténue les symptômes, réduit le nombre et la gravité des complications. On injecte généralement dès la première fois, 20 ou 30 cent. cubes, même chez les enfants très jeunes. Dans les cas graves on injecte jusqu'à 45 et même 60 centimètres cubes. On ne donne qu'exceptionnellement des doses inférieures à 20 cent. cubes.

Pour obtenir les meilleurs résultats, il faut injecter systématiquement les malades durant 3 ou 4 jours consécutifs ; puis on les interrompt et on les poursuit suivant les renseignements fournis par l'état général et les modifications bactériennes du liquide ; on ne les arrête que s'il ne renferme plus de microbes.

Si, après une interruption plus ou moins longue, la reprise de la fièvre, la réapparition ou l'accentuation des accidents locaux ou généraux font soupçonner l'existence d'une rechute, on pratique une ponction, et si celle-ci démontre la rechute, on recommence les injections ; celles-ci sont renouvelées, comme s'il s'agissait d'une première atteinte.

Les guérisons sont plus rapides, et plus fréquentes quand le traitement est commencé à une période rapprochée du début ; aussi convient-il, s'il y a le moindre doute, d'injecter le sérum après la première ponction sans attendre les résultats de l'examen bactériologique.

Le sérum peut donner de bons résultats même s'il est employé tardivement, et il ne faut pas hésiter à y recourir dans les rechutes ; dans certains cas, 22 et 23 injections ont été nécessaires pour obtenir une guérison définitive.

La destruction des méningocoques dans l'arrière-gorge des malades, convalescents, et porteurs de germes sains, s'opère par des pulvérisations de sérum antiméningococcique desséché, par des pulvérisations et attouchements à la pyocyanose, ou encore par des attouchements à la glycérine iodée combinés aux inhalations du mélange suivant :

Iode	20 gr.
Gaïacol	2 gr.
Acide phénique	0 gr. 15
Alcool	200 gr.

Désinfection. — Pour la prophylaxie de cette affection, la désinfection au lit du malade est de première importance ; il faut attacher une importance particulière aux *excreta* (expectorations mucus pharyngien, matières vomies, eaux de gargarisme) ; aux *objets de pansement* ; à l'*eau des bains* ; aux *cuvettes, crachoirs, baignoires, ustensiles de nuit et de table* ; aux *linges de corps et de lit* ; à la *chambre* même du malade et à son *ameublement* ; à *ses balayures* ; aux *water-closets,* etc.

On n'oubliera pas qu'un contact de 2 heures avec le désinfectant (eau crésylolée, eau phéniquée, lait de chaux, formol) est nécessaire pour que la désinfection soit efficace.

Dr Fiser.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Grands traumatismes des membres inférieurs. Conduite à tenir.

M. le Dr Victor Pauchet, d'Amiens, a publié dans la *Clinique,* de très sages conseils sur la conduite à tenir en présence des blessés ayant un grand traumatisme des membres inférieurs (1).

« Que faire, dit-il, en présence d'une fracture ouverte comminutive, d'une fracture compliquée avec contusion étendue des parties molles, etc ? *Empêcher de mourir* le malade d'abord, en combattant le choc et en prévenant la septicémie, puis, soigner le membre de façon que le malade *conserve une fonction aussi parfaite que possible.*

« Faut-il amputer de suite ? Il faut amputer lorsque le membre broyé ne présente aucune chance de conservation. Cette amputation peut toutefois n'être exécutée qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ne pas faire « d'amputation traumatique » (Reclus), alors que le choc existe encore, car le choc traumatique s'ajoute au choc opératoire dû à l'anesthésie, aux hémorrhagies et au brassage des toxines au niveau de la plaie.

« *Faire disparaître l'état de choc* par les moyens suivants : lavements alcoolisés, injections intraveineuses d'eau salée chaude additionnée de quelques gouttes d'adrénaline, injections intramusculaires d'huile camphrée, ligature des membres non traumatisés à leur racine.

« Au bout de quelques heures, le choc disparaît et le sujet présente une résistance suffisante pour être soigné. Que faire ? S'agit-il d'amputer ou de recourir à un procédé conservateur ? Les soins préparatoires sont les mêmes. Le premier médecin qui voit le blessé doit désinfecter la région malade. Point de brossage, ni de rasage ; faire un large badigeonnage iodé (solution à 5 %) sur les téguments et les bords mâchés de la plaie ; irriguer la plaie à l'eau très chaude additionnée d'eau de Javel ou d'eau oxygénée ; entourer le membre de gaze, de ouate et d'un imperméable, puis attendre.

« Dès que le moment d'intervenir est venu, le faut avoir recours à un nouveau badigeonnage iodé, puis à une nouvelle irrigation oxygénée ».

(1) Voir le *Concours Médical,* 1910, page 794.

M. Pauchet fait observer que les amputations siégeant sur le membre inférieur donnent une *incapacité* qui varie de 30 à 90 %, ce qui fait 60 % de moyenne. L'incapacité, au contraire, des sujets traités par le traitement conservateur donne une moyenne de 30 %. Le résultat est donc deux fois meilleur qu'avec l'amputation.

De l'ensemble de ces considérations et des faits qu'il a observés, M. Pauchet croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

« 1° Le chirurgien pratiquera l'amputation primitive une fois le choc dissipé, dès qu'il aura reconnu que le membre conservé serait gênant et inutilisable, quand il se trouvera en présence d'écrasement avec absence de pouls et refroidissement des extrémités au-delà du foyer. Il se contentera de sauver la vie du blessé et pratiquera une amputation atypique et rapide. Le moignon sera laissé largement ouvert sans suture.

« 2° La conservation est la méthode de choix dans tous les autres cas. Elle comprend les badigeonnages iodés des téguments et des bords de la plaie, l'irrigation oxygénée du foyer, le drainage large avec ou sans esquillotomie, avec ou sans suture osseuse, puis l'immobilisation avec un emplâtre ou l'extension continue.

« 3° Dans les lésions graves du genou, il faut avoir recours à l'arthrotomie simple ou transversale.

« 4° Dans les grands traumatismes du cou-de-pied, il faut réséquer l'astragale et essayer de conserver les malléoles ; ne sacrifier celles-ci que si leur réunion est impossible.

« 5° Au pied, il faut être plus radical et régulariser le squelette pour peu que l'avenir du pied soit compromis.

« 6° L'amputation secondaire peut être indispensable quand les signes d'infection s'accentuent ; élévation de la température, du pouls, langue rôtie, traits tirés et amaigris, teint terreux, agitation, insomnie, douleurs au niveau du foyer, aspect terne et mauvaise odeur de la plaie opératoire. Ne pas attendre le frisson pyémique.

« 7° Le traitement conservateur des membres exige un milieu chirurgical complet, avec aides et chirurgien. Il est impossible d'exécuter ce traitement au domicile du sujet. »

La digitale dans le rétrécissement mitral.

On ne cesse de répéter partout que la digitale est le premier des toniques du cœur et qu'il convient de l'administrer à tous les cardiaques. Cela est parfaitement exact, à condition de préciser certains points des indications thérapeutiques de ce précieux médicament.

C'est ce que vient de faire dans une leçon clinique publiée par le *Progrès médical*, M. le Dr André Petit.

La digitale a pour effets principaux de ralentir et de régulariser le rythme du cœur et d'augmenter la contractilité du myocarde.

Or, au début, quand la lésion du rétrécissement mitral est bien compensée, qu'il n'y a ni arythmie, ni tachycardie, la digitale est inutile.

Mais, quand surviennent les palpitations avec oppression et tachycardie, la digitale est nettement indiquée, mais *à faibles doses.* Il faut d'abord tâter la susceptibilité du malade : on donne, tous les mois, pendant 3 ou 4 jours, un dixième de milligramme de digitaline cristallisée, soit cinq gouttes de solution alcoolique de digitaline cristallisée, à 1 pour 1000. Si le médicament est bien supporté, s'il ne se produit pas, à la suite, de quintes de toux et de crachements de sang, on pourra élever un peu la dose et faire prendre, par exemple, en trois jours, un demi-milligramme de digitaline cristallisée, le premier et le second jour, dix gouttes ; le troisième jour, cinq gouttes de la solution à 1 p. 1.000. Ainsi donnée à petites doses, tous les mois, la digitale est un excellent régulateur du cœur et constitue un agent très efficace et très utile pour rétablir la compensation dans le rétrécissement mitral.

Lorsqu'enfin, arrive la période d'arythmie permanente, avec œdèmes, dilatation du ventricule droit, souffle d'insuffisance tricuspidienne, asystolie, la digitale est-elle indiquée ?

Habituellement, dans le traitement de l'asystolie, on donne la digitale à haute dose : quarante ou cinquante gouttes de solution alcoolique à 1 p. 1000, d'un seul coup, un matin, à jeun. Cette règle n'est pas souvent applicable au rétrécissement mitral.

« En effet, s'il n'y a pas encore d'insuffisance tricuspidienne, la pression intra-pulmonaire est élevée et l'on connaît les inconvénients de la digitale à haute dose en pareil cas. S'il y a de l'insuffisance tricuspidienne, la pression intra-pulmonaire s'abaisse ; mais comme le remarque Potain, lorsque l'insuffisance a duré quelque temps, « la valvule ayant rempli son rôle de soupape de sûreté et laissé refluer vers l'oreillette, à chaque systole, une partie du sang contenu dans le ventricule, la pression étant demeurée pendant tout ce temps fort abaissée dans les vaisseaux pulmonaires, ceux-ci se sont adaptés à ce régime circulatoire nouveau, et leur résistance s'est détendue. Que si, sous l'influence de la digitale, l'insuffisance vient à disparaître, le ventricule droit, devenu plus énergique et trouvant de nouveau en arrière de lui un point d'appui assez résistant, projette l'ondée sanguine avec une force si grande que les vaisseaux pulmonaires, surpris et incapables de se réadapter aussitôt, se laissent distendre jusqu'à la rupture, d'où résulte une apoplexie pulmonaire ». Et cependant, l'insuffisance tricuspidienne constitue à elle seule une indication précise de la digitale car, dit encore Potain : « La rétraction cardiaque que ce médicament détermine, diminuant les dimensions exagérées de la cavité du ventricule droit, permet aux lames valvulaires de se rapprocher et se joindre de façon à faire disparaître l'insuffisance ».

« Donc, à un malade atteint de rétrécissement mitral et arrivé à la période d'asystolie, on donnera de la digitale, mais *on ne la donnera qu'à doses modérées et quotidiennes,* afin d'obtenir une *action progressive.*

« Commencer par dix gouttes, cinq gouttes



même de la solution alcoolique de digitaline à prendre quotidiennement pendant quatre ou cinq jours.

« Si le malade a bien supporté le médicament une première fois, on pourra, connaissant sa tolérance, prescrire des doses plus fortes à l'occasion d'une nouvelle crise d'asystolie. »

De ces considérations, il ne faudrait pas conclure que la digitale doit être évitée parce que trop dangereuse.

Le rétrécissement mitral impose certaines règles thérapeutiques précises, mais non pas l'abstention de toute médication active.

La teinture d'iode du nouveau codex peut être dangereuse.

Un de nos confrères de l'armée, M. Patris de Broé, a publié dans les *Arch. de médec. militaire* une observation très suggestive d'intoxication iodique mortelle consécutive à des badigeonnages à la teinture d'iode. Le *Bull. Méd.* donne l'analyse suivante de cette observation :

« Il s'agit d'un soldat vigoureux, sans tare organique d'aucune sorte, qui subit la cure radicale d'une hernie inguinale, après stérilisation de la peau par un badigeonnage fait avec de la teinture d'iode du nouveau Codex. Ce badigeonnage s'étendait en hauteur depuis la naissance des cuisses jusqu'au-dessous du nombril, et en largeur depuis l'épine iliaque antérieure gauche jusqu'à deux ou trois doigts en dedans de l'épine iliaque droite.

« L'opération est faite sans incident. Le soir, 37°4. Le lendemain, 36°8. L'opéré se plaint de tousser ; à l'auscultation, on ne trouve que quelques râles trachéaux. On fait, avec de la même teinture que la veille un badigeonnage iodé sur la face antérieure de la poitrine, en bavette, depuis la naissance du cou jusqu'à la ligne bi-mamelonnaire. Le soir, 37°.

« Dans la nuit, démangeaisons très pénibles sur le ventre et sur la poitrine, forçant à des grattages incessants. A la visite, on constate un érythème, rouge vif débordant le pansement, en bas jusqu'au tiers supérieur des cuisses, en haut jusqu'à la région ombilicale ; même placard sur la poitrine et dépassant aussi les limites du badigeonnage. Conjonctivite bilatérale. T. 39°8. Le soir, l'érythème s'est étendu ; tous les phénomènes sont plus accusés : 40°3.

« Aggravation considérable pendant la nuit ; agitation, mouvements convulsifs ; trois selles diarrhéiques, dont deux involontaires ; strabisme divergent. Au matin, torpeur, 37°8 et pouls 110-210. Stertor ; mort par asphyxie. »

L'autopsie montra les signes d'une intoxication du sang, du foie, de la rate, du rein. »

« M. de Broé, tout en se gardant de conclure de ce fait, et de deux autres rapportés par des chirurgiens allemands, à la nécessité de restreindre l'emploi chirurgical de la teinture d'iode, recommande, en vue d'éviter pareils accidents, le dédoublement de cette teinture au moyen d'alcool à 95°. L'addition de ce liquide antiseptique, si efficace lui-même, laisserait certainement à la teinture d'iode une puissance de pénétration et une valeur bactéricide suffisantes pour que l'on puisse en attendre la stérilisation recherchée. D'autre part, l'usage de la teinture d'iode ainsi dédoublée mettrait sans doute à l'abri d'accidents graves, même chez des patients présentant, vis-à-vis de l'iode, l'intolérance la plus marquée ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sérum anti-tétanique. — Nature de l'ictère syphilitique. — Traitement de l'érythème induré par les tuberculines. — Pouls lent permanent chez une malade de 88 ans. — Le sevrage brusque des morphinomanes. — Rechute de diphtérie après une rougeole.

M. Vaillard présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur une note de MM. Biron et Pied concernant la *valeur prophylactique du sérum anti-tétanique*.

Depuis 1903, MM. Biron et Pied appliquent systématiquement, à l'hôpital d'Argenteuil, les injections prophylactiques de sérum à tous les traumatismes comportant quelque chance d'infection tétanique. Alors que, pendant une précédente période de huit années, écoulées de 1895 à 1902, ils avaient enregistré onze cas, tous mortels, de tétanos, ils n'en n'ont eu aucun pendant les huit années suivantes où la sérothérapie préventive a été employée. Les injections préventives de sérum étaient généralement pratiquées du deuxième au quatrième jour après le traumatisme. Les auteurs remarquent ainsi qu'il n'est pas nécessaire, comme on l'a dit, que le sérum soit injecté au moment même de l'accident ou dans les quelques heures qui suivent. L'inoculation retardée, pour être moins sûre que l'inoculation précoce, ne doit pas être cependant négligée.

— MM. Gaucher et Giroux font à l'*Académie de médecine* une communication sur la *nature de l'ictère syphilitique*.

M. Gaucher défend l'opinion suivante : au cours de la syphilis secondaire, on peut voir, indépendamment de l'ictère catarrhal, un ictère syphilitique *vrai*, qui a les caractères spéciaux des ictères hémolytiques. L'ictère catarrhal est un ictère vulgaire et n'ayant rien de syphilitique.

— MM. Georges Thibierge et Weissenbach rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* cinq observations *d'érythème induré de Bazin traité avec succès par la tuberculine* à petites doses espacées.

Sous le nom d'érythème induré, Bazin a fait connaître une dermatose confondue avant lui avec l'érythème noueux. Caractérisée par le développement, tantôt lent, tantôt rapide, de

nodosités sous-cutanées plus ou moins étendues, adhérentes ou non à la peau, qui prend et garde à leur niveau une coloration rouge disparaissant par la pression, cette dermatose occupe presque exclusivement les membres inférieurs et atteint le plus ordinairement les jeunes filles.

Par ses relations avec le tempérament lymphatique, elle avait mérité d'être rangée par Bazin au nombre des « scrofulides ». Ses rapports avec la tuberculose, pressentis par plusieurs dermatologistes, ont été mis en relief par MM. Thibierge et Ravaut.

Les traitements couramment employés contre cette affection (repos au lit, aidé ou non de compression des membres inférieurs, emplâtres résolutifs, usage interne de l'huile de foie de morue, des préparations ferrugineuses, iodurées, etc.) n'ont donné que des résultats douteux.

MM. Thibierge et Weissenbach se sont adressés aux injections de tuberculine à doses minimes et progressives, et ils ont obtenu des améliorations remarquables suivies de résolution à peu près complète de tous les éléments.

— MM. Leconte et Strœhlin communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *pouls lent permanent chez une malade de quatre-vingt-huit ans*.

Il s'agit d'une femme de 88 ans, atteinte de pouls lent permanent, chez laquelle les premiers accidents de la maladie semblent remonter à l'âge de 20 ans. Bien que l'état du pouls ne fût pas noté à cette époque, les caractères des accès accusés par la malade cadrent bien avec ce que l'on sait de la maladie de Stokes-Adam, avec ses deux phases : l'une de ralentissement paroxystique, marqué par les crises vertigineuses, syncopales ou convulsives ; l'autre, de ralentissement permanent qui n'est plus troublé par aucun incident, le cerveau s'étant « adapté » à cette nouvelle circulation, définitivement ralentie.

Il a été longtemps classique de considérer comme grave le pronostic de la maladie de Stokes-Adams. Ceci est vrai pour la première phase, en raison des dangers que les accidents nerveux, les syncopes surtout, font courir aux patients. Mais le pronostic change complètement lorsque le ralentissement du pouls est devenu permanent ; la survie peut alors être très longue. M. Vaquez cite ainsi le cas d'un malade de 83 ans et un autre de 84 ans. Le cas de MM. Leconte et Strœhlin est un exemple du même ordre.

— A la *Société médicale des hôpitaux*, M. Morel-Lavallée combat le *sevrage brusque des morphinomanes*.

L'auteur a vu, sur cinq de ses malades, deux morts pendant la cure, faute de morphine. Le danger de la privation brusque d'opium serait d'ailleurs chose connue en Orient. Un officier de marine racontait avoir vu mourir subitement un grand nombre de Chinois faits prisonniers à Formose jusqu'au jour où les médecins intervinrent pour faire distribuer des rations d'opium. M. Morel-Lavallée estime qu'il y a là un besoin physique acquis par l'habitude dont on doit tenir compte dans le traitement de la morphinomanie.

— MM. Louis Martin et Henri Darré rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *rechute de diphtérie après une rougeole*.

On voit rarement, chez les sujets ayant reçu comme traitement d'une première diphtérie des doses assez élevées de sérum, survenir une seconde diphtérie peu de temps après. Le sujet ainsi traité est généralement à l'abri, et pour un long temps, de toute nouvelle atteinte.

MM. Martin et Darré adoptent pour leur cas le nom de rechute, car ils estiment que le petit malade avait conservé des bacilles diphtériques dans la gorge et que la seconde infection a été causée par les microbes de la première.

Ces rechutes ne sont pas très communes. Tous les auteurs ont noté des angines pseudo-membraneuses qui coïncident le plus souvent avec l'éruption sérique et qui surviennent du dixième au quinzième jour de la maladie, se traduisant par du gonflement des amygdales et des taches blanches isolées au niveau des cryptes. Quand on pratique l'examen bactériologique des exsudats, on peut ne trouver que des streptocoques ou une association de streptocoques et de bacilles diphtériques. Ces faits, assez fréquents, ne représentent pas des rechutes de diphtérie. M. Marfan les a dénommés « fausses reprises de la diphtérie ».

MM. Martin et Darré pensent que, dans leur cas, la rechute a été rendue possible par la rougeole, celle-ci ayant détruit l'immunité conférée par le sérum antidiphtérique. Ils considèrent qu'il faut traiter cette rechute comme une diphtérie primitive, sans trop craindre l'anaphylaxie sérique.

M. Netter rappelle, à ce propos, qu'il a montré, dès 1899, la moindre efficacité des injections préventives de sérum anti-diphtérique chez les enfants atteints de rougeole. Il a conseillé, en conséquence, d'employer chez eux des doses plus élevées et de renouveler plus fréquemment les injections.

On ne doit pas hésiter, ajoute-t-il, conformément à la conduite adoptée par M. Martin, à recourir au sérum, même chez un sujet déjà injecté antérieurement. Nombre de médecins redoutent, en pareil cas, l'apparition d'accidents anaphylactiques. Ces accidents, très intéressants au point de vue théorique, n'ont pas heureusement en pratique la même importance.

Pour M. Barbier également, la crainte de l'anaphylaxie ne doit pas empêcher ou retarder la réinoculation du sérum lorsqu'on est en présence d'une récidive ou d'une rechute de diphtérie. Les grands accidents anaphylactiques sont extrêmement rares. On ne saurait attribuer à l'anaphylaxie tous les accidents du sérum, qui pour beaucoup sont des phénomènes d'intolérance.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement des aphtes

Le traitement des aphtes peut être envisagé à trois points de vue différents :

1° Prophylaxie ;
2° Traitement local ;
3° Traitement général.

I. Prophylaxie. — Pour faire de la bonne prophylaxie il est nécessaire :

1° D'isoler l'enfant atteint d'aphtes ;
2° De purifier tous les objets : verres, gobelets, ustensiles de cuisine, etc., qui servent au malade ;
3° De faire bouillir ou stériliser préalablement le lait destiné aux enfants ;
4° D'interdire la vente du lait provenant de vaches aphteuses.

II. Traitement local. — Bien des traitements locaux ont été proposés pour la guérison des aphtes.

Il est nécessaire de distinguer les cas bénins peu douloureux des cas douloureux inflammatoires.

a) Cas bénins peu douloureux.

Chez les petits enfants qui ne savent pas se gargariser, le mieux est de pratiquer des *lavages de bouche* le plus fréquemment possible, toutes les heures s'il y a moyen, avec de la décoction de guimauve fraîchement faite pure, ou additionnée d'une solution d'acide borique à 10/1000.

Chez les grandes personnes, on ordonnera des *gargarismes* ou mieux des *bains de bouche* avec de la décoction de pavots ou de l'infusion de coca.

Pour assurer un nettoyage plus complet de la cavité buccale, il est bon d'ajouter à la décoction de pavots ou à l'infusion de coca 30 à 40 cc. une solution de résorcine à 0.50 c. pour 100. Lorsque le nettoyage de la bouche est terminé, on *badigeonne* les aphtes avec un peu d'ouate hydrophile trempée dans le mélange suivant :

Borate de soude	4 gr.
Glycérine ... q.s.p.	30 c.c.

Ou bien :

Orthoforme	1 gr.
Alcool éthylique	10 gr.
Eau ... q.s.p.	60 c.c.

b) Cas douloureux inflammatoires.

Comme dans les cas précédents il est indiqué de faire des lavages ou de prendre des bains de bouche mais plus fréquemment encore. Sabouraud recommande dans ce cas d'employer l'eau de St-Christau. On badigeonne ensuite les aphtes eux-mêmes en localisant bien les applications aux parties atteintes avec un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé de :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gr.
Glycérine	20 c.c.

pour diminuer la cuisson et insensibiliser. Ne jamais employer de pinceau. L'opérateur doit profiter de cette insensibilisation pour toucher les aphtes avec :

Teinture d'iode pure.

ou :

Crayon de nitrate d'argent mitigé.

ou :

Crayon d'alun fondu.

ou :

Crayon de sulfate de cuivre.

ou :

Permanganate de potasse	1 gr.
Eau	100 c.c.

(Babinsky).

ou :

Créosote	1 gr.
Glycérine	10 gr.

(Gillet).

ou :

Acide chromique	2 gr.
Eau	50 gr.

ou :

Perchlorure de fer en sol. officinale	1 gr.
Glycérine	10 gr.

A. Robin recommande aussi de toucher la lésion avec un fil d'or ou de platine chargé d'acide sulfurique de Nordhausen et de rincer à l'eau bicarbonatée pendant 10 ou 15 secondes.

Que l'on emploie l'un ou l'autre de ces traitements, il est bon de continuer pendant quelques jours les gargarismes ou les lavages à l'eau de St-Christau et d'appliquer plusieurs fois par jour un des collutoires suivants :

Borax	4 gr.
Teinture de benjoin	2 gr.
Eau distillée	10 gr.
Sirop de miel	20 gr.

(Bouchut).

ou :

Chlorure de chaux	2 gr.
Miel	20 gr.

(Bouchut.)

ou :

PhénVluréthane	5 gr.
Alcool	30 cc.

ou :

Teinture de ratanhia	6 à 8 gr.
Glycérine	20 gr.
Salicylate de soude	20 gr.
Eau	100 cc.

(E. Hirtz.)

(cinq ou six fois par jour.)

Tous ces collutoires sont destinés à cautériser la lésion.

On ne doit les laisser agir que peu de temps et assécher ensuite la muqueuse buccale pour terminer par une application de pommade soit :

Résorcine	0 gr. 20
Acide borique	2 gr.
Vaseline	20 gr.

soit :

Phénosalyl	0.10 à 0,20
Acide borique	2 gr.
Vaseline	50 gr.
Poudre fine de quinquina rouge	3 gr.
Dermatol	1 gr.
Oxyde de zinc	0 gr. 10
Vaseline	20 gr.

Au lieu de pommade, on peut appliquer une colle ou un vernis :

Par exemple :

Gomme laque purifiée entièr. soluble	27 gr.
Benjoin pulvérisé	1 gr.
Baume de tolu	1 gr.
Essence de cannelle de Chine	1 gr.
Saccharine	0 gr. 60
Alcool à 90° q. s. p.	100 cc.

Formule du « Stérésol » de Berlioz de laquelle on a retranché l'acide phénique.

III. Traitement général. — Souvent il existe concomitamment des troubles gastriques ou hépatiques qu'il faut traiter.

En cas d'embarras gastrique, on prescrira un purgatif ou un éméto-cathartique.

Les troubles hépatiques seront combattus avec des alcalins ou avec du calomel à doses fractionnées, 0.05 c. par année d'âge. Il faudra en même temps surveiller de très près le régime.

Lait bouilli coupé d'eau de Vals ou d'eau de Vichy, boissons diurétiques (queues de cerises, buchu, urva ursi).

Dr G. Siguret,
(Saint-Nectaire).

PHARMACOLOGIE

Le Pantopon en clinique,

Par le Dr Trotain (de Paris).

Les importantes communications parues depuis quelque temps sur le Pantopon, préparé sur les indications du Professeur Sahli, de Berne, par F. Hoffmann-la-Roche, sont une preuve manifeste de l'insuffisance et des inconvénients de la médication opiacée telle qu'on la maniait jusqu'à ce jour.

Beaucoup de nos maîtres ont pris parti dans cette si intéressante question thérapeutique et le moment semble venu de l'exposer au praticien d'une façon précise.

« Le « Pantopon Roche », écrit, dans sa thèse le Dr Souty (1), est la totalité des alcaloïdes de l'opium. Ce n'est ni un dérivé, ni un alcaloïde de l'opium, ni un succédané de la morphine, c'est l'opium total lui-même, sous une forme soluble et *injectable*. Il se présente sous la forme d'une poudre, stable, jaune grisâtre, formée de la précipitation de tous les alcaloïdes de l'opium sous forme de chlorhydrates. »

Ce médicament est toujours identique à lui-même et Bardet (1) a pu dire : « C'est un opium complet, épuré, invariable ».

(1) Souty. — *Thèse de Lyon*, 1910.

Des recherches physiologiques ont, tout d'abord, été faites sur ce médicament ; on a étudié sa toxicité, la façon dont il est toléré par l'organisme de l'estomac. Produit-il, comme la morphine, l'accoutumance, l'euphorie, un état voisin de la morphinomanie ?

Nous-même nous avons prouvé dans notre thèse (2) que le Pantopon est moins toxique que l'opium et surtout que la morphine. Il est mieux toléré, n'occasionnant, quelle que soit la voie par laquelle on l'administre, ni nausées, ni vomissements. Il ne produit pas d'accoutumance, très peu d'euphorie, et, se substituant aux injections de morphine, il fait perdre le besoin et l'habitude de cet alcaloïde.

Les effets sédatifs, soporifiques, analgésiques, anti-sécrétoires (diarrhée, crachats, sueurs) sont affirmés par la physiologie (expériences sur des chiens) et par la clinique. Le professeur Pouchet, à l'Académie de Médecine (3), rapporte ainsi ses résultats. « Produit soluble, injectable, le Pantopon a des propriétés pharmacodynamiques très nettes, plus proches de l'opium que de la morphine. On n'observe, en effet, avec son usage, ni l'excitation, ni l'état nauséeux de la morphine et l'action médicamenteuse est, comme celle de cette dernière, plus énergique que celle de l'extrait thébaïque ». Le professeur agrégé Sicard trouve aussi que le Pantopon est moins dangereux que la morphine « : c'est un bon sédatif nervin ». A la Société de Thérapeutique, le Dr Bardet, communiquant ses résultats personnels et ceux des Drs Claret et Gy, chefs de clinique du professeur Robin, constate que l'injection hypodermique de ce produit fournit des résultats analogues à ceux de la morphine, sans état nauséeux et surtout avec « moins d'abrutissement pour les malades ».

Enfin, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le Dr Morel-Lavallée (4) pense, avec le Dr Pottier, que cet opiacé est un meilleur hypnotique, constipe moins et provoque moins d'euphorie que la morphine. « Tout aussi sédatif, il agit avec une égale rapidité et sans pantoponomanie ».

Ainsi, au point de vue chimique et physiologique, la nouvelle préparation s'annonce comme pratiquement supérieure. De constitution fixe et invariable, elle permet d'injecter, sous l'épiderme, l'*opium total soluble*, et, avec des propriétés sédatives hypnotiques, antisécrétoires au moins égales à celle de n'importe quel opiacé, elle n'en a pas les inconvénients.

Dans les cas où l'on veut agir vite et sans danger pour l'organisme, l'injection de Pantopon remplace celle de morphine et quand on veut calmer la toux, amener le sommeil, arrêter la diarrhée, les comprimés de Pantopon remplacent avantageusement le laudanum, l'extrait thébaïque et la codéine.

(1) *Bull. de la Société de thérap.*, 3 avril 1910.
(2) *Thèse de Paris* 1911, Dr Trotain.
(3) Séance du 18 octobre 1910.
(4) 8 juillet 1910.

« Les comprimés, dit le profes. Sahli (1), donnent des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient avec les préparations habituelles d'opium. En injections sous-cutanées, ce médicament est un puissant analgésique et hypnotique. Les injections sont indolores, non irritantes. Il n'y a pour ainsi dire pas d'effets secondaires et le Pantopon est un bon modérateur de la toux, moins dépresseur que la morphine ».

Vouloir passer en revue les indications cliniques de ce médicament serait ouvrir un chapitre trop long. Il suffit de savoir que dans tous les cas où l'opium et ses dérivés sont utilisés, le Pantopon peut être substitué avec avantages. Chez les névropathes et chez les malades atteints d'affections douloureuses chroniques, il offre la supériorité d'une action sédative immédiate par la voie hypodermique, sans que l'on ait à redouter la morphinomanie. De même, contre la dyspnée, quelle que soit son origine, il paraît plus actif que les divers opiacés. A ce sujet, je dois signaler les effets antidyspnéiques puissants de ce produit, et le Dr Brintet, de Lyon, dans la pleurésie avec épanchement, l'a utilisé avec le plus grand succès.

Les affections pulmonaires sont essentiellement tributaires de cette médication et ce n'est pas seulement la toux qui est calmée rapidement dans la tuberculose, les bronchites, les pneumopathies, mais on constate aussi que l'expectoration diminue, que le sommeil reparaît ; dans le service du professeur Robin, j'ai utilisé, dans ces cas, soit l'injection hypodermique, soit les comprimés ; dans le service du professeur Landouzy, plusieurs cas de toux spasmodique ont été rapidement arrêtés et les observateurs insistent sur ce fait « que le remède a toujours été bien toléré ». Cette tolérance facile chez les tuberculeux est encore remarquée par le Dr Laffite, médecin de l'hôpital Tenon, et de même la diminution de la toux, de l'insomnie, de la diarrhée. Le Dr Morel-Lavallée, dans son service de Lariboisière, a remarqué que le « Pantopon » est un sédatif narcotique égal à la morphine et calme sans euphorie, sans accoutumance appréciable ».

A Lyon, le professeur Courmont montre que les inconvénients bien connus de l'opium chez les tuberculeux ne se manifestent pas avec le Pantopon, et le Dr Petitjean, médecin de l'Hôpital de Dijon, a noté la cessation de vomissements alimentaires causés par les quintes de toux.

Dans la thérapeutique psychiatrique, chez les agités maniaques, les anxieux, les alcooliques, l'usage du Pantopon tend à prendre la première place. C'est du moins l'opinion du professeur Sicard et de plusieurs autres observateurs. Le professeur Rémond, de Toulouse, et le Dr Voivenel, chef de clinique à cette Faculté, ont obtenu « dans les états mélancoliques et dépressifs des résultats véritablement marquants » et, dans une communication à la Société médico-psychologique de Paris (2), le Dr Salin s'exprime ainsi : « Dans les états obsessifs, délirants, les psychasthénies avec obsessions pénibles, nous avons constaté que ce médicament donne des résultats aussi satisfaisants que le laudanum avec des doses bien moindres et sans constipation opiniâtre ; de même, contre les crises tabétiques, nous substituons à la morphine les injections de Pantopon et les doses calmantes sont moindres. Les injections sont indolores et sans effets irritants ». A la Salpêtrière, des névralgies tabétiques ont facilement cédé à ce médicament, et à Lyon, dans le service du professeur Lyonnet, le Dr Lacassagne signale les bons résultats obtenus dans les douleurs fulgurantes et les névralgies.

Les douleurs si pénibles du cancer utérin cèdent avec ce remède aussi bien qu'avec la morphine, et fort heureusement, il ne se produit pas d'accoutumance. Le Dr Chapon, de Rouen, en signale plusieurs cas, ainsi que le Dr Bouchard (Hôpital St-Joseph, Paris) et le Dr Leriche, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, dans le service du professeur Poncet, où des effets analogues ont été obtenus sur d'autres épithéliomas (estomac, langue, pancréas, prostate).

Les douleurs de la colique hépatique sont jugulées par l'injection de cet opium soluble ; les vomissements s'arrêtent et un sommeil réparateur succède à l'injection, sans céphalalgie au réveil. Plusieurs cas de ce genre ont été observés dans le service du professeur Albert Robin.

Dans l'entérite aiguë, les diarrhées estivales, les effets analgésiques et antisécrétoires du Pantopon s'exercent constamment. Il en est de même pour la diarrhée des tuberculeux et leurs sueurs nocturnes (Thèse de Souty). Le Dr Laffite, médecin de l'hôpital Tenon, cite des cas de ce genre, ainsi que les Drs Sancey, de Lyon, et Detouillon, de Dijon. Le Dr Fiessinger, de Paris, m'a communiqué les bons effets qu'il a obtenus avec ce produit dans un hoquet dyspeptique rebelle à toute médication, « même à la belladone et à la morphine ». Des séries d'injections hypodermiques furent faites à ce malade sans amener de pantoponomanie.

En gynécologie, les douleurs salpingiennes, utérines, ovariennes, péritonitiques, ainsi que les douleurs post-opératoires, sont arrêtées mieux que par la morphine. A l'hôpital Necker, l'utilisation du Pantopon, à ces points de vue, a été très active et, à l'hôpital St-Joseph, le Dr Laisney injecte désormais à ses opérés le Pantopon. Le professeur Huguier fait de même dans son service chirurgical.

Enfin, nous devons signaler que l'emploi du Pantopon, comme médicament de transition, dans la cure du morphinisme semble devoir donner des résultats tout à fait intéressants.

Les indications cliniques du Pantopon sont donc les mêmes que celles de la morphine et de l'opium, mais il faut remarquer que ses effets sédatifs, hypnotiques et antisécrétoires sont constants, énergiques. Il faut remarquer aussi que la période d'excitation est ici bien diminuée, que la constipation est peu sensible, que l'accoutumance ne se produit pas et qu'en un mot l'opium total injecté, et pris en comprimés, a les

(1) *Therapeut. Monatshefte*, n° 1, 1909.
(2) Séance du 26 décembre 1910.

GOLÉANE MAIGNON

Appelé précédemment
CLYCOLÉANE

Corps gras émulsionnés et partiellement SAPONIFIÉS

employé dans le

Traitement du DIABÈTE

par le Régime des Corps Gras



Cette méthode de traitement, due au professeur F. MAIGNON (1), est basée sur des recherches de physiologie et de médecine expérimentales récentes.

Ces recherches communiquées à la *Société de Biologie* et à la *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, le 9 juin 1908, publiées dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, et relatées dans de nombreux journaux de médecine (2), démontrent que les corps gras, contrairement aux idées généralement admises jusqu'à ce jour, ne se transforment pas en sucre dans l'organisme, mais sont brûlés et utilisés à l'état de graisse ; ils apparaissent dès lors comme les aliments par excellence des diabétiques.

Sur une chienne atteinte d'un diabète spontané des plus graves, le régime gras entraîne la disparition rapide du sucre et de l'azoturie, la diminution de l'acétone, l'arrêt de l'amaigrissement et la réapparition des forces. (Voir communication F. Maignon).

Chez l'homme, ce traitement donna les mêmes résultats que sur le chien, résultats obtenus à l'*Hôtel-Dieu de Lyon*, et confirmé par le *Professeur Spillmann, de Nancy* (Société de Médecine de Nancy, séance du 10 mars 1909).

Les effets de ce traitement consistent non seulement dans la **disparition du sucre**, mais aussi et surtout dans l'**amélioration de l'état général**.

DOSE DES 24 HEURES : 4 à 9 cuillerées par jour. La prendre en deux ou trois fois

EMPLOYÉ COMME

Succédané de l'Huile de Foie de Morue

- **Aliment gras le plus facilement assimilable à l'heure actuelle.**
- **Réalise les conditions de l'assimilation des Graisses : émulsion avec SAPONIFICATION partielle.**
- **Médicament d'un goût agréable, bien toléré, très stable.**
- **Remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue chez les TUBERCULEUX, les AMAIGRIS, les DÉBILITÉS, les CONVALESCENTS, les SURMENÉS, les ENFANTS PENDANT LA CROISSANCE.**

DOSE DES 24 HEURES : Une à cinq cuillerées à soupe.

MODE D'EMPLOI : A prendre au DÉBUT DES REPAS ou TROIS HEURES APRÈS

Littérature et Échantillons, s'adresser : 37, Quai Jayr, LYON

(1) Chef de travaux de Physiologie et chargé du cours de Thérapeutique générale à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon. **Lauréat de l'Institut et de l'Académieé de Médecine.**

(2) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séances du 11 avril, du 2 mai et du 16 novembre 1908 ; *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 9 juin 1908 ; *Lyon médical*, 16 août 1908 ; *Semaine médicale et Presse médicale*, 15 avril 1908 ; *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 15 septembre 1908 ; *Presse Médicale*, 5 septembre 1908 ; *Province Médicale*, 30 janvier 1909 ; *La Clinique*, 1er janvier 1909, *Bulletin général de Thérapeutique*, 1909, T. 157, p. 711 ; *le Progrès Médical*, 12 février 1910 ; *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 15 février 1910.

mêmes pouvoirs thérapeutiques que la totalité des alcaloïdes de l'opium, mais cette fois sans leurs inconvénients.

Quelle est maintenant l'exacte posologie du Pantopon ?

Tout d'abord, il faut savoir qu'un centigramme de Pantopon correspond à 0.50 ctgr. de teinture d'opium, 0,025 milligr. d'extrait thébaïque et 0,005 milligr. de morphine.

La dose pour les adultes est de 2 à 6 centigrammes, c'est-à-dire 2 à 6 comprimés « Roche » par jour.

Pour les enfants (ils supportent bien ce médicament), la dose est de cinq milligr. à un centigr. par année d'âge.

Pour les injections hypodermiques, on emploie des ampoules contenant un c. cube d'une solution dosée à 2 centigr. par c. cube, ce qui correspond à un centigramme de morphine.

Les injections sont indolores et très bien supportées. Elles ne nous ont jamais procuré d'accidents locaux ou généraux. C'est la préparation de choix de l'avis des maîtres dans les services desquels nous avons pu mener à bien l'étude clinique et thérapeutique du Pantopon.

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

Inconvénients des purgations

Au sujet de la *phobie des purgations*, permettez-moi de vous apporter mon humble avis.

La « purge » est devenue un moyen banal que toutes les bonnes femmes se croient obligées d'utiliser à la moindre alerte : constipation chronique, migraine, névralgie, rhumatisme, troubles de la ménopause, grippe, appendicite, début de la tuberculose, acné, favus et toutes les autres éruptions, syphilitiques ou non, hémorrhoïdes, coliques hépatiques, néphrétiques ou intestinales, fièvre typhoïde ou paratyphoïde et tant d'autres cas, dont il est inutile de fatiguer votre attention.

Or je veux signaler deux inconvénients de la purgation, assez fréquents au début d'une fièvre infectieuse. et qui n'ont pas été, que je sache, signalés.

Le premier, c'est la diarrhée.

Vous avez certainement remarqué — et il y a là une intéressante statistique à faire — que la fièvre typhoïde est beaucoup plus grave dans sa forme diarrhéique que dans celle qu'accompagne la constipation. Or, comme je le faisais remarquer dans mon travail sur l'orchite maltaise (1), « souvent la purgation au début d'une fièvre infectieuse produit l'effet regrettable de causer une longue et fatigante diarrhée » (2). Oh ! Je sais bien que certains médecins l'appellent la *diarrhée bienfaisante* et la respectent et la vénèrent telle une divinité... Mais cela ne doit nullement nous empêcher de tenir compte de la simple et modeste réalité clinique.

Quant au second inconvénient, il est encore plus grave : il s'agit tout simplement de l'hémorragie intestinale, dont les rapports avec la purgation énergique ne sont pas difficiles à déterminer.

Je n'ai pas l'intention de donner aujourd'hui les observations que je possède à ce sujet. Qu'il me suffise de vous citer seulement trois cas survenus, à petit intervalle, pendant une épidémie de fièvre typhoïde.

I.— L... 25 ans ; 37°4 l'après-midi. Ne tenant pas compte de mes conseils de prudence, diagnostique lui-même un « petit embarras » et se purge énergiquement. Deux jours après, hémorragie intestinale abondante et rebelle. Mort.

II. — Mme J... 40 ans, présentant depuis 7 ans des troubles mentaux. Plus fatiguée depuis quelques jours, elle va consulter le professeur X... Ordonnance : bains de 2 heures de durée et purgation quotidienne. Trois jours après la dernière purge, hémorragie intestinale abondante et durant 4 jours.

III.— B... 23 ans, militaire. Trois jours après une purgation, hémorragie intestinale assez abondante avec répétition.

Ces 3 cas d'hémorragie intestinale au début d'une fièvre typhoïde ne prouveraient rien, si je n'ajoutais que tous les autres malades de la même région et de la même épidémie, n'ayant pas été purgés au début de leur affection, n'ont pas présenté cette complication.

Dr FAINSILBER.

(1) Dr FAINSILBER. — *L'Orchite Maltaise*, avec un tableau résumant 53 obs. Montpellier 1910.

(2) Dans le cas de l'obs. X cette diarrhée avait duré 15 jours et était très abondante.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène oculaire et inspection des écoles, par le Prof. P. Truc et le Dr P. Chavernac, 3e édition, Maloine, Paris 1911. Prix 4 fr.

Ce petit livre a déjà fait ses preuves puisqu'il a été récompensé par l'Académie des Sciences (Prix Monthyon, 1909) et qu'il en est à sa 3e édition revue et augmentée de nombreux paragraphes, ainsi que d'un chapitre sur les méthodes d'écriture droite ou inclinée.

Il résume, en effet, toute la question si actuelle de l'hygiène visuelle scolaire en France et à l'étranger avec les nombreux travaux antérieurs et de précieux documents originaux.

Son esprit est, d'ailleurs, très pratique et facilite grandement la tâche des organisateurs, des inspecteurs et des maîtres de l'enseignement.

Destiné spécialement aux médecins et aux oculistes, cet ouvrage rendra aussi le plus grand service aux architectes, aux professeurs, aux instituteurs et institutrices, enfin à tous ceux qui, de près ou de loin, à la maison comme à l'école, s'intéressent à l'hygiène oculaire et visuelle des enfants.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE SYNDICALE

Une thèse de droit sur les Syndicats de médecins et les Syndicats de pharmaciens.

M. Jean Nicolaÿ, avocat à la Cour d'appel, a eu l'heureuse inspiration de choisir comme sujet de thèse pour le doctorat en droit : *Syndicats de médecins et Syndicats de pharmaciens.*

Nous avons lu avec le plus grand intérêt cette sérieuse étude sur notre syndicalisme, d'abord parce qu'il ne nous est pas indifférent de savoir comment, dans les milieux extra-médicaux, on apprécie nos efforts et l'on juge notre action ; ensuite parce que M. Nicolaÿ, en traitant des Syndicats pharmaceutiques, nous a révélé l'organisation d'une profession en relation constante avec la nôtre, organisation qui nous intéresse et dans laquelle nous pouvons trouver d'utiles renseignements.

Dès le début, M. Nicolaÿ montre ses sympathies pour les Syndicats dont il va faire l'histoire ; dans son introduction même, il affirme que nos Syndicats, tout en maintenant leurs droits, ont le souci d'accorder leurs intérêts avec l'intérêt public et, jusqu'à ce jour, ce souci d'harmoniser les intérêts des malades et des médecins, même de les confondre, a été un des principes indiscutés de notre action syndicale.

Nous ne referons pas avec M. Nicolaÿ l'historique des Syndicats médicaux, nous n'apprendrions rien à nos lecteurs. Nous signalerons cependant un chapitre sur le projet d'un Ordre des médecins où l'auteur, après avoir signalé les vues de quelques-uns de nos confrères et l'organisation des tribunaux d'honneur des médecins en Prusse, paraît croire que cette innovation serait bien accueillie par le corps médical français. Les médecins praticiens se sont à diverses reprises nettement prononcés contre la création d'un Ordre des médecins analogue à l'Ordre des avocats.

Le Syndicat a les portes ouvertes, il ne s'immisce dans les affaires de chacun qu'autant que les intérêts directs de ses membres sont lésés. De récentes discussions nous ont trop montré de quelle façon certains pouvaient entendre les mots de déontologie et d'honorabilité professionnelle, pour ne pas nous faire envisager, avec plus que de la méfiance, les projets d'Ordre ou de toute organisation similaire.

Au sujet de la restriction apportée au droit syndical des médecins (art. 13 *in fine* de la loi sur l'exercice de la médecine), M. Nicolaÿ adopte notre interprétation. Il pense que le législateur a voulu seulement enlever aux Syndicats médicaux le droit d'intenter des procès aux communes, aux départements et à l'Etat, car les relations constantes des Syndicats avec ces dernières collectivités, les ententes qui ont été officiellement conclues dans certains départements avec les Syndicats médicaux ne laissent aucun doute sur le sens qu'il convient de donner à la restriction de l'article 13 de la loi de 1892.

L'action syndicaliste des médecins est exposée par M. Nicolaÿ dans toutes les directions où elle a pu se manifester : assistance, mutualité, accidents du travail, répression de l'exercice illégal, réforme des études médicales, etc. Il insiste sur ce dernier point et y émet les idées que lui a suggérées un de ses parents, inspirateur de sa thèse, notre distingué confrère, le Dr Le Fur.

La seconde partie de la thèse a trait aux *Syndicats de pharmaciens.* A l'encontre de ce qui se passa pour les médecins, le mouvement syndical chez les pharmaciens prit naissance et se développa dans les sociétés déjà existantes faisant partie de l'Association générale des pharmaciens de France. Nombre de ces sociétés prirent avant la loi de 1884 le nom de Syndicats et, après la promulgation de la loi syndicale, l'Association générale engagea vivement les sociétés qui lui étaient affiliées de bénéficier de la législation nouvelle. C'est que les pharmaciens ont des intérêts commerciaux à défendre ; c'est que gens plus pratiques que les médecins, ils ne comptent pas parmi eux un nombre aussi grand de personnes imbues des plus détestables préjugés et pour lesquels le fait de se concerter pour discuter d'intérêts professionnels est considéré comme une déchéance.

Actuellement, il existe en France :

90 Syndicats pharmaceutiques locaux ;
8 Fédérations régionales ;
1 Association générale de pharmaciens de France avec 6.800 membres.

Une des actions les plus utiles des Syndicats pharmaceutiques et sur laquelle se plaît à insister M. Nicolaÿ, est leur intervention dans la répression des fraudes.

Un certain nombre de pharmaciens, qui, en pratiquant régulièrement la fraude, compromettaient le bon renom de la profession pharmaceutique, ont été dénoncés et poursuivis par les Syndicats. Cette action fut poursuivie avec modération car de 1893 à 1908, les Syndicats de pharmaciens ont obtenu à Paris 3 condamnations ; dans le courant de l'année 1908 1909, trois autres ont été prononcées et une seule en 1909-1910.

En outre, les Syndicats pharmaceutiques poursuivent l'exercice illégal de leur profession. Ils se sont vivement intéressés à l'organisation nouvelle de l'inspection des pharmacies, et ont agi comme les Syndicats médicaux, mais avec plus de succès, sur l'Enseignement de leur profession ; ils empêchèrent en effet la Commission des Etudes pharmaceutiques de supprimer le stage *avant*

la scolarité, car le fait de le reporter *après* la scolarité aurait eu de nombreux inconvénients.

Une question qui est à l'ordre du jour des Syndicats de pharmaciens, est celle de la limitation des officines, qui a donné lieu à une étude très approfondie de M. Malleval. En Russie, en Allemagne, en Roumanie, en Grèce, en Bulgarie, en Danemark, en Autriche-Hongrie, en Suède et en Norvège le nombre des pharmacies est limité.

Le système de la libre concurrence commerciale ne peut être en effet absolu dans le domaine pharmaceutique, car il n'est pas sans inconvénients pour le public de voir baisser les prix des médicaments au détriment de leur qualité.

Dans une troisième partie M. Nicolaÿ aborde un sujet infiniment délicat sous le titre : Rapports entre les Syndicats de médecins et de pharmaciens.

Ces rapports intersyndicaux ont été assez restreints jusqu'à ce jour. Les Syndicats pharmaceutiques ne sauraient se formaliser de voir poursuivre un pharmacien exerçant illégalement la médecine, pas plus qu'un Syndicat médical ne voudrait défendre un médecin convaincu d'exercer illégalement la pharmacie. Mais dans ce chapitre, M. Nicolaÿ fait entrer le compérage médico-pharmaceutique, qui n'a rien à voir avec les Syndicats ou du moins avec les Syndicats médicaux. Les ententes entre médecins et pharmaciens sont des plus condamnables quand elles consistent à tromper le public et à exploiter le malade ; 99 fois sur 100, c'est un pharmacien qui propose au médecin de l'intéresser à la vente de ses produits et il n'est pas un praticien à Paris qui n'ait été l'objet de plusieurs sollicitations de ce genre.

Quant aux Sociétés de médecins qui ont acquis un certain nombre d'Eaux minérales et de produits alimentaires, dont ils réservent les bénéfices à la constitution d'une Caisse de retraite, nous ne saurions le leur reprocher ; nous sommes même persuadés que le public averti n'y trouverait rien à redire.

Le fait d'assurer quelques centaines de francs de retraite à un praticien âgé, qui n'a pu, après une vie de labeur, amasser suffisamment pour mettre ses vieux jours à l'abri de la misère, ne saurait jamais être considéré comme blâmable.

Nous aurions aimé à voir M. Nicolaÿ aborder en juriste ce point où nous donnons une opinion, d'ailleurs absolument désintéressée. Mais nous comprenons qu'il ne se soit pas étendu sur cette question, car nous la considérons complètement en dehors du domaine du syndicalisme médical.

M. Nicolaÿ, parlant des relations rares mais courtoises, entre les Syndicats médicaux et pharmaceutiques, déplore l'échec de la tentative faite à Lille par la constitution de l'Union médico-pharmaceutique ; ce Syndicat mixte fut déclaré illégal et dissous après arrêt de la Cour de Cassation.

M. Nicolaÿ conclut en faveur du développement des Syndicats de médecins et de pharmaciens et il établit un parallèle, où il rapproche un peu trop, à notre gré, nos Syndicats des anciennes corporations. La différence est cependant grande et M. Nicolaÿ a été le premier à noter, dès le début de sa thèse, le point qui les distingue le plus et qui est le suivant :

La corporation égoïste défendait un intérêt étroitement corporatif, sans souci de l'intérêt général. Le Syndicat cherche à accorder l'intérêt professionnel et l'intérêt public.

Mais il est encore d'autres différences qui méritent d'être soulignées :

Le Syndicat est largement ouvert. La Corporation était étroitement fermée. Tous les membres d'un Syndicat sont égaux ; l'inégalité entre les apprentis, les compagnons et les maîtres était la base de l'organisation de la vieille Corporation.

Le Syndicat, du moins médical, ne cherche pas à accaparer pour ses membres les avantages qu'il peut obtenir : il travaille dans l'intérêt de tous ou tout au moins du plus grand nombre.

Sa plate-forme est la liberté de confiance, confiance qu'il n'entend pas monopoliser.

La Corporation était une chapelle qui, en dehors d'elle, n'admettait pas le salut ; elle poursuivait toute concurrence avec une haine féroce. Il suffit de rappeler, dans le domaine médical, les persécutions dont Théophraste Renaudot fut victime, persécutions provenant de ce que la Faculté de Médecine de Paris, la Corporation médicale d'alors, n'admettait pas le droit d'exercer dans la capitale pour les docteurs des autres Facultés, et même et surtout de la Faculté réputée de Montpellier.

En somme, la Corporation ressemble à une de ces antiques forteresses à l'aspect sinistre, hérissées de moyens de défense et qui, en fait de portes et de fenêtres, n'offre que herses, ponts-levis dressés, machicoulis et meurtrières, tandis que le Syndicat est une demeure moderne, très hospitalière et accueillante, à l'accès facile, aux portes largement ouvertes où l'air et la lumière peuvent largement pénétrer.

J. Noir.

Les nouveaux statuts de l'Union des Syndicats médicaux.

Le 9 avril 1911.

Mon cher confrère,

Dans la lettre que vous avez bien voulu publier samedi, je me réjouissais avec vous de l'esprit nouveau dont me paraît inspiré le projet élaboré par la commission de révision.

Je parlais en syndicaliste de province, épris d'autonomie et de liberté, et — faut-il le dire — en adversaire de l'ancienne organisation centralisatrice contre laquelle j'avais un peu bataillé.

Or, il paraît que je me suis lourdement trompé. L'on n'aurait absolument rien changé. Les uns disent que le nouveau projet ne fait que consacrer le *statu quo*, les autres vont jusqu'à nous affirmer

qu'il aggrave la centralisation aux dépens des syndicats de province.

Pauvres syndicats de province ! On voit bien qu'ils représentent l'électeur, c'est-à-dire la majorité qui va décider.

C'est en leur nom que chacun s'indigne, et jure ses grands dieux que, lui vivant, l'on ne touchera pas à leur souveraineté. Eh bien ! tant mieux ! Puisque nous sommes tous d'accord làdessus, il me semble que le meilleur projet sera celui qui respectera le plus l'autonomie des syndicats, celui qui, considérant chaque groupement syndical comme un *tout indivisible,* ne lui demandera pas de se couper en morceaux ou de se fondre avec d'autres, pour le seul plaisir de la symétrie mathématique.

Combien de syndicats et de parcelles de syndicats faudra-t-il pour atteindre le chiffre de 400 qui donnerait droit à un délégué ? Nous aurions besoin de le savoir et de savoir aussi quel est le morceau de nous qui devra s'incorporer aux voisins de gauche, et quel est celui qui devra tomber dans le compartiment de droite pour faire le chiffre fatidique. Car, ne l'oubliez pas, praticiens mes amis, la grande affaire, ce n'est pas de forger un organisme souple et capable *de nous rendre service par la mise en valeur de l'activité de chacun.* Non ! ce qui doit surtout nous préoccuper, c'est d'arriver *artificiellement* à limiter le nombre des administrateurs et de respecter dévotement les appellations consacrées.

Voyons, une assemblée générale n'est pas un Conseil d'administration, que diable ! Et qui ne sait qu'un conseil d'administration ne peut dépasser décemment le chiffre de 20 membres ?

Tout le syndicalisme est là.

Oh ! je sais ! « *Vous allez me dire que le projet de la Commission n'établit pas de hiérarchie entre les syndicats, qu'il prévoit la représentation de chacun de nos groupements professionnels et que le bureau n'est plus un organe de direction, mais une simple commission exécutive des volontés que nous aurons exprimées directement.* » Je ne dis pas le contraire, mais vous manquez totalement d'esprit géométrique et vous ne respectez pas du tout la terminologie. Une assemblée générale n'est pas un conseil d'administration et le bureau, c'est le césarisme parisien. Voilà !. Et vive la délimitation !

Eh bien ! moi, je suis un provincial, un rural même. J'appartiens à un syndicat quelque peu remuant, très jaloux de son autonomie. Il ne comprend pas 400 membres. Il n'en compte même pas 100. *Je suis persuadé que les statuts qu'on nous propose ne nous empêcheront jamais de lutter contre les mutualités, ni contre les compagnies d'assurances, ni contre l'exploitation des philanthropes, je suis convaincu que nous pourrons continuer à poursuivre librement le relèvement des honoraires ; en un mot, que l'activité des syndicats dans la lutte corporative ne sera nullement entravée.*

Alors, je ne trouve pas mauvais que les Syndicats s'unissent pour étudier en commun les grands problèmes qui préoccupent le corps médical dans son ensemble ; qu'ils envoient à Paris, *une fois l'an un porte-parole* chargé d'exposer la façon de voir de son groupement sur les questions à l'ordre du jour ; et qu'une fois la réunion terminée et la signification de nos desiderata dégagée, ces délégués choisissent quelques bons syndicalistes dévoués et les chargent de veiller à l'exécution des décisions qu'ils auront prises au nom des syndicats.

Il ne serait pas inutile non plus que, de temps en temps, dans de grandes assemblées nationales, ouvertes à tous les médecins, mais organisées par les Syndicats, le corps médical fît entendre sa voix d'une façon plus retentissante. Il pourrait donner ainsi le spectacle public de sa force et de sa cohésion en face des dirigeants trop habitués à regarder nos mandataires administratifs comme des personnages plus investis d'honneurs que de puissance syndicale.

Voilà ce que nous offre le projet de la commission !

Que vous faut-il encore ? Votre petite part d'administration ? Administrer quoi ? — Sommes-nous donc une assemblée d'actionnaires ayant des intérêts industriels ou commerciaux à faire prospérer, avec un dividende à nous partager à la fin de l'exercice ? !!

Et croyez-vous qu'il soit indispensable de faire voyager à grands frais, tous les mois, des administrateurs n'ayant rien d'autre à nous administrer que ..... la *paix* en ce qui concerne la vie particulière de nos syndicats, et l'*obéissance à nos décisions,* pour tout ce qui touche les intérêts généraux de la profession ? Moi, je ne crois pas. Et je ne tremble en aucune façon pour l'avenir de mon Syndicat.

Si nous avons demandé la refonte, ce n'est pas pour compliquer l'*administration.* Nous voulions changer l' « Union » *centralisée et directrice née avant les syndicats,* contre la *vraie Fédération de tous les syndicats médicaux,* s'unissant *librement* et spontanément *pour centraliser leur action.* Car, ô sociologues, l'*action tend vers le centre.* Elle doit être *convergente et centripète* pour être efficace.

Ce que vous appelez décentralisation ne s'applique qu'à la tyrannie étatique et bureaucratique prétendant régenter la libre activité des groupements économiques. Et ce n'est pas la multiplication des sous-préfectures qui peut réaliser l'autonomie des communes. Je m'aperçois, en me relisant, mon cher confrère, que je vous ai parlé comme si vous étiez un contradicteur qu'il me fallait convaincre, alors que nous pensons à peu près identiquement en cette affaire : vous, avec la modération d'un vieux militant qui ménage ses forces, moi, plus exubérant et moins circonspect, avec une vivacité que l'on voudra bien pardonner à ma jeune ardeur syndicaliste.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

O. Campinchi,
de St-Georges-sur-Cher.

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX

Le prix coûtant de la visite médicale

Notre confrère et ami le Dr Chapon, secrétaire général de la Fédération des médecins de la région parisienne, a publié, dans le *Bulletin* du Syndicat médical de Paris, l'étude très intéressante suivante que nous avons lue avec le plus vif intérêt et que nous croyons devoir soumettre à nos lecteurs : J. N.

L'évolution économique, un peu brutale, que nous subissons, ayant abouti à un renchérissement notable de la vie, il devient légitime que chacun songe à augmenter ses ressources. Quoi qu'on ait dit, le médecin, lui aussi, doit vivre de sa profession et ne peut faire exception à une règle si logique. Il renonce au charme prestigieux des vertus sacerdotales, dont on le couvre à plaisir, et celles-ci n'ayant plus cours, il poursuit, tout prosaïquement, le relèvement de ses honoraires.

Mais je regrette qu'avant de procéder à cette majoration, nous n'ayons pas songé, pour éviter l'arbitraire, à déterminer préalablement le prix coûtant de la visite médicale. On considère trop souvent qu'un médecin ne fournit aucune matière première et que, par suite, sa générosité est fort limitée quand il donne gratuitement ses conseils. Rien n'est plus faux, ni plus absurde. A l'instar des négociants, auxquels, disons-le bien, il n'est point déshonorant de nous comparer, nous avons également nos frais généraux. Chacun sait combien lourdes sont nos charges inévitables.

C'est à ce calcul, non encore établi, mais nécessaire, que je vais me livrer aujourd'hui, en m'excusant amplement de son aridité.

Pour ne rien exagérer et, plus exactement, pour rester *au-dessous de la réalité la plus fréquente,* je vais examiner le budget *minimum* d'un confrère de Paris, *célibataire,* exerçant loin du centre, c'est-à-dire avec le *minimum* de frais.

***

Pour laisser intacts le prestige et l'autorité du médecin, il est indispensable que certaines conditions soient réalisées. N'oublions pas que ce dernier, fût-il débutant, n'est plus un adolescent. C'est un homme approchant fréquemment de la trentaine. Par ses origines et son éducation première, il s'accommoderait mal d'une médiocrité qu'il n'a jamais connue. La lui imposer à cet âge, après des études parfois laborieuses, serait massacrer tous ses rêves.

Aussi, pour ne pas subir une déchéance cruelle et inattendue, faut-il que le médecin puisse tenir son rang. Certes, ayant pris l'exemple du praticien le plus modeste, je ne vais pas envisager pour lui la nécessité d'une vie fastueuse. Mais il a droit, je le répète, à une existence, d'où sera exclue la pénible gêne, à laquelle il ne fut point préparé.

Quelles seront donc alors les ressources nécessaires à l'équilibre de ce budget réduit à son extrême simplicité ?

Loyer : Appartement de 4 pièces, salon, cabinet, chambre, salle à manger...	1.400 fr.
Impôts et patente	200 »
Gages d'une domestique	600 »
Nourriture de cette dernière (un peu moins de 2 francs par jour)......	700 »
Entretien du médecin (nourriture, habillement, chauffage, éclairage, blanchissage, etc., environ 10 fr. par jour....................	3.600 fr.
Abonnements aux journaux, cotisations aux groupements...........	50 »
Association Lagoguey (assurance nécessaire contre la maladie)	120 »
Dépenses diverses, omnibus, etc., (1 fr. par jour)	360 »
Total	7.030 fr,

A dessein, je n'ai rien réservé aux plaisirs, fussent-ils menus, car c'est au travail d'abord que le débutant doit songer. Ce chiffre de 7.000 francs est donc bien le seul minimum acceptable. Certes, le médecin pourrait peut-être vivre de façon plus modeste encore, mais ce serait insensé. Pourquoi, dès lors, ne consentirait-il pas à cirer ses parquets et ses chaussures et à recourir aux soupes populaires ? N'existe-t-il donc pas, en dehors de la médecine, des professions nombreuses, qui offrent aux jeunes gens de vingt ans les moyens de gagner leur vie, et à ceux de trente des situations réellement florissantes ? Il faudrait une inconscience étrange et stupide pour persister à s'engager dans une carrière qui, réservant exclusivement fatigues, déboires et mécomptes, nous placerait au-dessous de ces anciens condisciples, moins instruits, passant même pour des *ratés,* mais qui, en vérité, ont été singulièrement mieux avisés.

***

Voici donc notre jeune confrère avec 7.000 francs de dépenses annuelles. Quelles seront ses ressources ? Si ce débutant n'a pas la succession d'un confrère disparu, si pour lui la déontologie n'est pas un vain mot, si enfin, il rentre dans la loi la plus commune, on peut dire qu'au cours de la première année, il gagnera environ un millier de francs. Quelquefois plus, bien souvent moins. A la fin de cette première année, où les recettes auront été de 1.000 francs et les dépenses de 7.000, la perte nette sera de 6.000 francs. La seconde année donnera 2.500 francs, soit une perte de 4.500 francs. La troisième année donnera 5.000 francs, soit une perte de 2.000 francs. A la fin de la quatrième année seulement, le chiffre de 7.000 francs sera atteint, et c'est alors qu'il va falloir établir le budget définitif avec le prix coûtant de la visite médicale.

A ce moment, les visites devenant nombreuses,

les frais de transport doivent apparaître et figurer dans le bilan des dépenses pour une somme supplémentaire de 600 francs. Personne ne m'en voudra d'ajouter 400 francs pour un mois de vacances bien méritées, de ces fameuses vacances, que le fonctionnaire inactif attend toute l'année. Cela fait ainsi 1.000 francs qui élèvent à 8.000 francs le budget annuel précédemment calculé. Est-ce tout ? Certes non.

Après cinq ans d'exercice, ce confrère est débiteur, soit envers sa famille, soit envers quelque obligeant ami, de toutes les sommes reçues pour faire face : 1° à ses études *supérieures* (je néglige le baccalauréat) ; 2° à ses frais d'installation ; 3° aux pertes subies pendant les trois premières années, soit :

Frais d'études médicales (7 ans à 250 francs par mois)		21.000 fr.
Frais d'installation (mobilier, tentures, instruments, etc)		5.000 »
Pertes subies pendant 3 ans.	6.000 4.500 2.000	12.700 »
Total		38.500 fr

C'est donc une somme de 40.000 francs environ que le médecin *a le devoir* de rembourser ou de récupérer, et il ne peut moins demander que d'y parvenir pendant les 25 années qui vont suivre et à la fin desquelles il aura exercé 30 ans.

Dès lors, le budget est ainsi établi :

Frais généraux (7.000 + 1.000)	8.000 fr.
Intérêts à 4% des capitaux engagés (40.000 fr.)	1.600 »
Amortissement en 25 ans de ces capitaux	1.600 »
Total	11.200 fr

Voilà pour les dépenses. Passons aux recettes possibles.

Quand la morbidité est grande, c'est-à-dire pendant 150 jours par an, un médecin en pleine activité peut faire 10, 15, 20 visites par jour, soit une moyenne de 15.

En 150 jours.	2.250 visit.
Quand la morbidité est moindre, pendant 150 autres jours, les visites seront au nombre de 5, 10, 15 suivant les jours, soit une moyenne de 10.	
En 150 jours	1.500 —
Enfin, pour les 65 autres jours qui complètent l'année et dans lesquels figurent les vacances et les jours fériés, comptons	250 —
Soit.	4.000 visit.

Vu l'inconstance de la morbidité, le praticien, pour atteindre ce chiffre, devra fréquemment visiter 25 malades par jour. C'est un maximum que l'on ne doit jamais dépasser, si l'on veut éviter des fatigues difficilement supportées, si l'on veut donner au malade le conseil utile qu'il attend de nous, si l'on veut enfin ne plus inspirer cet ironiste féroce, montrant naguère l'un d'entre nous plus attentif à la « Valse bleue » qu'aux bruits anormaux du poumon qu'il auscultait.

J'accepte donc le nombre annuel de 4.000 visites, et, dussé-je être le seul à suivre jusqu'au bout cette trop aride démonstration, je poursuis. Abstraction faite des honoraires impayés qui seront compensés par quelques accouchements, dont je n'ai pas parlé, nous avons le droit de dire que ces 4.000 visites nous coûtent 11.200 francs, soit 3 francs chacune exactement 2 fr. 80.

Si, au lieu de choisir, pour cette étude, un confrère célibataire exerçant à la périphérie, je m'étais arrêté aux médecins chargés de famille et installés dans le centre, il est bien facile de deviner à quels résultats plus impressionnants je serais arrivé. Là, en effet, le prix coûtant serait de 4, 5, 6 francs et plus, suivant les quartiers.

Or, il est de toute rigueur de ne pas délivrer à moins de 5 francs ce qui en coûte 3, à moins de 8 francs ce qui en coûte 5, à moins de 10 francs ce qui en coûte 6. La conclusion s'impose. Désormais, nous devrons exiger, comme prix de nos visites : 5 francs à la périphérie, 8 francs dans le centre et 10 francs dans les quartiers plus riches. C'est, hélas ! un nouvel effort à tenter. Mais nous apprécions enfin la force des associations et je ne doute plus des résultats heureux.

Confrères qui, à Paris, soignez *cinq cent mille* mutualistes aux tarifs dérisoires que chacun connaît, comprenez-vous maintenant à quel point vous entretenez une des causes les plus fréquentes du malaise que nous subissons ? Comprenez-vous qu'en persistant dans cette erreur singulière, vous consommez à la fois votre ruine et la nôtre ?

Si nous ne tentons pas cette réaction devenue nécessaire, nous continuerons à compromettre notre patrimoine. Nos enfants ne pourront avoir l'instruction que nous avons reçue, et nous ne pourrons prétendre à la vieillesse aisée que nos ascendants directs ont su souvent se préparer. Alors que, dans la vie, chacun doit chercher à s'élever, nous aurons ainsi, en embrassant la carrière médicale, réussi à nous abaisser. Notre ambition était tout autre.

Et, enfin, chose plus attristante et plus grave, nous verrons longtemps encore de vieux confrères exténués et malheureux, traîner leur lamentable existence et attendre la mort comme le seul sommeil qui puisse les reposer !

L. CHAPON.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

En marche vers le libre choix et le tarif à la visite

Un conflit médico-mutualiste vient d'éclater à Bègles (Gironde). Las d'un abonnement forfaitaire dérisoire, excédés de voir les personnes aisées envahir les sociétés de S.M., pour venir, sans vergogne, réclamer le droit au médecin gratuit, comme les personnes peu fortunées pour

lesquelles seules la Mutualité a été créée en principe, soucieux de pouvoir gagner leur vie et d'élever leur famille, les médecins ont voulu faire comme tous ceux qui les entourent (commerçants, industriels, fournisseurs quelconques) : augmenter leurs tarifs.

Mais humains quand même, ils se sont souvenus que le médecin avait été créé pour le malade et ils demandent que celui-ci puisse placer librement sa confiance dans le médecin de son choix et voici leur correspondance avec les présidents de la Mutualité.

Bègles, le 7 janvier 1911.

Monsieur le Président,

Les docteurs en médecine soussignés, qui donnent leurs soins aux membres de la Société de secours mutuels que vous présidez, ont l'honneur de vous annoncer que, pour compléter les déclarations qu'ils vous ont déjà faites, à partir du 1er janvier 1911 ils se voient dans l'obligation de relever le tarif des sociétés de Secours mutuels qui les payent à la visite à un prix inférieur à deux francs.

A partir du 1er janvier 1911, le tarif ministériel du 30 septembre 1905, relatif aux accidents du travail et qui a force de loi, devient applicable aux Sociétés de secours mutuels payant à la visite. Or ce tarif prévoit, pour le médecin de la localité, le prix de deux francs par visite et d'un franc cinquante centimes pour les consultations au domicile du médecin.

En se conformant à l'application d'un tarif légal, tarif ouvrier par excellence, les médecins soussignés ont conscience de rester dans la limite de leurs droits, et, étant donné que les sociétés de Secours mutuels doivent exclusivement, pour leur dignité même, être composées d'ouvriers ils consentent à étendre à la famille du sociétaire le bénéfice du tarif des accidents du travail.

Bourlaux, Vigne, Renaud, Boob, Dr M. Quilliet, Dr Savournin, Dr Brossard.

A Monsieur le Président de la Société.

Bègles, le 15 février 1911.

Monsieur le Président,

Avant le 1er janvier 1911, sous pli recommandé, nous vous avons adressé les conditions nouvelles grâce auxquelles nous assurerions le service médical de la Société que vous présidez. A ce jour nous n'avons pas encore eu le plaisir de vous lire. Sans vouloir brusquer de quelque façon que ce soit votre réflexion et partant votre décision, nous pensons qu'à l'heure actuelle vous pouvez avoir pesé les avantages ou les inconvénients de nos propositions et nous répondre.

Or, indirectement nous apprenons que des négociations ont été entamées avec d'autres médecins que nous ne pouvons traiter en confrères, et si les chiffres cités sont exacts, les propositions qui vous sont faites seraient bien plus onéreuses que celles que nous vous avons soumises. Nous vous signalons tout d'abord que, du fait de ces négociations, votre situation devient fausse vis-à-vis de nous, qui sommes toujours considérés par vos sociétaires comme leurs médecins et qui assurons le service quotidien des Sociétés de secours mutuels. Il y a là une équivoque dont vous comprendrez toute l'importance et qu'il faut dissiper. Donc, dans l'intérêt même de la Mutualité, nous nous adressons à votre équité pour que vous soumettiez, sans esprit de parti, à vos sociétaires, l'état réel de la situation.

Au surplus, tout en voulant éviter une réclame intéressée, nous ne pouvons moins faire que vous rappeler, Monsieur le Président, les services passés. Bon nombre de vos sociétaires peuvent avoir envers nous une autre dette que leurs cotisations, nous voulons dire *de la reconnaissance*. Nous savons d'ailleurs qu'ils ne cherchent pas à s'en affranchir et voilà pourquoi il nous semble que les dirigeants du mouvement, qui se dessine contre les médecins de votre Société, cherchent à faire passer leurs aspirations personnelles avant la condition même d'une mutualité sans arrière-pensée : la *confiance réciproque entre le sociétaire et son médecin*. Nous dénonçons cette manœuvre, parce qu'elle est contraire à la vérité comme à la loyauté et si, comme il doit être entre gens de bonne foi, nul ne veut tromper autrui, la justesse des précédentes observations ne saurait vous échapper.

Nous attendons donc votre réponse sous huitaine à dater de la présente, faute de quoi nous nous verrions obligés d'agir de rigueur, ce qui nous serait certainement pénible, Monsieur le Président. Nous comptons encore sur votre sagesse et nous vous prions d'agréer l'assurance de notre entier dévouement.

Bourlaux, Vigne, Boob, Renaud, Dr Savournin, Dr E.-A. Brossard, Dr M. Quilliet.

A Monsieur le Président de la Société.

Bègles, le 1er mars 1911.

Monsieur le Président,

Par une lettre du 15 février 1911 nous vous annonçions que faute de réponse de votre part sous huitaine, nous nous verrions contraints de prendre une résolution. Votre réponse ne nous étant pas parvenue en temps utile, nous vous communiquons cette décision :

1° Pour les visites que nous avons faites à vos sociétaires depuis le 1er janvier 1911, nous exigerons le prix ordinaire de la visite dans Bègles.

2° A dater de ce jour, nous ne rédigerons plus sur feuille de la Société les ordonnances faites pour vos sociétaires ; nous ne signerons plus leur feuille de maladie jusqu'à ce que votre acceptation aux présentes conditions nous soit parvenue.

3° A l'avenir, si les relations se rétablissent entre votre société et nous, elle devra régler nos honoraires à la visite au prix légal de 2 francs par visite et de un franc cinquante par consultation chez le médecin, suivant le tarif ouvrier du 30 septembre 1905 applicable aux accidents du travail.

4° Si un sociétaire refuse de payer à son médecin des honoraires dont la caisse sociale, suivant décision de la société, n'ait pas à répondre (et ces honoraires ont été désignés dans notre lettre du 31 décembre 1910 comme ils le sont en détail au tarif des accidents du travail), mais qui lui incombent en sa qualité de sociétaire, en vertu de l'application du tarif précité, après arbitrage du président de la société contradictoirement avec un médecin, il y aura sanction de la part de la société vis-à-vis de ce sociétaire.

5° Pour l'admission d'un nouveau sociétaire, le médecin aura voix délibérative non seulement à l'égard de la santé du postulant, mais aussi à l'égard de sa situation pécuniaire. Le Corps médical consentant aux Sociétés de Secours Mutuels les avantages d'un tarif minimum, ne peut en laisser profiter que ceux qui doivent y avoir droit.

6° Dorénavant votre Société payant les honoraires médicaux à la visite, les abonnements de famille n'existeront plus. Mais comme en vertu de l'application de l'article 5 ci-dessus votre Société ne recrutera plus que des sociétaires ouvriers ou assimilables, les membres de leur famille (femme et enfants) bénéficieront de l'application du même tarif.

Nous vous prions, Monsieur le Président, de vouloir bien vous reporter à nos lettres du 30 décembre, du 7 janvier (celle-ci adressée seulement aux Sociétés qui payaient à la visite), du 15 février. Vous constaterez qu'elles vous avertissaient et que vous les avez toujours laissées sans réponse. Nous vous exprimons tout le regret que nous avons de ne pouvoir continuer le service médical aux anciennes conditions, car *du relevé consciencieux et impartial que nous avons établi, il résulte un véritable abus de la part des Sociétés payant à l'abonnement vis-à-vis de leur médecin.* Tel est l'argument principal qui motive notre décision. Puisque nous reprenons notre liberté, nous avons décidé de la laisser entière au mutualiste, en lui procurant aussi le libre choix de son médecin avec payement à la visite. *Nous ne reprendrons les pourparlers qu'autant que ce principe aura été admis.* Il ne soulève d'ailleurs d'autre difficulté que de nécessiter une surveillance plus étroite de la part de la société qui, somme toute, se doit à elle-même d'être bien administrée, tout en assurant au médecin une rétribution convenable.

D'après le tarif que nous vous soumettons, comme d'après le tarif de droit, il y a des interventions dont le prix s'ajoute à celui de la visite. Si la Société décide d'encourir ces frais supplémentaires, elle en devient responsable vis-à-vis de nous ; dans le cas contraire, ils restent à la charge du sociétaire. Nous demandons qu'en pareil cas, si le sociétaire se refuse à tort à nous en régler le montant, il y ait un arbitrage et une sanction. Nous voulons la moralité du mutualiste même en dehors de la mutualité. Nous ne déterminons pas la nature de cette sanction, mais nous en exigeons le principe.

Nous demandons aussi de pouvoir donner notre avis non seulement sur l'état de santé du postulant, mais encore sur sa situation de fortune. Nous respecterons des situations acquises, mais à l'avenir, si par suite d'un calcul intéressé, un aisé cherchait à se glisser au nom de la Mutualité parmi les membres de votre Société, nous voudrions avoir le droit de lui démontrer qu'il ne pourrait invoquer, pour le règlement des honoraires de son médecin, le tarif applicable aux Sociétés de Secours Mutuels, tarif ouvrier, tarif minimum. Nous ne voulons, ce faisant, porter atteinte à la liberté de personne, mais en réalité puisque nous nous engageons vis-à-vis des Mutualistes à ne nous servir que d'un tarif réduit, c'est à notre liberté d'évaluation qu'un aisé porte atteinte en cherchant à bénéficier des avantages médicaux de la Mutualité. Puisque cette décision risque d'être ignorée, nous voulons avoir le droit de la rappeler. Nous n'userons de ce droit qu'avec la plus grande bienveillance et nous souhaitons même ne pas avoir à en user.

Ces quelques considérations nous ont paru nécessaires pour l'interprétation du texte des articles dont nous demandons l'acceptation et l'application. Nous les jugeons assez complètes pour que vous puissiez décider en toute connaissance de cause.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération distinguée.

BOURLAUX, VIGNEL, BOOB, RENAUD, VILLENEUVE, DRUNER, CADANYAC, LEOGNAN, SAVOURNIN, BROSSARD, FOURNIER, QUILLIET, GAUBERT.

Dans le dernier numéro du *Concours*, nous avions publié un entrefilet d'un journal de Bègles, par lequel les Sociétés se félicitaient d'avoir trouvé un médecin.

A l'instant même nous recevons la lettre suivante :

Bègles, le 9 avril 1911.

Mon cher Confrère,

lis dans le *Concours* du 9 un article intitulé : Mutualités et Médecins.

Je me permets de vous écrire immédiatement que vous retardez. Le docteur Eyssen s'est désisté et, sans aucune menace de notre part, a loyalement reconnu que les mutualistes, qui côtoyent la moralité, l'avaient abusé. Il en fut ainsi d'un autre confrère, dont je tais le nom puisqu'il ne donna même pas l'ébauche d'une tentative de concurrence déloyale. Il se contenta d'être pressenti et nous le remercions d'avoir obéi à la bonne confraternité.

A l'échéance du 1er avril, les mutualistes se trouvaient donc sans médecin. Ils ont trouvé un confrère ayant eu des malheurs. Seuls les acharnés ont en principe accepté ses soins. La conséquence de cette situation fut une défection des Sociétés « aristocratiques » si je peux ainsi m'exprimer et la création sous notre patronage et avec notre aide de « l'Union médicale mutualiste béglaise et suburbaine » qui fonctionnera sur la base du tarif médical des accidents du travail et

dont je vous adresserai les statuts après leur impression.

Vous y verrez une réelle coopération médicale et mutualiste pour le plus grand bien des deux parties, qui prouvera une fois de plus qu'entre gens de bonne foi il reste toujours possible de s'entendre.

A part cette défection que les revers et la gêne ont provoquée, le corps médical qui nous entoure nous a encouragé par son appui moral. Même le groupement important dénommé « Comité médical » a voté dans sa dernière séance l'ordre du jour suivant :

« Le Comité médical, après avoir été mis au courant du conflit entre les mutualistes et les médecins de la commune de Bègles et appréciant à leur véritable valeur les considérants aussi injurieux qu'erronés de l'ordre du jour des Sociétés dans leur réunion du 11 février, approuve pleinement l'attitude de leurs confrères. »

La question n'est donc pas encore complètement résolue, mais suit son cours. Dr Quilliet.

Très bien, confrères de Bègles. Bravo pour votre union et votre solidarité. Vous aurez sûrement gain de cause, car vous ne demandez rien d'exagéré. Vous heurtez seulement des habitudes routinières et vous chavirez totalement les idées de ces bons philanthropes, habitués à faire le bien aux frais du corps médical.

Nous vous avons déjà envoyé une consultation de l'avocat-conseil du *Sou*, Me Gatineau, au sujet de la création de votre Société « l'Union médicale et mutualiste ». Ne craignez pas de nous écrire, de nous tenir au courant des phases de cette bataille, parce que, moins débordés par les ennuis de notre déménagement, ayant réussi à reclasser dossiers et documents, nous pourrons vous répondre plus rapidement que nous n'avons pu le faire ces jours derniers.

P. B.

CORRESPONDANCE

Paris, le 10 avril 1911.

Le *Concours Médical* du 12 mars a inséré la lettre de démission de l'ancienne commission administrative de la Société Centrale de l'A G. ; La Prévoyance médicale, se jugeant visée dans cette lettre, nous demande de publier la lettre suivante :

Monsieur et très honoré Confrère,

Puisque vous avez publié dans votre estimé journal la lettre de démission collective des membres de la Commission administrative de la Société Centrale, lettre qui mettait en cause la Prévoyance Médicale, œuvre philanthropique qui, cette année, distribue plus de 500.000 francs en retraites aux vieux médecins et en pensions et allocations aux veuves et aux orphelins, nous vous demandons d'insérer la note suivante :

« L'Assemblée générale extraordinaire du 9 avril « dernier, confirmant les résolutions prises par « l'Assemblée générale du 5 mars 1911, a admis, « à une très grande majorité, les 92 Confrères que « la Commission administrative ancienne avait « systématiquement refusé d'admettre, parce « qu'ils étaient soupçonnés de faire partie de no- « tre belle œuvre de prévoyance et elle a, égale- » ment à une très grande majorité, élu les 23 « membres qui vont remplacer les démissionnai- « res et faire reprendre à la Société Centrale, qui « doit s'occuper exclusivement de bienfaisance, « l'orientation qu'elle n'aurait jamais dû cesser « de suivre.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, nos sentiments confraternels.

Dr PHILIPPEAU.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Assemblée générale extraordinaire de l'Union des syndicats médicaux de France. — Le Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats médicaux a, dans sa séance du 19 avril 1911, fixé au samedi 29 avril 1911 l'assemblée générale extraordinaire de l'Union pour la révision de ses statuts.

Cette Assemblée se tiendra à Paris, au siège social de l'Union, Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, à deux heures précises.

L'Etablissement thermal d'Enghien. — Sous la conduite de M. le Professeur agrégé Chassevant, les élèves du Cours d'Hydrologie et d'Hygiène ont visité l'Etablissement Thermal d'Enghien le 7 avril dernier. Ils ont pu se rendre compte des nombreuses transformations et améliorations effectuées cette année encore dans cet Etablissement qui peut maintenant rivaliser avec ceux des Stations les plus réputées.

— **Asile d'aliénés de Maine-et-Loire.** — Un concours pour deux places d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Ste-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) s'ouvrira à Angers, le lundi 26 juin 1911, à 8 heures du matin à la Préfecture.

Les Internes sont nommés pour 3 ans. — Avantages : Indemnité annuelle de 700 fr. la 1re année ; 800 fr. la 2me et 900 fr. la 3me année ; nourriture, logement, chauffage, éclairage.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Asile.

— **Les étudiants au régiment.** — Par une circulaire du 8 mars dernier et pour se conformer à l'esprit de la loi militaire, le ministre de la Guerre a rappelé aux jeunes gens sous les drapeaux qu'ils ne pourront prendre d'inscription dans les Facultés, ni subir d'examens.

Toutefois, comme certains d'entre eux se trouvent avoir pris des inscriptions au début de l'année scolaire présente, il leur est accordé, après entente avec les ministres de la Guerre et de l'Instruction publique, de compléter leurs inscriptions afin de pouvoir passer leurs examens de fin d'année.

Mais il est bien entendu que cette tolérance n'est prise qu'à titre transitoire et ne vise que l'année 1910-1911.

— **La loi sur la taxe de séjour et le règlement d'administration publique.** — On se rappelle que M. Maringer avait été chargé de rédiger le règlement d'administration publique, qui devait préciser les conditions du fonctionnement et de l'application de la loi sur la taxe de séjour. Ce rapport vient d'être déposé, mais il a été retenu par le ministère des finances, qui a soulevé certaines objections d'ordre fiscal sur sa rédaction, et paraît vouloir y apporter certains changements.

Ce qui veut dire, en termes courants, que la publication à l' « Officiel » de ce document est retardée pour un certain temps, peut-être pour plusieurs mois, et que nos stations thermales n'ont qu'à s'armer de patience et de résignation. Il semble de plus en plus improbable que cette loi puisse être appliquée avant la saison 1913 ! et encore !...

Pauvres stations thermales ! Contrairement à l'aphorisme célèbre de Gambetta, on en parle beaucoup, mais on n'y pense jamais...

Syndicat Médical de Paris. — Dans sa séance du 5 avril, le conseil du *Syndicat Médical de Paris* a procédé au renouvellement de son bureau ainsi constitué pour 1911 :

Président : Dr de Pradel ;
Vice-Présidents : Drs Chassevant d'Ayrenx ;
Secrétaire général : Dr Berruyer ;
Secrétaire général adjoint : Dr Labady ;
Trésorier : Dr de Spéville ;
Secrétaires des séances : Drs Acheray, Carel ;
Rédacteur du *Bulletin*, Dr Chapon.

XIIe Congrès Français de Médecine. — Il se tiendra à Lyon les 22 et 25 octobre 1911, sous le patronage et la présidence d'honneur de : M. Edouard Herriot, maire de Lyon, MM. les professeurs Chauveau, Ch. Bouchard, membres de l'Académie des Sciences et R. Lépine, correspondant de l'Académie des Sciences.

I. — Bureau du Congrès.

Président : M. le professeur Teissier, associé national de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : M. le médecin inspecteur Polin, directeur de l'Ecole du service de Santé militaire ; M. le professeur Weill, ex-président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon ; M. le Dr J. Audry, médecin honoraire des hôpitaux, président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

Secrétaire général : Dr Paul Courmont, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général adjoint : Dr Fernand Arloing, agrégé à la Faculté de médecine.

Trésorier : Dr A. Cade, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Trésorier-adjoint : M. A. Rey, imprimeur-éditeur.

Adjoints au bureau : Professeurs Bard et d'Espine, de l'Université de Genève ; professeur Henrijean, de l'Université de Liége, ancien secrétaire général du Congrès français de médecine ; professeur Crespin, de la Faculté de médecine d'Alger ; Dr Brossard, médecin-chef de l'hôpital français, au Caire ; Pr H. Hervieux, de l'Université Laval (Canada), président de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord,

II. — Programme.

Dimanche 22 octobre. — Séance d'ouverture du Congrès et réunion des membres souscripteurs appelés à voter les statuts de l'Association des médecins de langue française.

Lundi 23 octobre, à 9 heures du matin, première séance générale et discussion de la première question (1).

Première question : *Du coma diabétique*.

Rapporteurs :

M. le professeur R. Lépine (Lyon), introduction à l'histoire du coma diabétique ;

MM. les professeurs Hugounenq et Morel (Lyon) chimie du coma diabétique ;

M. le professeur agrégé Marcel Labbé (Paris) et M. le Dr L. Blum, assistant à la Clinique médicale de M. le professeur Moritz (Strasbourg). Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique.

Deuxième question : *Du rôle des hémolysines en pathologie.*

Rapporteurs :

MM. le professeur agrégé Georges Guillain et le Dr Jean Troisier (Paris), exposé général du sujet.

M. le professeur Nolf (Liége), les hémolysines au point de vue expérimental.

MM. le professeur Fernand Widal et le Dr Pierre Abrami, les ictères hémolytiques acquis. Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extra-hépatique.

M. le professeur Bar (Paris), les hémolyses de la femme enceinte.

Troisième question : *Des diurétiques.*

Rapporteurs :

M. le professeur Henrijean (Liége), la diurèse et les agents diurétiques.

M. le professeur Mayor (Genève), la diurèse et les agents diurétiques.

M. le professeur Pic (Lyon), les médicaments diurétiques.

M. le professeur Arnozan (Bordeaux), les régimes diurétiques.

Quatrième question, ajoutée par le bureau après entente avec le département de la guerre : Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Rapporteur :

M. le médecin-principal Rouget, professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le Ministre de la guerre.

N. B. — MM. les membres du Congrès, qui désireraient prendre la parole sur les questions mises en discussion, ou faire une communication sur un sujet original, mais ne faisant pas l'objet d'un rapport spécial sont priés d'en informer, le plus tôt possible, le secrétariat. L'importance des questions rapportées ne devant laisser que peu de temps disponible pour l'exposé des communications particulières ; il est à souhaiter que ces communications soient rigoureusement classées avant l'ouverture du Congrès et groupées par catégories similaires pour être examinées dans des sections organisées spécialement à cet effet. Le bureau serait heureux de recevoir avant le 15 juillet au plus tard, pour chacune de ces communications, un court résumé, ou des conclusions qui pourraient être imprimés à la suite des rapports, ce qui faciliterait singulièrement la bonne tenue des séances et rendrait les discussions plus fructueuses.

Adresser :

Les communications à M. Paul Courmont, secrétaire général, 33, rue Ste-Hélène, Lyon.

Les bulletins de souscription et mandats à M. A. Rey, imprimeur-éditeur, 4, rue Gentil, Lyon.

(1) Il sera fait part ultérieurement de l'ordre du jour définitif, comme des réceptions offertes à l'occasion du Congrès.

Le Directeur-Gérant : Dr **H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 18 Dimanche 30 AVRIL 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le taux des honoraires médicaux.

Les conditions économiques de la vie, et non l'offre et la demande le déterminent. Autrefois et Aujourd'hui. Une tentative avortée d'abonnement au XVIIIe siècle.

Nos lecteurs ont pu lire dans le *Concours médical* du 23 avril (page 37) l'intéressante étude du Dr Chapon, secrétaire général de la Fédération parisienne, sur *le prix coûtant de la visite médicale* (1) à Paris. De l'analyse minutieuse des dépenses qu'est tenu de faire un médecin célibataire pour vivre le plus modestement possible et couvrir les frais de ses études médicales et de son installation, il résulte que ce médecin doit toucher annuellement au minimum la somme de 11.200 fr. Or, comme les médecins depuis 1452 ne sont plus voués au célibat, que la plupart ont la charge d'une famille ; comme d'autre part notre confrère Chapon limite à 4.000 visites ou consultations le maximum des actes médicaux annuels rémunérés que peut consciencieusement faire un praticien très occupé, il s'en suit que le médecin d'une grande ville, en donnant le maximum de travail, peut à peine assurer la vie de sa famille et couvrir ses frais. Il s'en suit en outre que c'est aux dépens de son patrimoine ou des revenus qu'il en tire qu'il assure l'avenir de ses enfants et leur donne une position, que, sans de très dures privations, il ne peut compter avec les seules ressources de sa profession. donner à ses fils une situation analogue à la sienne. Le médecin est donc soumis à une loi encore plus dure que la fameuse loi d'airain qui défend à tout prolétaire de rêver en temps normal pour son fils un état supérieur au sien, mais qui lui en laisse espérer un au moins équivalent.

L'étude du Dr Chapon nous a engagé à notre tour à faire une petite enquête sur le coût annuel de la vie du praticien dans diverses régions de France, enquête dont nous don-

(1) Etude empruntée au *Bull. du Syndicat méd. de Paris*, avril 1911.

nerons les résultats quand nous les jugerons suffisants. Mais dès à présent nous sommes en droit d'affirmer que, dans les pays les plus riches comme dans les régions les plus défavorisées, le médecin praticien ne gagne jamais plus que le nécessaire pour vivre, couvrir ses frais et amortir les dépenses nécessitées par ses études.

Comme il y a des variations constantes dans le coût moyen des objets de première nécessité, le taux des honoraires ne saurait pas rester immuable, et sa fixation ne saurait non plus être livrée aux caprices de la fantaisie. Ce n'est pas la loi de l'offre et de la demande, chère aux économistes, qui détermine normalement les fluctuations du prix de l'acte médical mais ce sont les variations du coût de la vie. Ainsi, à Paris, avons-nous vu le prix minimum de la visite médicale porté à 4 francs et accepté sans difficulté par le public en 1910, bien que le nombre des médecins ait atteint le chiffre de 3.816 d'après la dernière statistique de la préfecture de police, alors que, 20 ans auparavant, le prix ordinaire de la visite médicale dans la classe peu aisée ne dépassait pas 3 francs, et que le nombre des praticiens parisiens atteignait à peine 2.000. On voudra bien admettre que l'augmentation du nombre des médecins, qui a presque doublé dans cette période de vingt années, n'est pas en rapport avec l'augmentation de la population de la ville qui ne s'est accrue seulement que d'un peu plus d'un quart. La loi de l'offre et de la demande est donc ici, comme en maints autres cas, en défaut, car en se basant sur elle, le prix de la visite médicale au lieu d'atteindre 4 francs, aurait dû descendre à 2 francs.

D'ailleurs, il en fut toujours ainsi. En parcourant le livre très intéressant du Dr Paul Delaunay sur le *Monde médical parisien au XVIIIe siècle*, nous avons remarqué que le chiffre des honoraires, à cette époque, était sensiblement le même que celui d'aujourd'hui, si l'on tient compte des variations de la valeur de l'argent et du coût moyen de la vie. Nous ne parlerons pas des honoraires que réclamaient les célébrités médicales d'alors, les Bourdelin, les Bouvard, les Tronchin, les Portal. En fait, ils savaient se faire honorer tout aussi bien que nos maîtres actuels, puisque Portal en 1788 gagnait 43.000 francs, somme coquette pour l'époque. On nous dit bien que J.-B. Regnault faisait en 1790 des visites à 1 et à 2 livres et qu'en l'an VIII, le célèbre de Jussieu visitait pour 2 francs des malades fortunés, mais l'on était alors en période révolutionnaire et en plein désarroi économique. Un document authentique nous permet d'apprécier de façon très précise le tarif de la visite en 1710, il y a exactement 200 ans (1). A cette époque, Me Jacques Fourneau, médecin à Paris, assigna les héritiers de « deffunte damoiselle La Ville » en paiement de 37 livres 10 sols pour 25 visites faites au cours de sa dernière maladie. Le juge Nicolas Larbalestrier condamna les héritiers à payer cette somme avec dépens et intérêts. Or l'argent avait une valeur plus que double de celle d'aujourd'hui et, d'après les calculs de G. d'Avenel (1), la livre valait au début du XVIIIe siècle 2 fr. 33. C'était donc 87 francs environ que Me J. Fourneau réclamait pour 25 visites, ce qui mettait la visite à 3 fr. 50. Mais étant données les conditions économiques de la vie pour un Parisien en 1710, cette somme représentait une valeur au moins double de celle qu'elle aurait de nos jours; aussi sommes-nous en droit d'affirmer que le prix de la visite faite par Me J. Fourneau à la demoiselle La Ville équivaudrait, en 1910, environ à *sept* francs. Nous voyons que le tarif des honoraires médicaux dans la bourgeoisie était sensiblement le même qu'à notre époque.

Nos confrères du XVIIIe siècle, il est vrai, savaient mieux se défendre ; ils n'admettaient pas les abonnements et les forfaits tels qu'on les voit sévir dans nombre de services médicaux des collectivités : assistance, mutualité, assurances.

Les *Commentaires* de la Faculté de Paris relatent qu'en 1771, trois docteurs : Bourru, Guilbert et Colombier, firent distribuer des prospectus offrant des abonnements économiques en faveur des malades. L'abonnement, relativement coûteux si on le compare à ceux de nos mutualistes, était de 12 livres par an pour un souscripteur, 18 livres pour deux, 24 livres pour trois dans la même famille. Le corps médical s'émut et, après une assemblée générale, le 19 octobre 1771, il fut décidé que le doyen irait prier le lieutenant de police d'arrêter la distribution des prospectus et qu'on prendrait des mesures énergiques à l'égard des innovateurs. Ceux ci ne tardèrent pas à faire amende honorable, car, dix jours après, ils signaient la déclaration suivante :

« Nous soussignés, autheurs et fauteurs du projet de l'abonnement économique en faveur des malades, déclarons n'avoir aucun dessein de mettre ce projet à exécution. Déclarons en conséquence et annulons par ce présent écrit toute opposition soit juridique, soit sur le plumitif de Monsieur le doyen, et promettons n'en faire aucune à l'exécution des décrets portés sur cet objet.

« Ce 29 octobre 1781. Signé : Bourru, Guilbert, Colombier » (2).

Voici un fait qui pourrait servir d'exemple à plus d'un de nos Syndicats et une déclaration que notre distingué secrétaire général de la Fédération des médecins de la région parisienne, le Dr Chapon, n'obtiendra pas demain des quelques centaines de médecins mutualistes qui acceptent à Paris des abonnements à des conditions bien autrement désastreuses que les Drs Bourru, Guilbert et Colombier.

J. Noir.

(1) Les honoraires des médecins en 1710, par Fromageot ; in *France Médicale*, 1902.

(1) G. d'Avenel. — La fortune privée à travers sept siècles, Paris, 1895.

(2) *Commentaires* de la Faculté, t. XXIII, f. 407, cité par P. Delaunay.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

Les traumatismes du carpe,

Par le Dr Maurice PATEL,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Dans un article précédent (1), nous avons vu combien la radiographie avait modifié l'étude anatomo-clinique des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Les traumatismes du massif carpien s'y rattachent directement, soit parce qu'ils les compliquent parfois, soit que, plus souvent, ils les simulent dans leur tableau clinique. La radiographie, là encore, a permis la classification et donné la solution de ces impotences fonctionnelles, que l'on voyait survenir à la suite de chutes sur le poignet, et qui étaient demeurées jusque-là inexpliquées.

Pour faciliter cette description, éminemment complexe, nous envisagerons successivement :

1° Les types anatomiques ;
2° La symptomatologie ;
3° Le traitement.

I. TYPES ANATOMIQUES. — Le schéma radiographique du carpe doit toujours être présent à l'esprit du praticien lorsqu'il veut interpréter une radiographie du poignet ; l'image de face et de profil sont nécessaires.

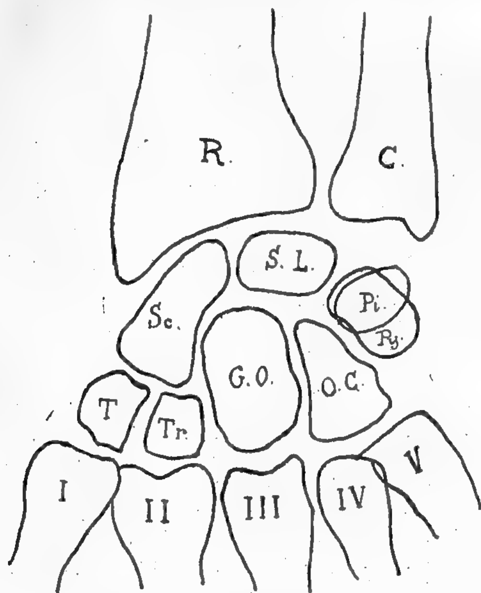


Fig. 1. Radiographie du poignet normal (vue de face)

Sur l'image de face (*fig.* 1), on distingue successivement : 1° les extrémités inférieures du radius et du cubitus ; l'apophyse styloïde radiale descendant plus bas que celle du côté cubital ; 2° la première rangée des os du carpe ; c'est-à-dire le *scaphoïde*, os allongé, le plus externe, empiétant par sa partie inférieure sur la 2e rangée ; le *semi-lunaire*, os rond, répondant au radius ; le *pyramidal* et le *pisiforme*, ce dernier au-dessus du premier, tous deux semblant un peu loin du cubitus, par suite de la présence du ligament triangulaire ; — 3° la seconde rangée des os du carpe, c'est-à-dire le *trapèze* et le *trapézoïde*, semblant continuer tous deux la colonne scaphoïdienne et s'articulant respectivement avec le 1er et le 2e métacarpiens ; le *grand os* et l'*os crochu*, répondant aux trois derniers métacarpiens.



Fig. 2. Radiographie du poignet normal (vue de profil)

Sur l'image de profil (*fig.* 2), que l'on obtient toujours en appuyant le *bord radial* de l'avant-bras sur la plaque, on recherchera surtout le *semi-lunaire*, qui se présente sous la forme d'une tranche d'orange, dont la convexité répond à la surface articulaire du radius. Le *pisiforme* fait parfois une saillie, qui paraîtra anormale, pour un observateur non prévenu.

Ceci bien établi, voici les types principaux que révèle la radiographie :

1° *Fracture du scaphoïde* (*fig.* 3). Ordinairement, le trait de fracture siège au milieu de l'os et semble prolonger l'interligne situé entre la 1re et la 2e rangée des os du carpe.

2° *Luxation du semi-lunaire en avant* (*fig.* 4), (dislocation des deux os de la 1re rangée, Destot). Sur un cliché de face, la lecture est très difficile ;

(1) *Concours médical*, 5 mars 1911, p. 200. Traitement pratique des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

le scaphoïde semble s'être éloigné du semi-lunaire. C'est surtout sur un cliché de profil que l'on voit une saillie, très nette, formée par le

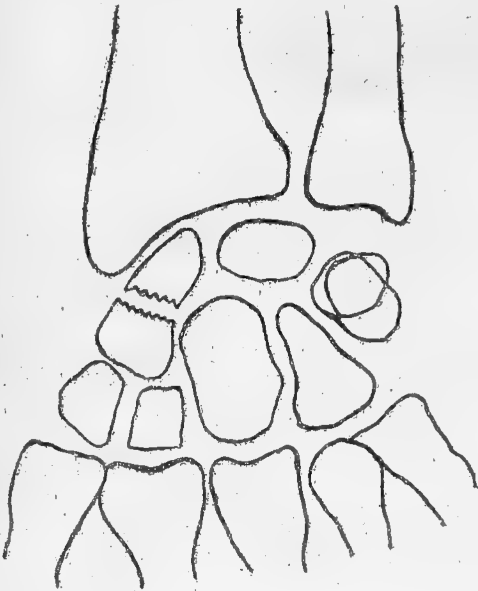


Fig. 3. – Fracture du Scaphoïde (vue de face)

semi-lunaire, qui apparaît sous la forme d'un croissant dont la convexité répond au radius. Cet aspect est des plus caractéristiques.

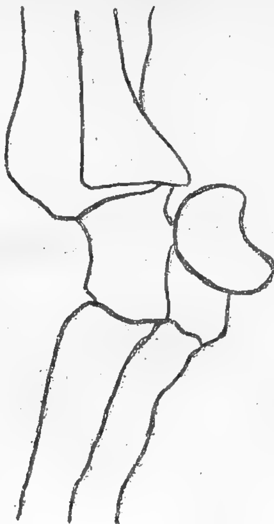


Fig. 4. – Luxation du semi lunaire en avant (vue de profil)

3° *Luxation médio-carpienne* (*fig.* 5). Les os de la 1re rangée sont complètement déplacés sur ceux de la 2e. On voit alors, sur une radiographie de face, les os de la 1re rangée chevaucher sur ceux de la 2e ; le pyramidal, respecté dans la dislocation, participe alors au déplacement. De plus, le scaphoïde est souvent cassé.

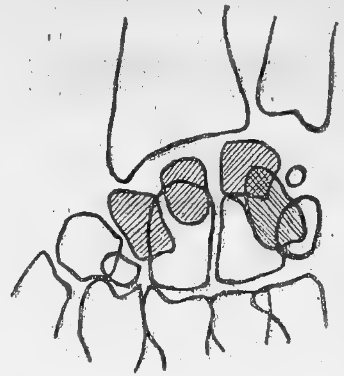


Fig. 5. Luxation médio-carpienne avec fracture du Scaphoïde.

4° *Fractures exceptionnelles.* On peut observer encore, mais très rarement, les *fractures du pyramidal* avec fracture du cubitus ; — les *fractures isolées du lunaire* ; — les *fractures du grand os* (*fig.* 6).

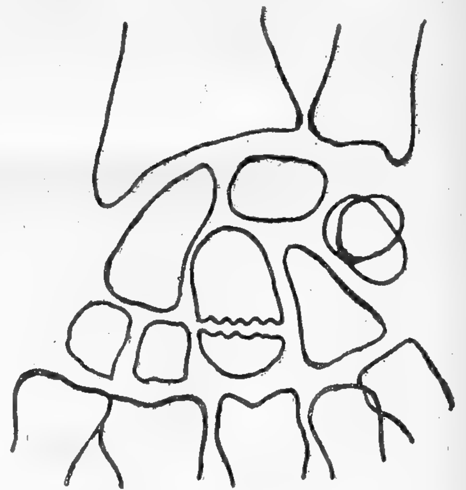


Fig. 6. – Fracture isolée du grand os.

Si l'on ajoute à cela que les fractures ou luxations du carpe peuvent se compliquer de lésions de la mortaise antibrachiale, on voit combien ces types peuvent devenir complexes. Néanmoins, les lésions élémentaires que nous venons d'indiquer suffiront à se reconnaître plus facilement.

II. Symptomatologie. — Il est difficile de poser, après un simple examen clinique, le diagnostic certain de lésion carpienne ; néanmoins il est permis de la soupçonner et c'est ici le cas de répéter, en paraphrasant : « *Dans toute chute sur le poignet, songez au carpe* ». Songez-y pour

modifier votre pronostic et instituer une thérapeutique rationnelle.

D'une façon générale, lorsque le carpe est intéressé, on note les particularités suivantes : 1° le col du poignet paraît plus court et plus tassé par rapport à celui du poignet sain ; — 2° les mouvements de flexion de la main sur l'avant-bras sont limités ; 3° il existe des saillies anormales et des points douloureux anormaux, au-dessous des apophyses styloïdes, sur la face antérieure et sur la face postérieure du poignet.

La vérification par la radiographie a permis plus de précision et, pour chacun des traumatismes ci-dessus mentionnés, on a pu relever des signes encore plus nets :

1° *Fractures du scaphoïde.* — Elles surviennent après les chutes sur le poignet avec extension forcée (glissades) ; les mouvements d'inclinaison radiale sont limités. On relève :

a) La base du 1er métacarpien, toujours facile à reconnaître, est plus rapprochée de la styloïde radiale que celle du côté opposé.

b) Il y a un point douloureux net dans la tabatière anatomique.

Si la ligne bistyloïdienne a ses rapports normaux, il ne saurait y avoir de doute.

2° *Luxation du semi-lunaire en avant.* — *a*) Le poignet est ici globuleux ; il est plus large que haut et ce gonflement siège au-dessous de la ligne bistyloïdienne. *b*) La main demeure en extension et les doigts tendent à se fléchir insensiblement. *c*) La tabatière anatomique est comblée par une saillie qui augmente à mesure que l'on se rapproche de l'axe de l'avant-bras. *d*) Et surtout, sur la face palmaire, on sent, au-dessous du tendon fléchisseur, une saillie qui répond au lunaire qui comprime parfois le nerf médian et occasionne des fourmillements dans les trois premiers doigts.

On voit en somme que tout se passe dans la moitié externe du carpe, et que la région hypothénar est normale.

3° *Luxation médio-carpienne.* — Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la luxation du lunaire —, avec cette différence que la moitié interne du poignet apparaît nettement participer à la lésion. Le *col* du poignet n'existe pas ; la distance entre les styloïdes et les 1er et 5e métacarpiens est diminuée ; il y a une saillie anormale dans la tabatière anatomique et dans la gouttière carpienne.

Malgré tout, le praticien devra toujours vérifier ou même faire son diagnostic avec la radiographie — ; celle-ci s'impose absolument aujourd'hui, sous peine de grossières erreurs, si les lésions osseuses n'apparaissent pas, d'une façon indubitable, localisées exclusivement à l'extrémité inférieure du radius.

Méconnues, ces fractures du carpe laissent après elles des infirmités permanentes ; les mouvements sont définitivement compromis ; on peut voir des douleurs constantes — des troubles nerveux avec lésions trophiques. Et le tout est difficilement curable

III. Traitement. — Les conséquences thérapeutiques de notions anatomiques sont de premier ordre.

Dans les *fractures du scaphoïde*, la main doit être mise en inclinaison cubitale forcée, en refoulant du côté palmaire le fragment inférieur. Destot a eu ainsi des succès.

Dans la *luxation du semi-lunaire*, la réduction sous anesthésie s'impose ; la main étant en hypertension, on cherche à refouler l'os dans sa loge, en appuyant fortement sur la face palmaire ; un craquement prévient de la réduction. On obtient ainsi des succès, la *restitutio ad integrum* très rapide, et ceci est d'autant plus remarquable que si la lésion est ancienne, la réduction est impossible et les troubles fonctionnels sont des plus accusés.

Pour la *luxation médio-carpienne*, la réduction s'impose également ; elle s'exécute en fléchissant la main à angle droit du côté dorsal, et en la faisant descendre, pendant qu'un aide fait la contre-extension ; la main descend et la première rangée des os du carpe se trouve reconstituée.

Toutes ces notions sont essentielles aujourd'hui ; si ces lésions sont méconnues, c'est l'ankylose du poignet, avec douleur persistante, troubles trophiques possibles, annihilant la main au point de vue fonctionnel. C'est alors que l'on est conduit à des interventions sanglantes, dont le type est la résection totale du poignet ; elles donnent de bons résultats, mais moins bons que ceux que l'on obtient par une intervention précoce non sanglante

ACTUALITÉS MÉDICALES

Traitement de la paralysie agitante.

La maladie de Parkinson ou paralysie agitante est souvent considérée comme au-dessus des ressources de l'art. M. R. Oppenheim publie, dans le *Progrès médical*, un ensemble de moyens thérapeutiques qu'il nous paraît utile de rappeler aux praticiens :

Comme le dit l'auteur, l'étiologie de cette affection étant encore peu élucidée, nous devons surtout nous appliquer à combattre les deux symptômes les plus pénibles pour le malade : tremblement et insomnie.

« Toutefois les conceptions étiologiques nouvelles, qui tendent à considérer la paralysie agi-

tanté comme liée à une lésion ou à un trouble fonctionnel des glandules parathyroïdes, doivent conduire à un essai de médication pathogénique par l'opothérapie parathyroïdienne.

« On prescrira donc :

« 1° Faire tous les deux jours une séance d'électricité statique, terminée par une application de courants continus de faible intensité (5 à 10 milliampères), pendant dix minutes sur les membres atteints.

« 2° Appliquer tous les dix jours des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

« 3° Faire pratiquer de façon régulière la mobilisation passive des jointures, pour lutter contre la rigidité musculaire ; dans le même but recourir à la gymnastique suédoise.

« 4° Surveiller l'hygiène alimentaire en évitant tous les excitants (vin pur, alcool, café, thé, etc.) et l'hygiène générale, qui doit soustraire les malades aux émotions et aux fatigues de toutes sortes ; enfin, faire jouer un rôle important au traitement psychothérapique très utile à ces malades très impressionnables et voués au découragement.

« 5° Chaque mois, pendant quinze jours, faire prendre à chaque repas une cuiller à soupe de la préparation :

Arséniate de soude	0 gr.03
Phosphate monocalcique	5 gr.
Sirop iodo-tannique du Codex	300 gr.

« 6° Les quinze jours suivants, prendre les pilules suivantes :

Hyoscyamine amorphe......	0 gr. 001
Codéine	0 gr. 01
Excipient .... Q. S. pour 1 pil. n° 20.	

« Débuter par une pilule quotidiennement ; augmenter d'une pilule tous les deux jours jusqu'à quatre ; redescendre de même, de façon à n'en reprendre qu'une les deux derniers jours du traitement.

« Ou bien prendre pendant la même période de quinze jours, avant les deux principaux repas, dix gouttes de la préparation :

Teinture de gelsemium sempervirens	20 gr.

(ne pas employer l'extrait fluide qui est plus toxique) ou enfin recourir à la scopolamine ;

Chlorhydrate de scopolamine .	0 gr. 002
Eau distillée	10 cc.

« Injecter chaque jour un cent. cube, soit un cinquième de milligramme de scopolamine.

« Ces diverses médications, assez efficaces contre le tremblement, sont trop toxiques pour être continuées sans interruption ; après une quinzaine de jours, il faut les interrompre pour accorder au malade une période de repos de durée égale.

« 7° Contre l'insomnie, faire prendre le soir, avec une infusion chaude de tilleul ou de fleurs d'oranger, un des cachets suivants ;

Véronal	0 gr. 25
Chlorhydrate d'héroïne	0 gr. 01

« 8° Instituer concurremment avec la médication précédente l'opothérapie parathyroïdienne, dont l'application est rendue délicate par l'exiguïté des parathyroïdes et la difficulté de se procurer ces organes.

« On pourra prescrire la parathyroïdine en préparation liquide, qui s'administre à la dose de 30 à 90 gouttes par jour.

« On trouve également dans le commerce des pilules et des tablettes de parathyroïdine renfermant chacune un poids correspondant à cinq centigrammes de parathyroïde fraîche et dont on donne de 3 à 6 par jour ».

Percussion de la poitrine, le dos appuyé sur un mur.

Le *Bull. méd.* analyse un article de M. Wenzel, de Magdebourg, dans le *Central fur innere Medizin.*, n° 10, sur les avantages que présente, pour les renseignements fournis par la percussion de la poitrine, l'adossement du malade contre un mur ou sur un plan absolument dur.

L'auteur, qui décrit cette nouvelle méthode sous le nom de « Percussion murale » (Wandperkussion), dit qu'il est ainsi facile de mettre en évidence des nuances de son, qui échapperaient, si la percussion avait lieu, comme d'habitude, le tronc n'étant pas appuyé. »

La teinture d'iode en applications sur le chancre mou.

M. le Dr Petges, de Bordeaux, préconise contre le chancre mou le traitement par la teinture d'iode en badigeonnages après minutieux décapage de la plaie sanieuse. Voici la technique qu'il indique dans la *Gaz. des Sc. médic. de Bordeaux*.

« Savonnage de l'ulcère avec un savon liquide, alcoolé de savon de préférence, et de la ouate hydrophile ou de la gaze ; puis, lavage soigné avec des tampons imbibés d'éther ; enfin lavage à l'alcool. Verser ensuite une ou deux gouttes de teinture d'iode dans la lésion et l'y laisser en contact quelques secondes ; en enlever l'excès à la ouate. Poudrer ensuite à l'iodoforme, à l'airol ou à l'aristol. Recommencer tous les jours une à deux fois.

« Le savonnage, les lavages à l'éther, puis à l'alcool, détergent le fond de l'ulcère et permettent à l'iode d'agir sur les lésions actives, au lieu de produire des coagula avec les débris sphacélés et le pus.

« Un badigeonnage à la solution de cocaïne au 1/20 permet d'éviter toute douleur chez les sujets craintifs. Ce traitement est difficilement applicable dans la clientèle ouvrière par les malades eux-mêmes, qui gagneront à être pansés à l'hôpital ou par leur médecin. Dans la clientèle aisée, les malades peuvent l'appliquer eux-mêmes. »

Avec cette méthode, affirme l'auteur, on voit rarement survenir des bubons, et la guérison s'obtient en six ou huit jours, c'est-à-dire plus promptement qu'avec les pansements habituels.

Traitement de l'hémoptysie des tuberculeux.

Le *Progrès médical* nous donne, dans un bon article de médecine pratique, une ligne de conduite fort judicieuse pour le traitement de l'hémoptysie des tuberculeux.

« Comme il peut être difficile, dit l'auteur de cet article, de déterminer la pathogénie d'une hémoptysie dans la pratique et que parfois l'abondance de l'hémorragie inquiète le malade et le médecin, il est bon de pouvoir faire appel à une médication indépendante de toute idée pathogénique.

« D'abord faut-il traiter d'une façon active toute hémoptysie ? Certaines d'entre elles sont souvent précédées d'un état de malaise, que vient soulager l'émission du sang par la bouche. Les malades de ce genre accusent un véritable bien-être dès qu'ils rendent le sang.

« Il semble bien qu'une médication peu active soit ici seule utile, si l'hémoptysie n'est pas trop abondante et que le repos et la diète suffisent.

« Par contre, toute hémoptysie sérieuse et abondante, surtout si elle fait suspecter la rupture de l'anévrysme de Rassmüssen, réclame une thérapeutique active.

« La première règle, absolue, est de maintenir le malade au lit et de le mettre à la diète, en lui faisant sucer de petits morceaux de glace, bien que, dans les sanatoria, on n'accorde plus guère créance à l'action de la glace.

« Le second point est de calmer la toux qui augmente l'hémoptysie. Le mieux, s'il faut agir vite, est de faire une piqûre de morphine.

« Enfin, si l'hémorragie est abondante, en cas d'urgence, l'injection de 1/2 milligramme d'adrénaline doit être tentée, suivie de l'injection de 10-20 cc. de sérum antidiphtérique.

« Si le malade est exsangue, on aura recours à la ligature de la racine des 4 membres, à l'injection de sérum artificiel, voire intra-veineuse.

« Si l'hémoptysie est moins brutale, mais tend à se prolonger, on peut se borner à employer le ratanhia, l'ipéca à doses réfractées, ou associer l'opium à l'ipéca par l'administration de cachets de poudre de Dower. »

Le signe de Mauriac dans les épanchements thoraciques.

Nous avons eu l'occasion d'indiquer, dans le *Concours médical*, le signe préconisé par M. Edgard Hirtz pour le diagnostic des épanchements pleuraux. M. M. Mauriac, médecin des hôpitaux de Bordeaux, en a décrit un, également fort utile, dans le *Courrier médical*.

« Le malade étant débout ou assis sur son lit, le médecin se place du côté droit ou du côté gauche, suivant qu'il est plus habitué à percuter avec la main droite ou avec la main gauche L'éminence thénar est alors appliquée sur un des hypocondres, de façon que la pulpe du médius ou de l'index se loge dans la fossette sus-xiphoïdienne ; quand celle-ci n'est pas très marquée, ce qui arrive souvent chez la femme, on prend comme point de percussion l'appendice xiphoïde.

« Dans cette position, le médius ou l'index percutent légèrement ; *le doigt doit aborder le thorax à plat* ; ce n'est donc pas l'extrémité même qui doit percuter, mais bien la pulpe qui se loge dans la fossette et aussi la face palmaire de la phalangine. On obtient de la sorte un son sec, un claquement, que l'on provoque très bien en percutant de la même façon le creux de la main. Or si, en même temps, on ausculte en arrière les poumons, on entend les bruits suivants : du côté ne contenant pas d'épanchement on perçoit un bruit sourd, lointain, étouffé ; *du côté où se trouve l'épanchement, on entend un son sec, claqué, presque métallique.*

« Les données de ce signe suivent absolument celles du signe du sou ; comme avec le sou, par le simple claquement xiphoïdien, on peut délimiter un épanchement, et de multiples examens où les deux signes furent appliqués concurremment ont montré la parfaite analogie des résultats ; c'est dire que les causes d'erreur sont aussi les mêmes et que le foie peut donner parfois un claquement positif.

« La recherche de ce signe demande un certain apprentissage, pour les petits épanchements surtout, mais dans certains cas, il s'impose, tellement il est net ; c'est surtout la percussion qu'il faut savoir produire ; quelques essais suffisent d'ailleurs à donner au doigt l'élasticité nécessaire.

« Ce signe a enfin l'avantage de ne nécessiter le secours d'aucun aide ; de plus, la percussion se fait en un point fixe qui est le même pour les deux plèvres, ce qui rend la comparaison beaucoup plus aisée et beaucoup plus exacte ».

A propos de l'ibogaïne.

Le propre des médicaments de réelle et heureuse efficacité est de susciter, sans retard, des imitations et des contrefaçons qui escomptent, pour réussir à se faufiler dans les officines, une confusion d'origine et une similitude de terminologie. L'Ibogaïne n'a pas échappé à la loi de la concurrence douteuse. Dès que ses propriétés éminemment réparatrices, stimulantes, tonifiantes ont été bien connues et affirmées par des succès nombreux et réitérés, il s'est trouvé des préparateurs peu consciencieux qui n'ont pas craint d'essayer de substituer d'autres produits ayant sensiblement le même aspect, extrait quelquefois même de plantes d'Afrique comme l'Ibogaïne, l'Yohimbine par exemple, mais en différant totalement au point de vue physiologique. On a même tenté d'introduire aux lieu et place de l'Ibogaïne, des alcaloïdes mal connus, qui ont produit certains accidents toxiques un peu comparables à ceux de la strych-

nine, et qui par suite sont d'un maniement redoutable. Et cela, à cause de la difficulté qu'on a à se procurer de l'Ibogaïne dont le prix est élevé.

Afin d'éviter de telles erreurs, il est nécessaire de prescrire le Chlorhydrate d'Ibogaïne, sous la forme de Dragées Nyrdahl, dont la formule constante et l'heureuse disposition sont dues au Dr Landrin, et qui sont les seuls produits authentiques ayant fait l'objet d'expériences à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux de Paris. Ces dragées, qui font merveille dans tous les états d'asthénie et particulièrement dans la neurasthénie post-grippale, se prescrivent à la dose de 2 à 6 par jour.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Plaies pénétrantes de poitrine. — Trépanation décompressive pour tumeur du crâne. — Extirpation d'une phlébite de la saphène interne.— Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquée de luxation de la tête humérale.

M. Picqué présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. Raoul Baudet relatif à *plusieurs cas de plaies pénétrantes de poitrine traitées par la thoracotomie immédiate.*

Pendant longtemps, en matière de plaies pénétrantes de poitrine, influencés par les résultats médiocres des interventions et par la guérison spontanée encore assez commune de ces plaies, les chirurgiens ont incliné vers l'abstention opératoire. Puis des faits remarquables d'hémostase directe furent publiés.

Au cours d'une discussion, à la Société de chirurgie, en 1907, M. Delorme combattit la doctrine de l'expectation systématique et plaida en faveur de la thoracotomie immédiate dans le traitement des plaies graves du poumon. M. Delorme conseillait de baser l'intervention immédiate sur les signes physiques de l'hémorragie pulmonaire et principalement sur l'hémothorax quand celui-ci atteint rapidement la fosse sus-épineuse. La première place, pour ce chirurgien, devait donc être accordée aux signes physiques, les signes généraux et fonctionnels (anxiété, dyspnée et modifications du pouls), n'ayant de valeur que lorsqu'ils coexistent avec les signes physiques de l'hémothorax, ou quand ils persistent ou s'aggravent malgré le traitement médical. Selon M. Delorme, les troubles généraux, si dramatiques soient-ils, ne sauraient autoriser le chirurgien à intervenir directement si les signes physiques ne sont pas prépondérants.

M. Baudet, dans son travail, s'est appliqué à démontrer que cette condamnation n'est pas sans appel. Il admet que les signes physiques doivent tenir la première place au point de vue de la décision à prendre. Mais il pense que, lorsque ces signes sont difficiles à trouver, qu'ils restent douteux ou négatifs, les signes fonctionnels ou généraux peuvent fournir, à leur place, des indications de premier ordre. Des symptômes généraux ou fonctionnels insignifiants répondent généralement à des plaies légères du poumon. Des symptômes généraux graves relèvent habituellement de plaies pulmonaires graves. L'auteur étend ainsi les indications de l'opération. Il est disposé, même en l'absence de tous signes physiques, à opérer les malades atteints de plaie thoracique lorsque ceux-ci ont un pouls à 100, une pâleur accentuée de la face, des sueurs, de l'anhélation, si les accidents persistent. Il conseille de suivre ces malades de demi-heure en demi-heure, de confier au traitement médical ceux chez lesquels les symptômes fonctionnels et généraux se modifient rapidement dans un sens favorable et d'intervenir chez les autres.

— M. Auvray présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur une communication de M. Robineau intitulée : *trépanation cranienne décompressive pour tumeur de la base.*

L'observation de M. Robineau rappelle l'attention sur la question des interventions palliatives dans le traitement des tumeurs cérébrales. L'intervention palliative a pour but, en dehors de toute idée de guérison définitive, de procurer au malade, par la décompression des centres nerveux, une atténuation ou même la disparition complète, pour un temps parfois très long, des troubles nerveux si redoutables (céphalée, vertiges, vomissements, crises épileptiques, troubles intellectuels, troubles visuels, troubles auditifs) qui sont la conséquence de l'hypertension intracranienne, celle-ci résultant de l'accroissement de la tumeur et de la gêne qu'elle apporte dans la circulation du sang, de la lymphe et du liquide céphalo-rachidien.

On a cherché à obtenir la décompression par deux moyens : la ponction lombaire avec soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, et la trépanation.

La ponction lombaire, d'exécution plus simple, n'est pas sans inconvénient. Dans une statistique portant sur 144 cas de tumeurs cérébrales où la ponction a été faite dans un but thérapeutique, M. Trocmé a relevé 27 améliorations, 82 insuccès et 35 morts le lendemain ou le surlendemain de l'intervention. Il conclut que dans la majorité des cas la ponction lombaire est inefficace et qu'elle peut être dangereuse. Il ne va pas, cependant, jusqu'à la proscrire d'une façon absolue, parce qu'il considère qu'avec certaines précautions on peut se mettre à l'abri des accidents mortels (évacuation d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien, évacuation lente du liquide, évacuation sur un sujet placé dans le décubitus dorsal, repos horizontal au lit avant et après la ponction). M. Babinski pense également que la ponction lombaire n'est pas une méthode à rejeter systématiquement malgré les dangers auxquels elle expose.

Lorsque la ponction lombaire est inefficace, ou lorsque l'acuité des symptômes presse le chirurgien, c'est à la trépanation décompressive, qu'il faut s'adresser. La trépanation reste la

méthode de choix, sans pouvoir être toujours substituée à la ponction.

La trépanation décompressive est une opération assez grave, mais on ne saurait oublier qu'elle s'adresse à des malades irrémédiablement perdus si on les abandonne à leur sort. Ses résultats habituels sont d'atténuer ou de supprimer la douleur, les vomissements, les troubles mentaux, et de préserver de la cécité, en arrêtant l'évolution de la névrite œdémateuse, lorsqu'elle est faite en temps opportun.

M. Tuffier estime que la craniectomie décompressive est un moyen dont les suites thérapeutiques sont peut-être moins longuement efficaces qu'on ne le dit. Il croit que l'extirpation de la tumeur, toutes les fois où elle apparaît possible, est préférable à la décompression et doit être tentée.

— A la *Société des chirurgiens de Paris*, M. Dartigues relate un cas *d'extirpation d'une phlébite* du réseau fémoral antéro-externe de la saphène interne.

L'auteur a pratiqué l'extirpation de cette phlébite qui avait résisté aux moyens médicaux ordinaires, chez une femme de 40 ans. La phlébite s'étendait à tout le réseau antéro-externe de la cuisse ; les veines étaient très volumineuses, serpentines, en relief, comme si elles avaient été injectées à la cire. L'incision, d'une longueur totale de 60 centimètres, comprenait une partie transversale à 10 centimètres au-dessous de la racine de la cuisse et une partie longitudinale descendant à quatre travers de doigts au-dessus de la tête du péroné. Réunion par première intention. Pour éviter la mobilisation du caillot, M. Dartigues conseille l'asepsie de la région à la teinture d'iode et la ligature préalable de la veine. L'auteur plaide pour l'intervention plus fréquente et plus précoce au cours de cette affection et dit que la mentalité des médecins doit être modifiée dans le sens interventionniste.

— M. Dupuy de Frenelle étudie, à la *Société des chirurgiens de Paris*, le traitement des *fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation de la tête humérale.* Il conseille la réduction par manœuvres externes, si elle est possible. Au cas d'échec des manœuvres externes, la réduction opératoire, discutable pour les fractures du col anatomique, s'impose pour les fractures du col chirurgical avec tête luxée, de date récente. La résection n'est indiquée que lors de fracture du col anatomique avec luxation irréductible. Elle doit alors être faite dès les premiers jours, avant que la tête ne soit fusionnée avec les éléments vasculo-nerveux de l'aisselle.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

L'angine de poitrine

L'angine de poitrine s'observe au cours des maladies du cœur et des gros vaisseaux (aortites, péricardites, artério-sclérose) ; elle s'observe, également, chez les névropathes (hystériques, neurasthéniques, épileptiques) ; au cours des maladies dyscrasiques (goutte, diabète) ; des maladies infectieuses (rhumatisme, paludisme, syphilis) ; mais il semble qu'elle ait une prédilection marquée pour les intoxiqués de toute nature (tabagisme, artério-sclérose, etc.).

Nous ne discuterons pas ici les diverses théories, qui cherchent à expliquer ce phénomène. L'anatomie pathologique ne relève pas toujours des lésions pathognomoniques, et il semble que la clinique soit dans la vérité en attribuant l'origine des accès à un trouble accidentel ou permanent des fonctions du plexus cardiaque, d'origine toxique.

L'angine de poitrine peut être bénigne ou grave, ou présenter des crises subintrantes constituant un état de mal angineux.

Traitement. — Le traitement des crises bénignes se rattache surtout à la suppression de la cause.

On veillera donc à supprimer toute cause d'intoxication alimentaire, médicamenteuse, ou d'origine externe, telle que le tabagisme, etc. On interdira les fatigues, les veilles, le surmenage, la marche contre le vent ; on évitera au malade les bains froids, les émotions. On lui conseillera d'éviter la constipation par des laxatifs doux. Mais on se trouvera bien d'instituer dès le début et pendant quelque temps le régime lacté exclusif pour la première semaine, et lacto-végétarien pour les semaines suivantes.

On sera sobre de médicaments et on évitera en particulier l'usage de la digitale, qui est contre-indiquée. Chez les dyscrasiques on instituera un régime approprié, mais le lait devra autant que possible en constituer la base. Chez les nerveux, on pourra recueillir le bénéfice de guérisons radicales, en arrivant à convaincre le malade qu'il n'est atteint d'aucune lésion organique du cœur et qu'il s'agit de troubles névralgiques. On adjoindra des douches tièdes, les eaux thermales de Luxeuil, Néris ou Bourbon-Lancy et, si l'on veut, des préparations à base de valériane telles que le valérianate d'ammoniaque (une cuillerée à café le soir dans une tasse de tilleul bien sucrée), les capsules d'éther amylvalérianique à la dose de 2, 4 ou 6 par jour.

Chez les anciens syphilitiques, on instituera une cure d'iodure,

Iodure de potassium......	20 gr.
Eau distillée..............	300 gr.

Une cuillerée à soupe matin et soir dans du lait, pendant dix jours par mois et pendant un deux ou trois mois. Si l'iodure est mal supporté, on pourra faire appel aux préparations à base d'iode organique telles que l'iodone, l'iodogénol l'iodalose, etc.

Traitement des crises subintrantes. — Les crises peuvent se répéter plusieurs jours de suite, un accès survenant avant que l'accès antérieur soit complètement terminé. C'est l'*état de mal angineux.* Leur traitement présente, en raison même de la répétition de phénomènes très pénibles, une certaine délicatesse. Il faut veiller surtout à maintenir la contractilité du myocarde et, pour arriver à ce but, le médecin fera appliquer sur la région précordiale une vessie de glace et injectera toutes les trois heures une dose très faible de morphine (un à deux milligr. pour un centimètre cube). En même temps, on pourra administrer au malade de faibles doses de trinitrine.

Soluté de trinitrine au centième		XV gouttes.
Eau chloroformée saturée....	} âã	30 gr.
Eau distillée de tilleul........		
Sirop de fleurs d'oranger.....		

Pour une potion à donner par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

A cette dose, la morphine est inoffensive et donne d'excellents résultats.

Traitement de l'accès. — La soudaineté avec laquelle se produit l'accès d'angor pectoris, fait que le médecin arrive souvent trop tard, pour intervenir utilement. Chez une malade ayant déjà eu un ou plusieurs accès, le praticien devra renseigner l'entourage sur les premiers soins à donner, en attendant son arrivée.

On devra débarrasser le malade de tout ce qui peut le gêner, vêtements, corset, etc., on le couchera dans un lit, on ouvrira les fenêtres, si la saison le permet, et on lui fera respirer soit de l'éther, soit des ampoules de nitrite d'amyle ; on devra appliquer sur la région précordiale des sinapismes ou des ventouses.

Dès son arrivée, le praticien pratiquera une injection de morphine de un centigr. pour calmer la douleur, puis il pourra faire du stypage de la région précordiale, appliquer une vessie de glace si possible et conseiller la potion à la trinitrine indiquée plus haut.

Dès que l'accès sera calmé, il pourra compléter le traitement en conseillant les cures successives : 1° d'iodone précédemment indiquée ; 2° de théobromine à la dose de 1 gramme par jour en deux cachets, à prendre l'un le matin, l'autre le soir, pendant une semaine ; 3° de sédatifs nervins (bromures ou préparations de valériane), également pendant une semaine, puis repos complet et cure de lait pendant la quatrième semaine, sans oublier le régime diététique approprié.

Dr Delpeut.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

VI. — Prélèvements chez l'homme. Technique.

(*Suite.*)

Il nous reste à étudier les prélèvements ordinaires dans : la méningite et la sporotrichose, avant de terminer cette première partie de la technique des prélèvements par ceux à faire dans les maladies vénériennes.

Méningite cérébro-spinale épidémique. — Les prélèvements à faire sont celui du liquide céphalo-rachidien et celui du mucus naso-pharyngien. On pratiquera donc la ponction lombaire en suivant toutes les règles de l'asepsie la plus rigoureuse. La technique s'en trouve dans les livres de la petite chirurgie. Une fois l'aiguille en place on présentera au-dessous un tube à essai bouché d'un tampon de coton. Le tout aura été stérilisé à l'autoclave. Le bouchon de coton sera enlevé juste au moment de présenter le tube sous la chape de l'aiguille pour recueillir le liquide qui coule goutte à goutte. Ce bouchon sera enlevé par l'opérateur au moyen d'une pince flambée.

Un bouchon en caoutchouc également stérilisé sera tenu prêt d'autre part. Recueillir 5 à 10 centimètres cubes de liquide, boucher aseptiquement avec le bouchon de caoutchouc, luter à la paraffine. Coller sur le tube une étiquette indicatrice



Fig. n° 00.
bouchon avec écouvillon portant un tampon de coton stérilisé.

Pour prélever le mucus naso-pharyngien, avoir un tube à essai stérilisé et fermé par un bouchon

portant une tige à écouvillon sur lequel est fixé un tampon de coton, le tout stérilisé. Prélever le mucus derrière le voile du palais. Pour plus de commodité, on pourra recourber la tige avec une pince flambée, la redresser ensuite pour la réintroduire dans le tube. Introduire le tampon dans le tube tel qu'on l'aura retiré du naso-pharynx. Coller une étiquette indicatrice sur le tube.

Sporotrichose. — Est souvent confondue cliniquement avec la syphilis tertiaire, d'où intérêt du diagnostic bactériologique.

Les prélèvements portent sur les lésions muqueuses, les crachats et sur les gommes. Pour les lésions muqueuses et les crachats, faire, comme il a été dit dans les précédents articles, des frottis sur lames ; s'il y a des grumeaux, des ulcérations à la surface des muqueuses, recueillir sur une lame autant que possible de ces débris épithéliaux et recouvrir avec une autre lame.

Pour les gommes, choisir une de celles qui ne sont pas trop ramollies et faire une ponction aseptique au moyen d'une seringue genre Lüer, en verre ; rejeter le contenu dans un petit vase à fond plat tel qu'il a été décrit au paragraphe VI ou même envoyer la seringue telle quelle, pourvu qu'elle soit emballée de telle manière que le piston à demi-tiré ne puisse se refermer.

Dr René MARTIAL.

SÉROTHÉRAPIE

Moyens d'enrayer et de prévenir les accidents sériques graves (anaphylaxie innée ou acquise).

Par le Dr A. DARIER,

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

On entend souvent dire que les injections de sérum sont inoffensives. C'est relativement vrai pour les enfants ; mais chez les grandes personnes, les accidents sériques sont parfois loin d'être bénins.

Pour ma part, j'ai observé 8 accidents sériques chez des adultes ou des gens d'âge mûr, à la suite d'injections de sérum antidiphtérique.

Dans les cas les plus légers, vers le 6e jour, après la première injection apparaissait une éruption cutanée autour de la piqûre et aux extrémités inférieures. Dans les cas plus sérieux, l'éruption s'accompagnait de pétéchies puis d'œdème. Enfin, une fois, un jeune ouvrier de 25 ans fut pris de douleurs articulaires très aigues avec délire qui nécessita son transport d'urgence à l'hôpital.

Toutes ces complications portent le plus grand préjudice à la sérothérapie, la plus importante conquête thérapeutique des temps modernes, qui ne dispense plus ses bienfaits à la seule diphtérie, mais à une foule d'infections locales, ou générales, n'ayant aucun rapport avec la diphtérie (sérothérapie paraspécifique). Et demain il va falloir compter avec une foule d'autres sérums plus ou moins spécifiques. Ce sont ces complications fort désagréables pour le malade et pour le médecin qui m'ont engagé à essayer, pour les éviter, de faire prendre simplement le sérum par la bouche. Grâce à ce moyen, je n'ai plus observé depuis 4 ans, aucun accident sérique sur plusieurs centaines de malades (à 2 exceptions près, pourtant, où, vu la gravité des phénomènes infectieux, j'avais cru devoir commencer le traitement par une injection hypodermique de sérum). Aujourd'hui je prescris couramment :

Sérum antidiphtérique.........	10 cc.
Solution physiologique de Na Cl.	110 cc.

D.S. — Une cuillerée à soupe toutes les heures dans du lait ou de l'eau sucrée.

Mais s'il s'agit de diphtérie, il sera souvent nécessaire de recourir aux injections.

En outre des accidents sériques, il est d'autres complications beaucoup plus sérieuses, ce sont les accidents dits anaphylactiques.

ALLARD (*Deustch. Med. Woch,* 1911, p. 667) relate les observations de 2 confrères ayant présenté des accidents anaphylactiques sérieux.

1° Dr S., s'était infecté avec des cultures charbonneuses ; de suite, il se fit une injection de 10 cc. de sérum d'agneau, 3/4 d'heure après survint un violent afflux de sang à la tête, la face était très cyanosée et boursouflée. Température 36°5. Au bout de 1/4 d'heure, pâleur extrême de la face et des extrémités avec douleurs au point de l'injection et dyspnée intense que tout mouvement augmente de même que le lit ; S. ne peut respirer qu'assis et penché en avant. 50 à 60 inspirations et 110 pulsations à la minute. La pâleur est cadavérique pendant une heure. Une grande tasse de café noir amène une légère amélioration, la respiration devient plus profonde et le pouls plus fort. Tout le temps, la lucidité cérébrale est intacte. Deux nouvelles attaques surviennent dans la journée et le lendemain tout est fini. Au 6e jour, survint une urticaire généralisée mais de courte durée. Dans les années précédentes, le patient avait reçu déjà des injections de sérums divers, mais jamais de sérum d'agneau.

2° Dr Wolff, s'étant infecté avec du virus tétanique, s'était de suite injecté du sérum de cheval. Le jour même se produisirent des symptômes généraux et une éruption vésiculeuse. L'endroit de la piqûre resta enflammé et douloureux. Pendant 8 jours, les vésicules ne cessèrent de se produire. En même temps, il survint de la diarrhée, une fois même du collapsus, de la toux avec douleur dans la trachée, qui cessait après un vomissement. Ces crises se répétèrent plusieurs fois dans la journée, le pouls était à peine perceptible, le sensorium intact. Des injections de caféine et de camphre restèrent sans effet. Le lendemain il n'y avait plus qu'une grande faiblesse accompagnée de névralgies.

Le Dr Wolff s'était déjà fait souvent des injections de sérum et parfois il avait ressenti de la dysnée, du

collapsus, et de l'urticaire. Il a remarqué du reste, que, dans sa famille, il y a une anaphylaxie marquée pour l'albumine de l'œuf ; ainsi une de ses sœurs est atteinte d'urticaire avec de la fièvre et des crampes d'estomac dès qu'elle prend un aliment quelconque contenant du blanc d'œuf. Le Dr W. lui-même a une idiosyncrasie contre les huîtres.

Dans le premier cas, le Dr S. n'avait jamais eu d'injection de sérum de mouton, il s'agit donc d'une idiosyncrasie, d'une anaphylaxie innée. Peut-être le sérum était-il aussi trop frais. Pourtant une deuxième personne injectée le même jour avec le même sérum, ne présenta aucun accident.

Plusieurs autres observations personnelles ont été relatées par des confrères anglais ; la lecture en est émouvante, parfois même dramatique, surtout quand on a eu connaissance du travail du Dr Gillette, de New-York, publié dans la *Therapeutic Gazette* du 15 mars 1910, où sont relatés 16 cas de mort et 12 cas de collapsus grave. Dans tous les cas, il y avait une symptomatologie commune : quelques minutes après l'injection les patients sont pris d'une dypsnée intense, d'œdème, puis d'urticaire. Quand la guérison survient elle est très lente. Quand la mort est la terminaison, elle est très rapide, 2 seulement des cas cités survécurent plus de 10 minutes à l'injection. Il faut bien dire que les cas de cette gravité sont très rares et se présentent le plus souvent chez des gens âgés en général des asthmatiques. Les accidents sériques chez les enfants, quoique assez fréquents, sont rarement graves, ce sont surtout des éruptions qui, suivant des observateurs, se produisent dans 10 à 30 % des cas. Néanmoins, il y a eu quelques cas de mort, même chez des enfants et le public montre déjà une certaine prévention contre la sérothéthérapie.

Prophylaxie. — On a cherché par bien des moyens à prévenir les accidents sériques. Tout d'abord on a remarqué que les sérums frais donnent plus souvent des accidents. Il faut n'employer que des sérums vieux d'au moins 3 mois et à l'Institut Pasteur, ils sont chauffés à plusieurs reprises à 55°.

Netter, à la suite de Wright, a vanté le chlorure de calcium pour prévenir, atténuer ou guérir les accidents sériques. En même temps qu'on pratique les injections de sérum, on fait prendre au malade une potion au chlorure ou au lactate de calcium. Enfin, P. Carnot et G. Slavu ont constaté que l'addition d'acide chlorhydrique dans la proportion de 3,3 pour 100 à du sérum de cheval suffit à éviter les accidents anaphylactiques. Le contact de l'acide à cette dilution n'a pas besoin d'être prolongé plus de 10 minutes, il détermine une légère opalescence qui ne gêne en rien l'injection. A cette dose, l'addition d'acide chlorhydrique ne modifie en rien les propriétés du sérum antitétanique. On peut donc songer à appliquer pratiquement cette méthode pour tâcher d'éviter les accidents sériques.

Arcoli a imaginé une méthode de traitement qui est appelée à rendre des services dans bien des occasions. Il injecte d'abord une petite dose de sérum antidiphtérique de mouton, et ce n'est que 12 ou 24 heures après qu'il injecte la dose thérapeutique de sérum antidiphtérique classique (cheval). Des expériences sur les animaux et les observations cliniques ont démontré qu'ainsi on peut éviter les accidents sériques et anaphylactiques. C'est ce qu'Arcoli appelle la *sérothérapie anallergique*. Il serait donc désirable que des sérums soient pris sur des animaux variés de façon à ce qu'un malade traité antérieurement par du sérum de cheval puisse un an ou deux plus tard être traité par un sérum de chèvre d'âne ou de mouton.

Besredka, pour éviter les accidents anaphylactiques, a proposé de n'injecter tout d'abord qu'une quantité minime de sérum et de ne procéder à l'injection thérapeutique que quelques heures plus tard (*antianaphylaxie*).

Tels sont les principaux moyens connus pour prévenir les accidents sériques ou anaphylactiques, mais il est un procédé très simple de les éviter, c'est d'administrer les sérums par voie rectale, comme l'a proposé d'abord Chantemesse et comme le recommande actuellement Marmoreck pour son sérum antituberculeux ; mais encore par cette voie on a observé aussi des accidents sériques, mais très légers.

Pour que le sérum perde son action anaphylactisante il faut qu'il ait subi l'action du suc gastrique (voir plus haut P. Carnot et acide chlorhydrique). Depuis 4 ans que j'administre le sérum par la bouche, je n'ai pas observé un seul cas de complication sérique et M. Paton, qui pratique cette sérothérapie buccale depuis 8 ans et plus, n'en relate pas dans son livre un seul cas. L'action du sérum pris par la bouche est moins rapide et moins marquée que lorsqu'il est injecté sous la peau ou dans une veine ; mais, en revanche, ce mode d'emploi est si facile et si agréable au malade qu'on peut le prescrire bien avant qu'il y ait indication pour des injections. Et puis si l'action est insuffisante, les doses peuvent être doublées sans inconvénients et on peut toujours ajouter une injection aux doses prises par la bouche. L'effet de cette dernière sera plus marqué, si elle été précédée de la sérothérapie par voie buccale, et j'ai eu l'impression que dans ces conditions les accidents sériques ne se produisent pas. Il y aurait là une action assez semblable à celle obtenue par le procédé de Besredka.

Thérapeutique. — La thérapeutique des accidents sériques légers est des plus simples. Une potion au chlorure de calcium et des toniques cardiaques y compris l'adrénaline, qui donnerait de très bons résultats, mais dont la posologie n'est pas encore bien établie. Il faudra toujours examiner les urines et traiter l'albuminurie qui s'observe très souvent.

Mais en face de ces accidents anaphylactiques graves qui, en quelques minutes, provoquent un collapsus profond, que faire ?

Dans un fond de campagne, le Dr M. H. Williams pour un cas de diphtérie chez un homme robuste, avait pratiqué deux injections de sérum ; huit heures

après la dernière, le malade est pris de délire et de démangeaisons intenses avec une éruption d'urticaire, sur tout le corps, il ne pouvait supporter aucune couverture. Puis il ressentit des douleurs thoraciques le long de l'œsophage, suivies bientôt de vomissements qui persistèrent toute la nuit sans interruption. A 4 h. du matin, le pouls n'était plus sensible que par intervalles. Malgré les sinapismes et tous les moyens employés, l'état allait toujours s'aggravant et la mort semblait imminente, lorsque le Dr W. eut l'idée de pratiquer une injection de morphine, 0,01 qui calma les vomissements et l'angoisse thoracique, 20 minutes après le malade s'endormit. Le rétablissement fut rapide, mais l'urticaire persista quelques jours encore.

Voilà donc un cas d'accidents sériques graves jugulés presque instantanément par une injection de morphine. C'est un fait qu'il faut retenir. Un auteur allemand avait déjà proposé de pratiquer la narcose dans un cas, mais l'injection de morphine paraît bien plus simple. Chacun sait que la morphine fait respirer comme l'opium fait dormir. Or, les symptômes les plus graves commencent par une dyspnée intense. Il est certain qu'il faut procéder avec beaucoup de prudence et peut-être ajouter à la morphine un peu de scopolamine ou d'atropine en quantité inférieure à un demi-milligramme. Chez les enfants, la plus grande prudence est recommandée.

Conclusions. — Pour prévenir les accidents sériques n'employer que des sérums ayant 3 mois de date. S'il n'y a pas péril en la demeure, administrer dès les premiers symptômes le sérum en potion à raison de 10 à 20 cc. dans les 24 heures (pour l'adulte), avant d'en venir aux injections. Si ces dernières sont urgentes, commencer par n'injecter qu'un centimètre cube et faire absorber par la bouche le reste du flacon, puis 6 ou 8 heures après injecter la dose complète de sérum.

On peut aussi faire prendre entre temps une potion au chlorure de calcium qui prévient ou atténue les éruptions cutanées.

Enfin, en présence d'accidents sériques graves pouvant mettre la vie en danger : dyspnée, asystolie, vomissements incessants, etc., recourir avec beaucoup de circonspection aux injections de morphine.

HYDROLOGIE

Châtel-Guyon dans les affections hépatiques.

L'observation clinique permet facilement d'apprécier et d'interpréter le mode d'action des eaux de Châtel-Guyon sur le fonctionnement hépatique.

La plupart de nos malades, neuro-arthritiques abdominaux, avec troubles de la circulation porte, présentent, en effet, des symptômes d'insuffisance fonctionnelle du foie. Rarement, d'ailleurs, toutes les fonctions de cet organe sont diminuées à la fois ou déviées dans le même sens. Le plus souvent, l'une est altérée alors que les autres restent normales ou parfois s'exagèrent.

Ces insuffisances peuvent porter tantôt sur la fonction biliaire, tantôt sur la fonction glycorégulatrice ou albuminolythique, tantôt sur la fonction antitoxique. C'est en voyant s'améliorer ces troubles sous l'effet du traitement thermal que l'on peut, mieux que par l'expérimentation chez l'animal sain, apprécier l'action si spéciale et si prépondérante qu'exercent sur le foie les eaux de Châtel-Guyon.

L'*action sur la fonction biliaire* est particulièrement appréciable chez ces malades au teint subictérique, présentant avec une augmentation de volume du foie, de la constipation ou des selles irrégulières, alternativement foncées et décolorées. Rapidement, dès les premiers jours de la cure, on voit apparaître chez eux des selles faciles, brun verdâtres, riches en bile, ainsi qu'en témoigne la réaction au sublimé acétique, en même temps que diminue le volume du foie et que s'atténuent la sensibilité hépatique et le subictère.

Cet effet, ce laxatif, presque immédiat, qui ne s'observe guère que chez les hépatiques, diffère totalement, ainsi que le fait remarquer M. F. Baraduc, de cette augmentation temporaire de la constipation, qui est la réaction habituelle des constipés avec troubles simples de la motricité intestinale. S'agit-il d'une action cholagogue ? Le fait appréciable est une action tonique sur l'éponge hépatique, action portant à la fois sur le système circulatoire et sur les canaux biliaires.

De même, nous voyons disparaître ces glycosuries transitoires qui s'observent souvent chez ces malades, après les repas, glocysuries qu'exagère le régime carné et qu'atténue au contraire le régime végétarien, à l'inverse des glycosuries diabétiques, et qui témoignent seulement d'une mauvaise glycorégulation du foie.

On sait que le foie fabrique de l'urée aux dépens des substances albuminoïdes et que les altérations de la cellule hépatique se traduisent par une diminution de l'urée et du rapport azoturique. Sans modifier l'alimentation, nous observons toujours au cours de la cure un *relèvement du taux de l'urée et du rapport* $\frac{\textit{azote urée}}{\textit{azote normal}}$ qui tend à se rapprocher de son chiffre normal, 84 à 86 %.

La *fonction protectrice du foie* s'exerce non seulement vis-à-vis des microbes, mais encore vis-à-vis des poisons exogènes et endogènes, qu'il fixe et qu'il neutralise ; l'augmentation de la diurèse, la diminution de l'opsiurie, le retour à la normale de la tension superficielle des urines, la diminution de l'urobiline et de l'indican, traduisent la diminution de l'auto-intoxication de l'organisme, l'amélioration du fonctionnement hépatique et intestinal. Sans vouloir discuter ici sur le mode de formation de l'urobiline et de l'indican, l'observation permet, en effet, d'affirmer qu'un foie altéré laisse passer de l'urobiline et que l'indicanurie, en relation étroite avec une mauvaise élaboration intestinale ou intra-organique des substances azotées, peut exister dans certains cas d'insuffisance hépatique. Cette exaltation de la fonction antitoxique du foie est particulièrement

appréciable chez nos malades, où malgré une persistance et parfois une augmentation passagère de leurs troubles intestinaux, nous voyons disparaître des symptômes toxiques parallèlement à cette amélioration du syndrome urinaire.

Enfin, l'*action antiseptique* qui s'exerce sur le microbisme intestinal et qu'ont mise en lumière les recherches de MM. Pessez et Cohendy vient ajouter ses effets à l'augmentation du flux et de la fluidité de la bile pour diminuer l'infection des voies biliaires.

C'est par cette double action, action hépatique directe (régularisatrice des fonctions biliaires uréopoiétiques, glycofixatrice et antitoxique), et action hépatique secondaire (désinfection de l'intestin, diminution de l'hypertension portale), que nous pouvons expliquer les bons effets des eaux de Châtel-Guyon dans un certain nombre d'affections hépatiques.

Ce sont d'abord les états congestifs du foie :

La congestion hépatique d'origine digestive, la pléthore abdominale des gros mangeurs à vie sédentaire : ces malades présentent un gonflement douloureux de l'hypocondre droit, du subictère, une sensation de plénitude et de pesanteur épigastrique, de la constipation ou des selles molles abondantes avec alternatives d'hyper et d'hypocholie.

La congestion hépatique des dyspeptiques s'observe particulièrement chez les malades présentant de l'autointoxication digestive avec alternatives de constipation et de diarrhée. Il s'agit, en général, d'une congestion mobile augmentant ou diminuant suivant que les troubles intestinaux s'aggravent ou s'améliorent.

La congestion d'origine infectieuse que l'on observe chez les *impaludés*, chez les *dysentériques chroniques* et les *entéritiques coloniaux* ; *la congestion toxique des alcooliques et des goutteux* ; *la congestion hépatique des pays chauds* constituent enfin autant de modalités morbides tributaires de Châtel-Guyon.

La congestion hépatique des pays chauds, soit qu'elle relève d'une mauvaise hygiène alimentaire, de l'abus des boissons alcooliques, soit qu'elle survienne à la suite de troubles intestinaux, d'attaques antérieures de dysentérie, soit qu'elle résulte le plus souvent d'une association de ces divers facteurs étiologiques, fournit à la cure Châtel-Guyonnaise ses plus beaux succès thérapeutiques.

Dans tous ces cas, la stimulation des fonctions hépatiques, la désinfection de l'intestin et la régularisation de ses fonctions, les modifications de la circulation porte nous permettent d'expliquer ces améliorations.

La cholémie familiale est heureusement modifiée dans chacun de ses éléments, surtout quand prédominent les troubles intestinaux et les symptômes d'auto-intoxication.

L'ictère catarrhal prolongé avec persistance de troubles dyspeptiques (état saburral, anorexie, ballonnement, constipation) a fourni à M. F. Baraduc des améliorations.

La lithiase biliaire enfin peut figurer parmi les indications de Châtel-Guyon. Mais si les affections précédentes offrent peu de contre-indications, nous devons ici formuler des réserves, qui tiennent à l'action des eaux chez les lithiasiques.

Chez ces malades, Châtel-Guyon exerce, en effet, une action générale de désintoxication et une action locale antiseptique, décongestive et expulsive du côté des voies biliaires.

De ce fait, devront en être éloignés ceux qui présentent des coliques hépatiques à répétition et chez lesquels prédominent les manifestations douloureuses, ceux qui sont menacés d'accidents de migration. A ceux-là, la cure sédative de Vichy est préférable.

Au contraire, les malades qui présentent des symptômes douloureux atténués, de l'atonie biliaire avec des manifestations intestinales prédominantes (constipation, entérocolite muco-membraneuse), retireront un grand bénéfice de la cure de Châtel-Guyon.

Ces réserves formulées, nous ne saurions trop insister sur tout l'intérêt qu'il y a à associer les deux cures de Vichy et de Châtel-Guyon, quand aux symptômes lithiasiques s'ajoutent des troubles intestinaux. Si Vichy agit plus activement que Châtel-Guyon sur le terrain lithiasique, s'il est éminemment sédatif des voies biliaires, il est souvent sans action sur ces manifestations intestinales, qui sont en revanche très heureusement modifiées à Châtel-Guyon.

Par quelle cure commencer ? Les avis sont partagés. Pour notre part, nous pensons qu'il est préférable de commencer par Vichy. En procédant ainsi nous n'avons obtenu que des améliorations. Bien plus, alors que la cure de Châtel-Guyon s'accompagne, chez les lithiasiques, de poussées douloureuses, nos malades ont pu toujours, après un séjour à Vichy, effectuer avec succès à Châtel-Guyon, et sans la moindre manifestation pénible, le traitement de leurs troubles intestinaux.

Dr Joseph Foucaud,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

La Société de secours aux blessés militaires en temps de paix. — A l'inauguration récente du dispensaire-école créé à Tunis par cette Société, M. de Castellane a prononcé un long discours dont le passage suivant est à retenir et à méditer :

« Une longue période de paix incline peu à peu une association de dévouements impatients de se prodiguer à devenir une sorte d'institution sociale qui met les moyens d'action et la charité désintéressée des uns au service de la souffrance des autres. »

Que de choses condamnables cache la philanthropie apparente d'une telle déclaration ? Et quelle somme d'exercice illégal de la médecine, d'usurpations de fonction, d'intérêts respectables lésés ne masque-t-elle pas !

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES — BRONCHITES
CATARRHES — PNEUMONIES
GRIPPES — ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :
Créosote de Hêtre 0,10
Baume de Tolu 0,10
Glycérophosphate de Chaux 0,20
De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

l'ÉMULSION MARCHAIS *est la meilleure préparation créosotée*
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.
En desséchant les bronches, l'EMULSION MARCHAIS agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine, Dr FERRAND.

AIX-LES-BAINS (SAVOIE)

Source sulfureuse chaude 47°. 7.000 m. c. par 24 heures.
SAISON DU 1er AVRIL AU 1er NOVEMBRE

Traitement par le massage sous la douche
Rhumatisme articulaire, Goutte articulaire, Sciatique, Lumbago, Cure intensive de la Syphilis, Affections articulaires, Suites de Traumatisme.
Eaux de table et de régime : Deux-Reines, St-Simon, Massonat

Bromone Robin

BROME PHYSIOLOGIQUE SOLUBLE ASSIMILABLE — PREMIÈRE COMBINAISON DIRECTE ET ENTIÈREMENT STABLE DE BROME AVEC LA PEPTONE

DÉCOUVERT PAR MAURICE ROBIN EN 1902.
LA SEULE SOLUTION TITRÉE EXPÉRIMENTÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS A LA SALPÊTRIÈRE
(Thèse du Dr MATHIEU, 1906). Communication à l'Académie de Médecine de Paris par le Professeur BLACHE (26 Mars 1907).

REMPLACE AVEC AVANTAGE LES BROMURES
SANS ACCIDENT DE BROMISME — TOLÉRANCE PARFAITE
SANS MAUVAIS GOÛT. ACTION SUPÉRIEURE à tous les Produits similaires connus.

40 gouttes correspondent comme effet thérapeutique à 1 gramme de Bromure de Potassium.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
M. ROBIN, 13, Rue de Poissy, Paris.

Corresdondance hebdomadaire (*Suite*).

ments les plus complets sur la responsabilité du patron en matière d'honoraires vis-à-vis du domestique qui tombe malade chez lui (je dis domestique nourri et logé).

Permettez-moi de compter sur votre bonne volonté et votre exactitude habituelles.

Réponse. — Vous trouverez dans l'Agenda du *Concours*, page 195, les renseignements demandés. Vous y verrez que le patron peut être reconnu responsable des soins donnés à son domestique nourri et logé (Cour de Lyon, 1re Ch., 1896. Justice de paix de Courtenay, 2 mai 1902).

D'autres tribunaux ont admis la responsabilité du patron du fait où il a appelé le médecin, sans l'aviser qu'il ne paierait pas les soins (Tribunal de Neufchâtel-en-Bray, 12 juillet 1905).

Mais la question doit être posée en fait et nous ne pouvons répondre qu'en droit à votre demande de renseignements. Si vous désirez une réponse plus explicite et une consultation de notre avocat conseil, adressez-nous les renseignements précis sur la question particulière qui vous préoccupe.

734. — Dr M. à à *Sou Médical.* — Je vous serais obligé de me renseigner sur les points suivants :

Pour des raisons personnelles, je vais changer de domicile et habiter dans une commune voisine de celle où je suis actuellement, mais ce faisant je change d'arrondissement.

Suis-je obligé de faire une déclaration au maire et de faire viser mon diplôme à la Préfecture au lieu de la sous-préfecture où je l'avais faite précédemment ?

En ce qui concerne ma patente comment dois-je faire pour ne pas en avoir deux, car je suis imposé dans la commune que je vais quitter et le serai également dans celle où je vais habiter ?

J'ai une automobile qui va arriver d'ici peu, devrai-je payer pour toute l'année ou pour le restant à courir ?

Je vous serai obligé de me répondre le plus tôt possible.

Réponse. — Ne changeant pas de département, vous n'avez qu'à faire une simple déclaration au maire de votre nouvelle résidence.

Quant à votre patente, vous aurez à payer celle de

Suite page XVI.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

L'affaire du zouave Jacob.

Epilogue.

Rejet du pourvoi par la Cour de Cassation.

Les lecteurs du *Concours* se rappellent peut-être l'article que j'ai fait paraître dans le journal le 12 février dernier.

Je racontais, à cette époque, les diverses phases de ce procès et les raisons pour lesquelles j'avais cru devoir engager le Syndicat des médecins de la Seine à poursuivre le vieux guérisseur. Il s'agissait, je le rappelle en deux mots, de tâcher, au moyen d'une espèce favorable, de modérer les ardeurs de toute la bande des soi-disant magnétiseurs, hypnotiseurs, spirites extra-lucides et voyants de toutes catégories.

Au début, l'affaire s'est présentée pour nous d'une façon assez défectueuse, car l'enquête avait été très mal menée et tout à fait insuffisante. Jacob triomphait donc et sortait de la 10e chambre correctionnelle acquitté; le Syndicat des médecins de la Seine ne recueillait de l'aventure que des frais, auxquels le tribunal venait de le condamner et des moqueries, qui ne partaient pas que de la foule des partisans du zouave et de ses pareils, mais aussi de nos rangs.

Heureusement, en appel, nous avons pu faire entendre des témoins et, grâce à leurs dépositions, les pratiques de Jacob ont été mises en parfaite évidence. Nos conclusions, très étudiées par notre distingué et dévoué avocat-conseil, Me Geoffroy, ont été appréciées par la Cour et nous avons la très légitime satisfaction de les voir reproduire presque littéralement dans les attendus de l'arrêt de la Cour.

Un point sur lequel il est bon d'insister, c'est que l'arrêt en question débute par l'affirmation du droit syndical de poursuivre la répression de l'exercice illégal.

La Cour,

Sur l'intervention du Syndicat des médecins de la Seine :

Considérant que le Syndicat des Médecins de la Seine a un intérêt manifeste à empêcher, dans le département de la Seine, l'exercice illégal de la médecine qui lui cause un préjudice actuel et certain ; qu'il s'agit là d'un intérêt professionnel et collectif de premier ordre ; que la recevabilité de son intervention n'est d'ailleurs pas contestée ;

Or, d'une conversation que j'ai eue dernièrement avec un conseiller à la Cour de Cassation, il semble résulter que la doctrine de la Cour suprême ne saurait nous être désormais défavorable et qu'une distinction tend à s'établir entre la recevabilité des actions d'un syndicat de commerçants et d'un syndicat de médecins détenteurs d'un monopole admis dans un intérêt général. Tandis que, pour les premiers, l'intérêt collectif ne serait que la résultante ou la somme des intérêts particuliers, pour les seconds, l'intérêt moral, professionnel général, suffirait.

Comme, d'autre part, cette action, pour être efficace, ne peut se comprendre que s'il y a une sanction, (dans l'espèce, l'amende et les dommages et intérêts), on voit que nos intérêts ne sont peut-être pas aussi compromis que d'aucuns pouvaient le croire.

Il ne s'agit là que d'une opinion, mais elle a sa valeur étant donnée sa source, et je la livre à titre d'information et pour ce qu'elle vaut.

Quand on suit les audiences, où se doivent juger les affaires d'exercice illégal, on ne rencontre presque jamais de médecins dans la salle ; mais, par contre, tout le ban et l'arrière-ban des irréguliers suit avec soin le débat. Pour Jacob, il y avait foule ; les entrepreneurs d'une fabrique de magnétiseurs étaient parmi les plus assidus ; ils semblaient craindre que leur estampille d'établissement d'enseignement supérieur libre ne leur soit pas pour toujours une suffisante garantie...

L'arrêt du 14 janvier, qui nous était cette fois favorable, outre le point particulier visant l'action syndicale, définissait le traitement et précisait notre doctrine.

Devait-on en rester là ?

Jacob n'avait pas grand'chose à tirer d'une juridiction nouvelle et volontiers il se serait tenu coi ; mais à côté de lui, s'agite l'armée chaque jour plus nombreuse et plus audacieuse des irréguliers et c'est de là qu'a dû partir la décision d'aller en Cassation.

Jacob a été poussé à ne pas se dérober et, dans le but de rendre service à ses confrères, il a tenté de faire casser notre arrêt. Ce fut, selon toute vraisemblance, une sorte de syndicat des irréguliers ligué contre le nôtre.

Le résultat nous a été nettement favorable et voici la décision de la Cour de cassation, dont le texte vient de m'être remis par notre avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, Me Balliman, qui a pris à cette affaire un intérêt vraiment tout particulier.

Texte du rejet du pourvoi

8 AVRIL 1911 — **COUR DE CASSATION**

M. BAR, président — **Chambre Criminelle**

Arrêt Jacob.

La Cour,

Ouï M. le Conseiller Roulier en son rapport, Mes Dambeza et Balliman, avocats, en leurs observations, et M. Lénard, avocat général, en ses conclusions,

Sur le moyen du pourvoi pris de la violation des

art. 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a considéré comme un traitement thérapeutique un procédé qui consiste à faire appel à une puissance surnaturelle et à persuader aux malades que l'intervention de cette puissance surnaturelle, qui leur est transmise par un fluide, peut, s'ils ont confiance, atténuer ou guérir leurs maux ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 16, § 1er de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait par une personne, non munie d'un diplôme, de prendre part habituellement ou par direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que Jacob, qui se dit médecin guérisseur assisté par les esprits et n'est muni d'aucun diplôme, reçoit chaque jour des malades qui viennent le visiter, dans le but de se faire guérir ; que sa méthode consiste principalement à agir sur leur imagination en leur persuadant qu'il possède un fluide émanant des esprits, et qu'il le communique par le regard et par le toucher ; qu'il leur indique en outre les aliments et les boissons dont ils doivent s'abstenir et ceux dont ils doivent faire usage, qu'il leur prescrit ainsi un régime ; enfin que ces actes et ces conseils tendent à la guérison ou à l'atténuation des maladies ;

Attendu que de l'ensemble de ces circonstances, il résulte que Jacob a donné une direction à des malades et qu'il a pris part habituellement au traitement de leurs maladies ;

D'où il suit que l'arrêt attaqué a décidé à bon droit que Jacob avait commis le délit d'exercice illégal de la médecine visé par l'art 16 de la loi de 1892 et réprimé par l'art 18 de la même loi.

Par ces motifs ;

Rejette le pourvoi formé par Jacob en Cassation d'un arrêt rendu le 14 janvier 1911, par la Cour d'appel de Paris, chambre correctionnelle, qui l'a condamné à 100 francs d'amende.

Ainsi jugé. . . chambre criminelle.

Quand j'ai su que nous allions être forcés de suivre Jacob en cassation et dans le but de conserver à l'arrêt de la Cour toute sa valeur, car nous avions en lui une cause de premier ordre, dont sauraient user les syndicats, j'ai demandé à l'Union et au « Sou médical » de s'unir au Syndicat des médecins de la Seine, afin de couvrir les frais qui allaient nous incomber.

Sans la moindre hésitation, il a été convenu que nous mettrions en tiers les débours de cette défense de notre arrêt du 14 janvier devant la Cour de cassation.

Il était donc de toute justice que l'annonce de cette bonne nouvelle paraisse dans le *Concours*, sans préjudice de la publication que ne manqueront pas de faire les *Bulletins* de l'Union de syndicats et du Syndicat des médecins de la Seine.

Ch. LEVASSORT.

CHRONIQUE SYNDICALE

Les situations mal acquises.

Un récent article du *Concours médical* sur « les situations acquises » m'a remis en mémoire une décision que j'ai eu le plaisir de faire voter par le syndicat médical de St-Mandé, il y a quelques mois. Ces idées sont si simples, si logiques, que nous n'avions pas cru devoir y insister ; mais, puisqu'il parait si difficile de faire comprendre à certains médecins les choses les plus simples, et que l'article de Noir a remis la question sur le tapis, la décision du syndicat médical de St-Mandé redevient d'actualité et je la communique et pour engager tous nos syndicats à prendre une mesure pareille,

DIVERNERESSE.

Décision votée par le Syndicat médical de Saint-Mandé sur les situations acquises.

Lorsqu'il s'agit d'en arriver aux actes, de livrer l'assaut final contre les monopoles médicaux, on nous objecte qu'il y a les situations acquises auxquelles il est impossible de toucher. Or, dès que survient le décès ou la démission d'un médecin ayant un monopole médical, ce titulaire trouve immédiatement un successeur, il en résulte que les situations acquises ne disparaîtront jamais et qu'elles empêcheront la suppression des monopoles.

Le syndicat médical de St-Mandé croit devoir faire la déclaration suivante :

« Les médecins qui passent des contrats avec une collectivité ou un chef d'industrie pour s'assurer la clientèle d'un groupe de personnes (employés, ouvriers, mutualistes) achètent, en somme, une clientèle à un tiers, qui vendant ainsi une chose qui ne lui appartient pas. Le malade seul ayant le droit de choisir le médecin qui le soignera. »

« Le médecin acquéreur se trouve donc, par rapport à ses confrères, dans la situation d'une personne qui, après avoir acheté une maison à quelqu'un qui n'en est pas le propriétaire, se voit plus tard en face du véritable propriétaire, qui lui dit : « Vous avez acheté et payé à tort, à une personne qui n'en est pas propriétaire, cette maison qui m'appartient et où vous êtes installé depuis quinze ans ; bien que votre titre de propriété vous paraisse valable, il n'en est pas moins vrai que vous n'êtes pas chez vous, que je ne puis considérer votre prise de possession comme régulière je vous signifie donc d'avoir à en sortir » ;

« Le Syndicat de St-Mandé déclare aux médecins qui, depuis dix ans, ont acheté des clientèles par des rabais consentis aux collectivités, qu'ils n'ont pu consentir ces marchés qu'à leurs risques et périls ; car ils ne pouvaient ignorer que ces moyens de se procurer des clients forcés étaient condamnés pour tous les syndicats, depuis plus de quinze ans,

« Le Syndicat de St-Mandé ne peut reconnaître comme légitimes des situations dont les syndicats condamnaient le mode d'acquisition et

le respect des situations mal acquises ne saurait arrêter le corps médical dans la suppression des monopoles, le libre choix étant pour l'individu un droit naturel à la fois inaliénable et imprescriptible. (Extrait du registre des délibérations du Syndicat de Saint-Mandé, séance du 5 novembre 1910.)

La Propagande syndicale.

Mes chers confrères,

Ci-joint bulletin d'adhésion à la Société civile du *Concours médical*, dans le cas où je n'aurais pas déjà fait mon adhésion antérieurement : en tout cas, je suis depuis 12 ans abonné et je le reste.

Vous serait-il possible en outre de me donner quelques renseignements pour être utilisés dans le cas suivant : Notre syndicat vient de me mettre à la tête d'une commission de 5 membres, tous confrères co-syndiqués, avec mission d'aller rendre visite aux confrères d'une région voisine, pour leur demander un engagement collectif pour l'application des tarifs, que nous avons adoptés lorsqu'ils viendront exercer dans le ressort de notre arrondissement syndical et si possible sur leur territoire même. Cette question nous servira d'entrée en matière ; mais notre but est de pousser les dits confrères à se grouper comme nous et à fonder un syndicat. Après cette région, si nous réussissons, nous entreprendrons les régions voisines, et lorsque tous les confrères du département seront syndiqués, nous pourrons aborder la question de la réforme des services médicaux publics, si importante chez nous (nous avons encore le tarif à l'abonnement à tant par tête d'habitant et par an avec circonscriptions, que nous avons appelé le régime des honteux 4 centimes).

Je voudrais démontrer aux confrères qu'il n'est pas difficile d'éclairer le conseil général et l'administration préfectorale sur le fonctionnement du service de l'assistance avec tarif kilométrique, tarif à la visite et tarif chirurgical basés sur le libre choix absolu, et de démontrer que c'est la seule façon logique et équitable de rétribuer les praticiens, sans pour cela faire de trous au budget départemental.

Je connais déjà la question, mais pour pouvoir l'exposer à des confrères dont beaucoup en ignorent le premier mot, et dont quelques-uns sont peut-être prévenus contre cette réforme, je ne serais pas fâché de pouvoir m'appuyer sur des documents authentiques. Je crois que je trouverais ce qu'il me faut dans le discours du Dr Laurent à la Chambre en 1909. Pourriez-vous me le procurer ou à défaut m'indiquer le numéro de l'*Officiel* où je pourrais me reporter pour en avoir connaissance. Pourriez-vous aussi me communiquer tels documents que vous jugeriez pouvoir nous être utiles dans le rôle nouveau pour nous que nous allons jouer de propagateurs de syndicat ?

Notre réunion doit avoir lieu probablement samedi prochain. Envoyez-moi ce que vous pourrez et faites-moi savoir ce que je vous dois pour les frais d'envoi que je m'engage à vous rembourser immédiatement par la poste. Je joins en tout cas un timbre pour réponse d'urgence.

Croyez, mes chers confrères, etc.

Dr M.

Réponse.

Nous vous félicitons très vivement, vous et vos confrères du Syndicat, pour l'initiative que vous venez de prendre. Vous avez raison de chercher à prêcher l'union pour le relèvement des tarifs ; il y a grand temps que le forfait devrait être supprimé, car il constitue un accaparement de malades au profit de quelques médecins, qui ne conservent ce privilège qu'en consentant à des honoraires au rabais.

Nous vous faisons l'envoi du numéro du *Concours* qui contient le discours du Dr Laurent. Vous pourrez aussi demander au Dr Lépine, de Belleville (Rhône), le travail très intéressant qu'il a publié sur l'A. M. G. Egalement, vous trouverez beaucoup de renseignements dans le rapport sur l'A. M. G., au 2e Congrès des Praticiens, à Lille, 1908. Vous devez avoir probablement le volume des rapports ; sinon, vous pourrez vous le procurer chez le Dr Quidet, 31, rue Bonaparte ; Paris.

Enfin, feuilletez la collection du *Concours* ; vous verrez que la question y a été maintes fois traitée.

Bon courage et bon succès. Personnellement, je me suis déjà entretenu de vos desiderata dans l'Isère, avec quelques-uns de nos amis et j'attends que l'on me fasse signe pour aller faire une conférence et un comité départemental du *Concours*. J'avais bien envie, cet été dernier, d'aller à Grenoble ; mais on m'a conseillé d'attendre en 1911. Je m'adresse donc à vous, les dévoués et je viens vous dire, au nom du *Concours* : si vous avez besoin de nous pour porter la bonne parole, nous nous mettons à votre disposition. Mon désir serait de faire une conférence à Grenoble, et au besoin, une autre ailleurs. Je pourrai le faire en juin-juillet, ou en octobre, lorsque je m'échapperai dans l'Ain. Vous pourriez vous entendre à ce sujet avec les fervents syndicalistes qui vous entourent, pour organiser une réunion générale des confrères du département ou d'une région. Nous y parlerions syndicat et syndicalisme, cohésion et mutualité, défense professionnelle et nous insisterions sur toutes les œuvres médicales qui aboutissent à ces buts multiples.

Tenez-nous au courant de votre campagne et soyez assuré que tous nos vœux vous accompagnent.

P. B.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les Cliniques patronales ont enfanté les Cliniques ouvrières.

Nous découpons dans l'*Entente médicale* l'article suivant :

« Pendant que les médecins discutent,les organisations patronales ou ouvrières agissent. De la loi des accidents du travail, elles se font des rentes, laissant aux médecins,avec les ennuis, le droit de se plaindre.

Les compagnies d'assurances qui représentent les employeurs ne s'embarrassent pas de philanthropie ou d'altruisme. Pour elles, l'assurance des assujettis à la loi de 1898 est un moyen de rémunérer leurs actionnaires avec le moindre risque possible. Par conséquent, pas de libre choix, mais le médecin officiel, la rémunération du médecin au moindre prix, la surveillance incessante des blessés, voilà ce qu'il faut aux assureurs. Par ailleurs, le fonctionnement de cliniques spéciales aux accidentés du travail et sous leur dépendance exclusive contribue à rendre les incapacités partielles ou permanentes moins nombreuses et moins coûteuses.

« Les organisations ouvrières arguèrent des abus commis dans ces cliniques pour édifier en face et en concurrence des cliniques ouvrières. Il faut ajouter que le désir de retirer une source de bénéfices du soin des accidentés du travail ne fut pas étranger à la création de ces cliniques.

« Dans les deux cas,on mit sur le compte de la philanthropie et de l'altruisme le souci de gagner de l'argent facilement en faisant exécuter le travail par des médecins salariés. Les médecins de cliniques ouvrières consentent dit-on, aux organisations des remises variant de 25 à 50 %, sur le tarif Dubief. Par contre les médecins des cliniques patronales, ne font pas de remises, puisqu'ils n'appliquent pas le tarif Dubief, mais sont payés à forfait, à tant par accident. Dans l'un comme dans l'autre cas,le libre choix n'existe pas et les médecins sont chargés d'exploiter les accidents du travail au mieux des intérêts de ceux qui les paient, tantôt dans le sens patronal, tantôt dans le sens ouvrier. A ce jeu, les médecins sont exploités à leur tour.

« Les syndicats avaient pourtant la partie belle, s'ils avaient existé autrement que sur le papier. Ils devaient faire appel à leurs syndiqués pour créer des organismes indépendants de la tutelle patronale ou ouvrière, n'appartenant qu'à eux, où les accidentés du travail auraient été soignés en toute conscience. Par leur cohésion, ils pouvaient amener à composition les organisations qui auraient eu des velléités de révolte. Ils pouvaient,c'était leur droit et même aussi leur devoir, assurer tous les soins médicaux suivant un tarif à déterminer, se réservant d'appliquer à leurs membres le libre choix et un tarif raisonnable concerté entre eux. Avec la loi du grand nombre c'était facile, et les médecins n'avaient affaire qu'à des médecins.

« Dix ans ont passé depuis l'application de la législation sur les accidents du travail. Les assureurs se plaignent sans cesse du prix des soins médicaux. Pourquoi ne s'abouchent-ils pas avec les syndicats pour inaugurer un nouveau système d'assurance ? Les médecins, représentés par une coopérative, assureraient tous les frais médicaux, tandis que les assureurs assureraient le demi-salaire, l'incapacité temporaire, les incapacités partielles et permanentes. Tout le monde serait peut-être content avec cette nouvelle organisation.

« Dans tous les cas, si les assureurs refusaient cette combinaison, ils ne pourraient s'en prendre qu'à eux de l'augmentation des frais occasionnés par cette loi de 1898. »

***

Mais, il me semble, par la citation ci-dessus, que notre confrère se trouve en parfaite communion avec les idées de Diverneresse et les nôtres. Celui-ci n'a-t-il pas toujours prêché l'indépendance absolue du médecin ? Récemment encore, nous l'entendions dire aux confrères de Levallois-Perret : « Vous ne devez pas plus être à la solde des cliniques patronales que des cliniques ouvrières. Vous ne devez dépendre ni de l'organisation dirigée par les compagnies d'assurances, ni de celles soumises à la juridiction des bourses du travail. Aux syndicats médicaux de créer eux-mêmes ces dispensaires, ces cliniques, où les ouvriers seront sûrs de trouver des soins médicaux librement consentis, sans pression intéressée de côté ou d'autre ».

Et Diverneresse montrait que l'idéal serait d'obtenir l'organisation,en France, d'un système analogue à celui des caisses hongroises, où les intérêts des blessés, des responsables et des médecins sont représentés et défendus sur le même pied d'égalité. En attendant, et tant que nous serions sous le coup de l'organisation des assurances actuelles, il serait désirable que les syndicats médicaux puissent consentir à délaisser les vagues questions de déontologie, à repousser les querelles confraternelles et les excommunications, pour faire besogne collective. Aux syndicats à comprendre que, de partout, on sent le besoin d'une organisation libre et indépendante, où l'ouvrier sera soigné avec humanité.

Pour répondre à ce besoin d'organisation, les assurances font des cliniques, où des médecins à leur solde doivent prendre les intérêts des compagnies, qui les casseraient aux gages.

Pour résister à cette main-mise, les bourses du travail créent des cliniques ouvrières, pour défendre les intérêts ouvriers et pour que les blessés puissent avoir soins médicaux et *conseils juridiques*.

Ces deux organisations extrêmes ne sont pas bonnes pour le médecin qui, ni dans l'une, ni dans l'autre, n'a son indépendance, ni son entière liberté.

Et bien que, dans l'égarement d'une polémique insuffisamment renseignée, on ait cru pouvoir affirmer le contraire, c'est pour cela, que le syndicat de médecine sociale n'a jamais voulu admettre dans ses rangs les médecins attachés aux cliniques patronales ou aux cliniques ouvrières. Le blessé libre de placer sa confiance dans un praticien indépendant, voilà la formule.

Mais les syndicats médicaux ont beaucoup de besogne à faire. Nous avons l'espoir, pour ne pas dire la certitude, que nos confrères vont comprendre maintenant qu'il importe de cesser leurs querelles, pour une union corporative et une défense collective. Le syndicalisme médical fait chaque jour des progrès. Courage et confiance : nous aurons bientôt des résultats.

P. B.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Malentendu dissipé.

Bordeaux, le 20 avril 1911,

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,
Paris.

Monsieur,

Dans le dernier ou un des derniers numéros de votre journal, qu'un confrère complaisant me communique, je lis, sous la rubrique *Chronique de la Mutualité*, la reproduction d'un article paru dans le journal *Le Réveil de Bègles*, du 18 mars et intitulé : *Mutualistes et Médecins* », dans lequel il est fait mention d'une réunion de bureaux de plusieurs sociétés de secours mutuels de ce faubourg de Bordeaux, réunion à laquelle on m'avait prié d'assister. On y annonce que je vais ouvrir un cabinet de consultation à Bègles. On y fait, en ma faveur, un appel chaleureux à la population, etc., etc.

A cette découpure font suite quelques réflexions peu flatteuses à mon endroit, et des conseils plus intéressés que charitables.

Je regrette, Monsieur le Directeur, pour vous et votre journal, que, sans autres renseignements qu'un entrefilet paru dans le *Réveil de Bègles*, qu'un correspondant d'occasion s'est empressé de vous adresser dès son apparition, vous laissiez attaquer l'honorabilité d'un médecin, que vous tentiez de le clouer au pilori du corps médical, en le dénonçant au mépris de ses nombreux confrères, vos lecteurs.

Il eût été plus sage et surtout plus conforme aux règles de la bienséance la plus élémentaire d'éclairer votre lanterne avec autre chose que des potins, ou tout au moins de vous faire adresser par votre honorable correspondant le numéro suivant du *Réveil de Bègles*, daté du 25 mars ; vous y auriez vu que, dans une lettre adressée au Directeur de ce journal, j'y démentais totalement l'entrefilet que vous publiez — paru sous la signature d'un des présidents de sociétés qui était entré en pourparlers avec moi. Je dois ajouter que par une lettre datée du 17 mars, j'informais ce même président de mon refus d'accepter les propositions qui m'avaient été faites et cela pour des raisons diverses.

Voilà, Monsieur le Directeur, l'*exacte vérité*.

Permettez-moi aussi de vous faire constater que vous avez, comme par hasard, oublié de m'adresser le numéro du *Concours médical*, où vous tentez de me livrer aux foudres d'un Syndicat, auquel je n'appartiens d'ailleurs pas, pour crime de *lèse déontologie* ; j'espère que vous tiendrez à honneur de réparer cet oubli.

Et maintenant, en terminant, à mon tour, un tout petit conseil, autrement désintéressé que ceux de votre collaborateur d'occasion : Montrez-vous, je vous prie, plus difficile sur le choix de vos correspondants, surtout quand ils se cachent derrière un prudent anonymat !

Je vous prie de vouloir bien insérer intégralement ma lettre dans votre plus prochain numéro, à la même place et sous le même titre que l'article incriminé.

J'ai l'honneur de vous saluer.

Dr E. EISSEN.

Dr Eissen, Bordeaux,

Mon cher confrère,

C'est moi le coupable ; mais je plaide les circonstances atténuantes. Nous avons, en effet, été tenus au courant des démêlés de nos confrères de Bègles, puisque nous avons même été obligés de leur donner, au « Sou médical », une consultation de notre avocat-conseil, pour la formation de leur nouvelle mutualité.

Nous n'avions pas pu insérer, faute de place, leurs lettres aux présidents de sociétés de S. M., Aussi, lorsqu'on nous transmit le *Réveil de Bègles*, nous avons pensé leur être utile en publiant cet entrefilet, et en le faisant suivre de réflexions, dont je suis l'auteur. (Tous nos abonnés savent parfaitement que les initiales P. B. me désignent, sans cela on verrait trop souvent mon nom dans la partie professionnelle du *Concours*).

Tout le dossier de Bègles paraît dans le numéro de ce matin. Au moment de la correction des épreuves, nous avons reçu une lettre du Dr Quilliet, lettre que nous avons insérée aussitôt, *car elle vous absolvait complètement*. Inutile de dire que nous avons fait cette rectification sans y être invités par votre lettre reçue hier seulement, heureux que nous étions de cet acte de solidarité du corps médical bordelais. Aussi, viens-je vous demander si vous vous trouvez satisfait des termes de la lettre du Dr Quilliet, ou si vous tenez à l'insertion de votre lettre, ou encore si vous désirez que je fasse moi-même acte de confession publique, pour m'être trompé sur vos sentiments de bonne solidarité ? Nous sommes les premiers à reconnaître notre erreur et nous sommes contents de nous être trompés, car il nous était pénible de constater que ce sont malheureusement les médecins qui, trop souvent, empêchent leurs confrères de faire aboutir leurs revendications. C'est pour cela que, dans le *Concours*, nous prêchons toujours l'union entre médecins, pour lut-

ter contre ceux qui ont intérêt majeur à nous opposer les uns aux autres.

Et pour que vous puissiez revenir sur votre première opinion à notre sujet, pour que vous soyez à même d'apprécier notre but, nous vous faisons le service gratuit du journal pendant deux mois. Vous y verrez qu'à côté de la défense professionnelle syndicale, nous démontrons l'utilité du « Sou médical » (le Dr Quilliet pourra vous dire les consultations que nos avocats lui ont données ces temps-ci), quelle défense individuelle effective nous arrivons à fournir ; vous y verrez aussi que nous prêchons la mutualité entre confrères, avec l'Association générale (celle de la Gironde pour votre département), avec la Mutualité familiale du corps médical français.

Nul doute qu'après avoir fait connaissance sur un malentendu, vous ne deveniez un de nos amis.

Bien confraternellement à vous.

Dr Paul BOUDIN.

Bordeaux, le 25 avril 1911,

A Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Monsieur le Directeur,

En réponse à votre honorée du 22 courant, par laquelle vous m'informez que ma lettre vous est parvenue trop tard pour être publiée dans le numéro de dimanche dernier, j'ai le regret de vous déclarer puisque vous me le demandez, que je ne suis nullement satisfait des termes de la lettre de M. le Dr Quillet qui s'y trouve insérée.

Je n'ai pas l'honneur de connaître ce confrère mais je retiens sa phrase : *Le Dr Eissen s'est désisté et* SANS AUCUNE MENACE DE NOTRE PART, *a loyalement reconnu*, etc., etc. »

Je serais curieux de savoir si c'est en vertu du principe de solidarité que vous célébrez dans votre lettre que M. le Dr Quillet parle de menaces !

Et où allons-nous donc de ce pas ?

Je connaissais déjà l'*Invidia medicorum* mais pas cette forme nouvelle de la confraternité.

Plus loin, M. le Dr Quillet parle de *tentative de concurrence déloyale*, encore un gros mot. J'oubliais que la concurrence paraît toujours déloyale à ceux qui sont appelés à en faire les frais.

Eh oui ! j'ai écouté les propositions tout d'abord très alléchantes qui m'étaient faites (c'est un acte bien humain, je crois). Après avoir constaté conformément *au code de déontologie*, que ceux qu'on désirait quitter avaient leurs honoraires réglés, je suis entré en pourparlers non dans la coulisse, mais au grand jour.

Une affaire importante ne se traite pas à la légère. Je me suis renseigné. Comme je travaille le moins possible pour rien (encore un sentiment qui est très humain et très médical en même temps) et comme aussi je n'ai jamais accepté les tarifs de famine instaurés par le *Comité médical* « ce *groupement important* » dont parle M. le Dr Quillet — qui est une association fermée de médecins soignant les membres des diverses sociétés à 4 frs l'an — (ces mêmes tarifs d'ailleurs longtemps acceptés par les médecins de Bègles), pour toutes ces raisons et pour d'autres aussi, j'ai informé la partie offrante que je ne pouvais pas continuer les pourparlers engagés. Voilà la tentative de concurrence déloyale !

Manquement aussi aux principes de solidarité ! Ne donnons pas, je vous en prie, à la solidarité professionnelle de fausses interprétations, et surtout n'employons pas ce mot sublime de solidarité à tort et à travers. Et maintenant, si le respect dû *aux lois de la déontologie* pouvait à ce point restreindre la liberté et l'indépendance de chacun, je comprendrais pourquoi elles sont si souvent violées !

Ceci dit, qu'on me laisse en paix suivre ma destinée de praticien très respectueux des libertés ou des droits des confrères, mais aussi très jaloux de ses libertés et de ses droits !

Je compte sur votre loyauté pour insérer intégralement dans votre plus prochain numéro mes deux lettres.

Cette réparation accordée, l'incident sera oublié. Bien plus, comme vous le dites dans votre lettre, nous deviendrons des amis (j'allais ajouter méchamment : comme peuvent seulement l'être deux médecins qui ne chassent pas dans la même contrée).

J'ai l'honneur de vous saluer.

Dr E. EISSEN.

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Comité départemental des Alpes-Maritimes (Nice).

Le 13 mars, au soir, sur les instances des Drs Chini, président du Syndicat, et du Dr Seney, correspondant du *Concours*, les médecins de Nice, au nombre d'environ quarante, se trouvèrent réunis au Cercle médical pour entendre les conférenciers, Drs Maurat et Boudin, porteurs de la bonne parole de la part du *Concours*.

Après les souhaits de bienvenue du président du Syndicat et de la séance, suivis de quelques mots d'introduction du Dr Seney, la parole fut donnée au Dr Boudin.

Entrant aussitôt au vif de son sujet, par un rapide aperçu des origines du *Concours* et un reconnaissant hommage à son vaillant créateur, Cézilly, notre zélé confrère voulut bien nous parler d'abord des Syndicats, première œuvre de défense professionnelle, de leur laborieux enfantement, de l'hésitation de leurs premiers pas, de leurs droits, trop limités encore, ainsi que des résultats qu'ils peuvent pourtant recueillir, tant pour la bonne entente médicale que vis-à-vis des administrations ou collectivités hostiles, en raison directe de leur cohésion, de leur discipline, de leur activité et de leur initiative.

Avec une lucidité et une chaleur d'exposition bien faites pour convaincre, il sut ensuite démontrer clairement, à ceux d'entre nous qui en

étaient ignorants, les précieux avantages du « Sou médical » et de la Mutuelle familiale, celle-ci appelée à réunir, en une œuvre de prévoyance professionnelle, plus simple, les deux filiales connues : l'Amicale-maladie et la Caisse des Retraites.

Les applaudissements et les adhésions que recueillit l'éloquent conférencier lui prouvèrent qu'il avait été compris, que le bon grain n'était pas tombé sur un terrain stérile.

Le Dr Maurat vint alors s'associer à l'argumentation de son collègue et, après avoir insisté sur l'énergie persévérante et le désintéressement confraternel du *Concours*, dont il fut l'un des fondateurs, remercier, en termes des plus gracieux, le Syndicat des arrondissements de Nice et Puget-Théniers et le Cercle médical. En fin de séance, sur la proposition du Dr Boudin, d'après les indications du précédent referendum, furent nommés membres du Comité départemental (Cannes excepté), les docteurs : Chini, Gaymard, Gruzu, Lombard, Piétri et Seney, qui élirent aussitôt, pour leur délégué, le Dr Lombard, acceptant.

Et l'on se sépara sous la vivifiante impression d'une légitime gratitude pour le *Concours* et pour le généreux apostolat de ses dévoués missionnaires.

Dr SENEY.

CORRESPONDANCE

Lettre ouverte au Dr Noir.

Mon cher confrère,

Personne plus que moi n'apprécie votre belle vaillance, ... et votre amour profond pour la profession médicale.

Ne rougissez pas sous cette avalanche d'éloges, car si je parle sincèrement des qualités et des vertus que tout le monde vous reconnaît, c'est, je l'avouerai, dans un but intéressé ; c'est pour me donner le droit de dire — après vous — un mot, peut-être plus, sur la Croix-Rouge française et alors votre modestie effarouchée me pardonnera, j'en suis certain.

Posons la question, si vous voulez bien.

La *Croix-Rouge française* se compose de trois sociétés :

1° La *Société française de secours aux blessés militaires de terre et de mer*, la plus ancienne ;

2° L'*Association des Dames françaises*, fondée en 1879.

3° L'*Union des Femmes de France*, fille de l'Association des Dames françaises.

C'est au Dr Duchaussoy, fondateur de l'Association des Dames françaises, que revient l'honneur de la création de l'enseignement médical de la femme. L'idée géniale de former des infirmières, des ambulancières, lui appartient en propre.

C'est grâce au Dr Duchaussoy que les secours aux militaires blessés ou malades ont été également accordés aux civils en cas de calamités publiques et de désastres.

La première Société, fondée par le duc d'Aumale en 1866, riche, très riche même, a suivi plus tard le mouvement donné par le Dr Duchaussoy. La troisième Société, née de la deuxième et reconnue en 1882, a gardé la même organisation que l'Association des Dames françaises.

Ces trois Sociétés, rattachées au service de santé militaire, reconnues d'utilité publique, sont autonomes, mais réunies depuis peu par un Conseil, dont le président est M. de Vogué, déjà président de la *Société française de Secours*, laquelle possède *toujours* la majorité dans le Conseil.

Organisation défectueuse, où domine la loi du plus fort, du plus riche, et d'où paraît découler tout le mal dont on accuse actuellement la Croix-Rouge française dans le monde médical et même ailleurs.

Ceci dit, résumons le rôle statutaire des trois Sociétés.

Ce rôle consiste à créer dans les places, villes et autres localités désignées, des hôpitaux auxiliaires ; — à prêter leurs concours au service d'arrière en ce qui concerne les hôpitaux auxiliaires de campagne de ce service ; — à faire parvenir aux destinations indiquées par les Ministres de la guerre et de la marine, les dons recueillis ; — la Société française des Secours aux blessés restant chargée du service des infirmeries de guerre.

En conséquence, les Sociétés de la Croix-Rouge doivent s'occuper de la préparation des diverses espèces de secours que les militaires et les marins peuvent recevoir, de former un personnel de femmes capables de rendre les services dans l'intérieur des ambulances en temps de guerre ; de réunir le matériel surtout en objet de pansements ; et, en cas de fléaux ou de désastres publics, elles peuvent offrir leur concours aux autorités compétentes.

Rien que de très net, comme vous le voyez, de très simple, de très patriotique, de très philanthropique, dans ces dispositions qui ne peuvent gêner en rien les intérêts du corps médical.

Mais les trois sociétés de la Croix-Rouge française se conforment-elles à leurs statuts ? Telle est la question.

On pourrait en dire long sur le rôle, les actes, l'esprit, le but ouvert ou secret des Sociétés de la Croix-Rouge française. Mais contentons-nous d'avancer que la *Société française de secours aux blessés militaires de terre et de mer* ne se conforme pas aux statuts, qu'elle dépasse son rôle, qu'elle abuse de sa richesse et de son influence.

Elle, qui devrait donner l'exemple, se laisse aller à des organisations excessives, aussi inutiles que préjudiciables au corps médical.

La nécessité de dresser un personnel d'infirmières, d'ambulancières, de brancardiers, s'impose aux Croix-Rouge ; mais pourquoi la Société française de secours ne fonde-t-elle pas des hôpitaux-écoles, avec consultations où les *indigents seuls* soient admis, — au lieu de créer des hôpi-

taux où sont reçus les gens aisés ; au lieu de donner des consultations à tous venants, de faire des visites à domicile, de semer partout des crèches, des dispensaires, des cliniques d'accidents du travail, œuvres qui lèsent profondément le corps médical ?

Et d'ailleurs, l'enseignement de ces sociétés — militaires par essence — ne devrait-il point se parfaire dans les hôpitaux militaires, ou si ces hôpitaux n'étaient point suffisants, ne pourrait-il se compléter par un stage dans les hôpitaux civils ou les consultations hospitalières chirurgicales existantes ?

Mais voilà, mon cher confrère, cela ne ferait point l'affaire de la Société française de secours, dont tout le monde connaît les tendances envahissantes et le but politico-confessionnel. Ses tentatives au Maroc, où elle a, disait-on, failli supplanter le service de santé militaire, sont encore présentes à la mémoire de tous, et l'on sait aussi avec quelle hauteur elle passe outre aux observations du corps médical, avec quel dédain elle repousse le concours des médecins locaux pour agir à sa guise et n'accorder sa confiance qu'à des médecins à sa dévotion.

Il faut avoir le courage de dire ces choses. Aussi, et c'est là où je voulais en venir, mon cher confrère, gardons-nous de donner des indications aux Sociétés de la Croix-Rouge.

Encourageons ces Dames à concentrer leur activité sur l'œuvre initiale en se renfermant dans leur rôle statutaire, rôle utile en temps de guerre, précieux en temps de paix par les résultats bienfaisants de l'instruction médicale et hygiénique de la femme.

Craignons de les pousser à la création d'œuvres philanthropiques, qui, quoi que l'on fasse, ouvriront la porte à l'exercice illégal.

Ces dames, si aimables et si respectables qu'elles soient, sont toutes naturellement portées, par leur minime bagage scientifique, leurs prétentions outrecuidantes, leur vanité féminine, à se considérer comme supérieures aux médecins.

On leur répète trop qu'elles sont extraordinaires ; on les grise trop de compliments et de flatteries. Si on leur permet de mettre un pied sur notre domaine, elles en auront bientôt pris quatre et on ne pourra plus les arrêter.

Que la femme devienne bonne garde-malade, bonne infirmière, bonne consolatrice, qualités qui sont dans ses aptitudes et où elle excelle, qu'elle se regarde modestement comme un simple auxiliaire du médecin, ne lui en demandons pas plus. C'est bien assez ; c'est même déjà beaucoup. Encore une fois, mon cher confrère, ne poussons pas les Dames de la Croix-Rouge à des œuvres médicales ou para-médicales : leur activité a tant d'autres et de meilleures occasions de se manifester.

Votre cordialement dévoué,

Docteur COURGEY,

15 avril 1911.

JURISPRUDENCE

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (7e Ch.).

19 décembre 1910

Présidence de M. PION.

Médecine. — Chirurgie. — Médecin. — Non-obligation de donner des soins. — Accouchement. — Garde imposée au médecin. — Retraite du praticien. — Attitude légitime. — Action en dommages-intérêts introduite par la cliente. — Termes injustifiés. — Préjudice. — Action reconventionnelle du médecin. — Recevabilité.

1° *Un médecin n'est pas obligé, en principe, de se rendre à l'appel d'un malade, et, dans ce cas, ne doit compte de sa conduite qu'à sa conscience.*

Mais il en serait tout autrement si ce médecin abandonnait son client dans un moment critique où sa retraite serait de nature à compromettre la vie ou la santé du malade

2° *Spécialement ne commet aucune faute le médecin accoucheur qui se retire en présence de la prétention manifestée par la cliente ou son entourage d'imposer une garde dont les précédents contacts sont ignorés du docteur, lequel, de son côté, en a choisi une présentant toutes garanties*

Ce médecin, en renonçant, dans ces conditions, à la responsabilité et aux honoraires de l'accouchement, agit honnêtement et c'est lui, au contraire, qui est fondé à réclamer réparation du préjudice causé par l'action en dommages-intérêts introduite contre lui en termes injustifiés de nature à nuire à son honneur professionnel et à sa réputation.

LE TRIBUNAL,

Attendu que la dame M. réclame au docteur Le Roux la somme de 1.500 francs à titre de dommages-intérêts, qu'à l'appui de cette prétention elle allègue que, se trouvant en état de grossesse, elle a reçu les soins de cet accoucheur pendant plusieurs mois et jusqu'au 15 janvier 1909, à 7 heures du soir ; que deux heures après, ce même soir, une lettre pneumatique du docteur Le Roux parvenait à l'un des proches de Mme M., au domicile même de cette dernière, qu'elle était ainsi conçue : « Après ce qui s'est passé depuis quinze jours, il vaut mieux pour nous reprendre notre liberté ; ne comptez donc plus sur moi pour assister Madame. Au cas où vous n'auriez personne sous la main d'ici demain midi, je resterai cependant à votre disposition, pour vous donner le temps qui peut vous être nécessaire. *Signé* : Le Roux. »

Attendu qu'à cette nouvelle, la dame M. aurait été prise de troubles graves, que le jour même de l'assignation, 20 janvier 1909, ses jours auraient été en danger, que c'est dans ces conditions qu'elle s'est crue fondée à demander réparation de ce qu'elle qualifie les condamnables et les intolérables agissements, les procédés inqualifiables et inadmissibles du docteur Le Roux ;

Attendu que Le Roux, se portant reconventionnellement demandeur, réclame à la dame M. la somme de 180 francs montant des honoraires de 18 visites faites par lui à ladite dame depuis le commencement de septembre 1908 ; qu'il réclame en outre 1 franc de dommages intérêts pour le préjudice dérivant de l'action introduite envers lui ;

Attendu qu'un médecin n'est pas obligé, en principe, de se rendre à l'appel d'un malade, et, dans ce cas, ne doit compte de sa conduite qu'à sa conscience ; qu'il en serait tout à fait autrement si ce médecin abandonnait son client dans un moment critique où sa retraite serait de nature à compromettre la vie ou la santé du malade ;

Attendu qu'il n'en est point ainsi, en l'espèce ;

Attendu, en effet, que l'accouchement de la dame M., prévu pour la fin de janvier 1909, n'a eu lieu que le 10 février ; qu'au surplus, Le Roux a offert de rester à sa disposition jusqu'à ce qu'il ait été pourvu à son remplacement ;

Attendu que la dame M. n'établit même pas le trouble grave et l'état alarmant qu'elle attribue à l'émotion causée par la nouvelle de la récusation du docteur Le Roux ; qu'elle s'est bornée à affirmer qu'il en était ainsi, mais ne tente pas de le prouver ; qu'elle est donc mal fondée à faire grief en justice à son médecin, aux termes mêmes de son assignation, de procédés qu'elle juge inqualifiables et inadmissibles, d'agissements qu'elle estime condamnables et intolérables, sans justifier d'aucun préjudice dérivant de faits aussi sévèrement appréciés ;

Attendu qu'il est d'autre part constant que la retraite du docteur Le Roux a été motivée par l'exigence de l'entourage de la dame M., ou de cette dame elle-même, d'imposer une garde dont les précédents contacts étaient ignorés du docteur qui, de son côté, en avait choisi une présentant toutes les garanties au point de vue de l'aseptie ; que ne sachant pas quelle était la main qui l'aiderait, le docteur a honnêtement agi en renonçant à la responsabilité et aux honoraires de l'accouchement ;

Attendu que le préjudice n'est pas plus établi que la faute ; qu'au contraire, le docteur Le Roux est en droit d'obtenir réparation du préjudice causé par l'action introduite contre lui en termes injustifiés de nature à nuire à son honneur professionnel et à sa réputation ; qu'il y a lieu de lui allouer sa note d'honoraires jusqu'au 15 janvier 1909, sur la matérialité de laquelle aucune contestation n'est élevée, qu'un forfait fût-il intervenu pour l'ensemble de l'accouchement, y compris la période antérieure, le médecin reste en droit de réclamer en justice la rémunération des soins donnés jusqu'à la rupture du contrat, survenant autrement que de son chef ;

Par ces motifs,

Déboute la dame M. de sa demande ;

Reçoit Le Roux reconventionnellement demandeur condamne la dame M., à lui payer la somme de 180 francs pour prix de ses visites ; la condamne à lui payer la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts ;

La condamne en tous les dépens.

NOTE. — I-II. — Sur les deux points : Comp. sur le principe et sur l'application : Trib. civ. Châteauroux 1er août 1908 (*Gaz. Pal.* 1908, 2. 368) et la note avec les renvois et, sur appel : Bourges, 3 août 1909 (*Gaz. Pal.* 1909, 2.584) et la note.

VARIÉTÉS

Le médecin et l'automobile.

Au Dr Poirrier,

Encore une enquête ! Mon cher confrère. Quand nous serons à cent nous ferons une croix... ..... et nous pourrons recommencer.

Que pouvez-vous en attendre ?

D'abord les réponses seront sans doute peu nombreuses, d'autant qu'il n'est pas si facile que vous semblez croire de satisfaire à votre questionnaire. Il faut plus de cinq minutes pour établir le coût kilométrique d'une voiture et même, pour ceux qui tiennent une comptabilité régulière de leurs dépenses et de leur parcours, il faut distinguer l'usage purement médical de l'usage familial. Le rendement n'est pas du tout le même.

L'âge de la voiture, sa marque, la nature des routes influent sur les dépenses ; mais la main du conducteur est de beaucoup prépondérante. Ceux qui l'ont lourde doivent souvent la mettre à la poche.

Si vous brutalisez votre changement de vitesse, c'est lui qui grincera des dents ; mais c'est vous qui lui payerez un râtelier.

Si vous éprouvez le vertige de la vitesse, si vous avez la gloriole du démarrage impressionnant, gare à vos pneus ; ils seront fâcheusement impressionnés. Par contre, si vous avez une sainte frousse de la vitesse, si vous ne quittez jamais l'allure du « ralenti », si vous êtes trop ménager de vos gaz (*proh pudor* !) alors vous risquez de fatiguer votre moteur, vous diminuez son rendement, vous augmentez sa consommation.

Comment pourrez-vous comparer les résultats de l'enquête, ne connaissant pas dans quelles conditions de souplesse ou de brutalité sont conduits les engins dont on vous parlera ?

Les enquêtes de ce genre, on en a commencé beaucoup, mais leurs résultats... on y pense peut-être, on n'en parle jamais.

En tous cas, si vous voulez vous faire une opinion, puisque vous avez pris plaisir à lire l'article du docteur Barbanneau — et on prend toujours plaisir à la prose alerte, vivante et nourrie de notre confrère de Pouzauges — relisez encore ce qu'il vous dit. C'est la raison même, c'est la vérité.

Surtout méfiez-vous des calculs fantaisistes des agents et de l'optimisme des fabricants. Ils sont les seuls à qui l'enthousiasme ne coûte rien, au contraire.

Enfin, mon cher confrère, si les agréments de l'auto vous font accepter sa dépense, permettez un dernier conseil : ne succombez pas trop au « *prurit baladeur* ». Il vous en cuirait... à votre « train baladeur » !!

Rassurez-vous, je ferme le robinet en vous souhaitant des jours tranquilles et des nuits sans pannes...... C'est le contraire que je veux dire.

Dr LEPAITRE.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Maladies du système nerveux. — Le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 29 avril 1911, à dix heures et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure. »

— **Cours de Psychopathologie.** — M. le Dr P. Farez a repris à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), le jeudi 27 avril, à 4 heures, son cours libre sur la Psychopathologie du tube digestif, et le continuera le jeudi de chaque semaine à la même heure. Il étudie cette année la *rééducation alimentaire*.

Protestations. — 1° Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement,

Indigné des attaques injustifiées et violentes lancées contre le corps médical tout entier, dans une pièce jouée dans ce moment au Grand-Guignol, félicite les médecins de ce théâtre qui, ne pouvant tolérer par leur présence de pareils outrages, ont donné leur démission ;

Engage tous leurs collègues à suivre cet exemple, et compte sur la dignité et la solidarité professionnelles pour que pas un confrère n'accepte de prendre la place des médecins démissionnaires.

(Ordre du jour voté à l'unanimité dans la séance du 10 avril 1911.)

2° La Société médicale du XVIIe arrondissement de Paris,

Considérant que l'habitude prise par les pharmaciens de renouveler, sans l'autorisation écrite du médecin, des ordonnances préconisant l'emploi de substances visées par l'ordonnance du 29 octobre 1846 et par le tableau annexé au décret du 8 juillet 1850, constitue un grave danger pour les malades et pour le public ;

Emet le vœu que les lois, ordonnances et décrets régissant la matière soient dorénavant observés et appliqués,

Considérant en outre l'utilisation en thérapeutique de produits nouveaux ne figurant pas au tableau annexé au décret de 1850, mais dont l'emploi ne saurait être trop attentivement surveillé ;

Estime qu'il y a lieu de rechercher le moyen pratique d'en réglementer la délivrance.

(Ordre du jour approuvé à l'unanimité par le Conseil général des Société médicales d'arrondissement.)

— **Responsabilité chirurgicale et faute lourde.** — La première Chambre vient de rendre un jugement qui est à retenir.

Une dame demandait à son médecin 40.000 francs de dommages et intérêts pour le remercier de ses soins. Elle vient d'être déboutée purement et simplement.

« Attendu d'abord qu'il convient de poser, en principe, que si l'on ne veut pas paralyser l'initiative souvent bienfaisante des médecins et entraver d'une façon générale l'essor de la science médicale en voie de progrès continus, on ne saurait être fondé à rechercher les médecins pour des faits purement relatifs à l'exercice légitime et normal de leur profession, si ces faits, réputés même dommageables en soi, ne procèdent dans une mesure quelconque d'une faute extra-professionnelle ou de droit commun, imputable à l'homme indépendamment du praticien et du traitement qu'il a prescrit.

« Que l'on ne saurait retenir les faits professionnels comme un élément de fait que s'ils constituent une faute lourde de diagnostic, de traitement ou d'opération que l'état de la science ne permettrait pas de commettre, ou s'ils dénotent une impéritie ou une négligence telles qu'on ne peut, dans une opinion moyenne, s'attendre à en rencontrer de semblables chez une personne possédant le titre de docteur avec les connaissances, la conscience et le bon sens exigés pour l'exercice de cette profession. »

On ne peut que regretter que les magistrats qui ont condamné Bazy n'aient pas eu, pour apprécier le fait qui était soumis à leur jugement, une conscience aussi large et aussi droite du rôle et de la responsabilité du médecin, en général.

Dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine. — Notre ami le Dr Dedet (de Martigny) nous informe que le dîner de printemps aura lieu le mardi 9 mai, à 7 h. 1/2 du soir, au cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, Cotisation 12 fr. Tenue de ville.

— **Gargantua réincarné.** — M. Sam Miller, habitant de Wilkesbarre, en Pensylvanie, vient de lancer un défi aux gros mangeurs du monde entier qu'il convie à un match international.

Il déclare que dans un espace de temps limité, il dévorerait plus d'aliments que n'importe lequel de ses compétiteurs. Les exploits qu'il a accomplis jusqu'ici semblent en quelque sorte justifier son assurance.

Un jour il a pris pour son premier déjeuner cent quarante œufs durs. Tout récemment encore, il a mangé à un repas cinq poules, cinquante gaufres, cinq tartres, 36 brioches, trois énormes gâteaux.

J'aime mieux le croire que d'y aller voir !

— **Tenue des médecins militaires.** — Jusqu'ici, les médecins militaires devaient porter à leur képi des galons *plats*. Le ministère de la guerre vient de décider que désormais ils porteront au képi des galons ronds dits *en soutache* du même modèle que ceux des officiers d'infanterie.

On sait que le dolman et la vareuse des médecins militaires ont été remplacés depuis quelque temps déjà par la tunique des officiers d'infanterie avec col et parements de velours rouge.

D'autre part la ganse à bouton que portaient au collet de la tunique les médecins de l'armée territoriale vient d'être supprimée. Ainsi disparaît une marque distinctive dont le besoin ne se faisait nullement sentir et qui n'avait d'autre résultat que de jeter une sorte de discrédit sur les officiers qui le portaient.

— **Tous les préfets ne sont pas hostiles aux intérêts du corps médical.** — Les préfets ont été invités par M. Paul-Boncour, ministre du travail, à profiter de la réunion des conseils de revision pour faire dans chaque canton des conférences aux maires sur l'application de la loi des retraites ouvrières.

L'autre jour, dans un chef-lieu de canton normand, le préfet annonça qu'il allait s'entretenir un instant avec MM. les maires pendant que ces jeunes gens se dévêtaient.

L'entretien durait depuis un quart d'heure et les conscrits étaient depuis plusieurs minutes en état de comparaître devant l'aréopage. Ils s'impatientaient. On fit discrètement prévenir M. le préfet.

Une demi-heure passa, puis quarante minutes... M. le préfet chapitrait toujours MM. les maires et leur révélait les beautés secrètes de la loi des retraites. On commençait à éternuer dans le groupe des conscrits.

Ce n'est qu'au bout de cinquante minutes que M. le préfet quitta les maires. Tous les conscrits étaient enrhumés (*La Liberté*).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-troisième année. N° 19 Dimanche 7 MAI 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Première réunion du Conseil d'Administration.

1er MAI 1911

Présents : MM. Maurat, président ; Lande, Mignon, Gassot, Vimont, Bresselle, Diverneresse Boudin et Jeanne, secrétaire.

Excusés : MM. Gairal, Verdalle, Delefosse, Noir, Bellencontre, de Ranse, Cézilly, de Grissac.

M. le Président Maurat, en ouvrant la séance, déclare que M. le Dr Jeanne a effectué le dépôt des statuts de la Mutualité familiale, à la Préfecture de police, le 25 mars dernier, que le délai légal d'un mois s'étant écoulé sans qu'aucune observation ait été présentée, la Mutualité familiale du corps médical français peut régulièrement fonctionner, qu'enfin, au point de vue légal, elle prend la place de l'Association amicale des Médecins français qui s'annexe la Caisse des pensions de retraite du corps médical français et qu'elle conserve le même n° 1484.

Le Président installe ensuite dans leurs fonctions les membres du Conseil d'administration et, conformément à la décision de l'Assemblée générale du 15 février dernier, procède au tirage au sort, qui doit déterminer l'ordre de sortie de fonctions des membres du Conseil.

La première série désignée sortira en 1913, la seconde en 1915, la troisième en 1917.

Le sort désigne :

Première série :

MM. MAURAT, président ;
DELEFOSSE, vice-président ;
JEANNE, secrétaire des séances ;
DE RANSE, administrateur ;
H. CÉZILLY, administrateur.

Deuxième série :

M. VERDALLE, vice-président ;
MIGNON, secrétaire-général ;
VIMONT, trésorier-adjoint ;
DIVERNERESSE, administrateur ;
DE GRISSAC, administrateur ;

Troisième série.

MM. NOIR, vice-président ;
BRESSELLE, secrétaire général adjoint ;
A. GASSOT, trésorier ;
P. BOUDIN, administrateur.

Le Président procède ensuite au tirage au sort qui doit fixer l'ordre de sortie des commissaires des comptes.

Sortiront en 1912 : MM. Delpeut, Moreau et Camescasse.

Le Président annonce que M. le Dr Lepage refuse de faire partie du Conseil d'arbitrage, il propose au Conseil de le remplacer pour l'année 1911.

Le Conseil désigne M. le Dr Levassort, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.

Le Conseil fixe au 1er avril 1911, date antérieurement fixée pour la fermeture des combinaisons de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, la cessation des fonctions du secrétaire général et du trésorier de cette dernière.

Sur la proposition de M. le Dr Verdalle, il fixe au lundi 22 mai, deux heures, au siège social, 132, rue du Faubourg-St-Denis, Paris, la réunion pour la reddition des comptes par le trésorier et le dépôt des archives par le secrétaire général de la Caisse des Pensions.

Les dits dépôts et reddition seront reçus par une Commission spéciale, à qui pouvoir est délégué de donner, après examen, décharge régulière au trésorier et au secrétaire général.

Cette commission sera composée du président, du secrétaire général, du trésorier, du trésorier-adjoint, du secrétaire des séances, auxquels seront adjoints MM. Barada, commissaire aux comptes et Fleury, actuaire.

Le Conseil examine les diverses questions soulevées par la correspondance reçue par MM. Mignon et Gassot.

Il autorise le passage des anciens membres de la combinaison C de l'Amicale, à la combinaison P de la Mutualité familiale, jusqu'au 30 septembre 1911, *limite extrême*. **Cette décision sera portée à la connaissance des intéressés.**

Les demandes de passage seront soumises à M. Fleury, actuaire, dès leur réception, pour calculs y afférents.

Le Conseil renvoie à l'année 1912, après l'inventaire de l'Association amicale, les demandes comportant modification aux statuts existants.

Le Conseil entend ensuite lecture d'un rapport de M. Gassot sur l'organisation financière de la Société, en exécution des nouveaux statuts. Il donne son approbation unanime aux conclusions de ce rapport. Il charge spécialement M. le Dr Vimont, trésorier-adjoint, de la gestion du portefeuille, gestion pour laquelle le conseil délègue ses pouvoirs à une commission spéciale composée du président et de M. le Dr Jeanne, ou à défaut M. le Dr Boudin.

Il décide l'ouverture en banque de doubles comptes : l'un à Paris, l'autre à Orléans.

Le Conseil approuve le texte des commentaires explicatifs qui seront joints aux statuts et fixe à mille le premier tirage de ces statuts.

Les anciens contrats de l'Amicale et de la Caisse des pensions avec l'Association générale y figureront, puisque le contrat nouveau a été renvoyé à l'examen des sociétés locales.

Le Conseil décide l'ouverture de la liste des membres honoraires.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, H. JEANNE. — *Le Président*, A. MAURAT.

PROPOS DU JOUR

Les Réformes de l'Union des Syndicats médicaux et de l'Association générale des médecins de France.

Un souffle de vrai libéralisme vient de traverser nos grandes institutions professionnelles.

A l'*Union des Syndicats médicaux*, le 29 avril, comme le lendemain, à l'*Association générale*, les délégués de nos groupements syndicaux et mutualistes ont affirmé leur volonté formelle de donner à leurs sociétés locales l'autonomie la plus large et la liberté la plus grande sans pour cela vouloir en rien diminuer la cohésion des deux grandes Fédérations nationales qui sont nécessaires à la coordination et à la bonne répartition des efforts de la masse des praticiens.

Nous avons été heureux de voir, à l'Association comme à l'Union, la majorité se révolter contre ces coutumes de passivité moutonnière qui consistaient à laisser les groupements locaux digérer, dans un sommeil rarement inter-

rompu, la pâtée quelquefois indigeste qu'étaient tenus de leur fournir les Conseils des grandes Fédérations centrales. Nous avons nous-même assez longtemps souffert de cette inertie et assez hautement déploré cette indifférence pour applaudir à cet esprit nouveau ; et nous en sommes presque à regretter le dévouement de ceux qui, par leur zèle à servir la cause professionnelle, ont peut-être retardé ce réveil en éloignant de nos sociétés, dans la mesure du possible, les ennuis et les difficultés qui auraient pu troubler leur quiétude.

***

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, à la suite de discussions passionnées qui nous ont permis d'apprécier encore une fois les qualités de son Président, M. Gairal, a adopté le projet de la Commission. C'est un réel et important progrès ; quelques conversations que nous avons surprises nous font cependant craindre que beaucoup de représentants de nos syndicats n'en aient pas compris toute la portée.

Certains, par une interprétation inconsciemment tendancieuse, voient dans la nouvelle constitution un maintien déguisé du *statu quo* qui fait toujours du Conseil de l'Union l'unique organe actif du syndicalisme médical.

Rien cependant n'est plus faux.

Sans doute, l'avenir de notre syndicalisme dépendra plus de l'énergie des syndiqués que des statuts de leurs syndicats ou de leur Fédération ; sans doute, la meilleure des constitutions peut permettre le règne de la plus abjecte tyrannie, si ceux qu'elle régit ont un cœur servile et une mentalité d'esclaves, mais les nouveaux statuts de l'Union ont l'avantage d'avoir rompu toutes les lisières et de laisser sans entraves se développer en toute liberté les syndicats médicaux.

Ces statuts commencent par proclamer un fait jusqu'alors inconnu, c'est que l'Union n'est pas destinée à étudier et à résoudre les problèmes qui nous intéressent, que cette tâche incombe à chaque syndicat, sinon à tous les syndiqués, mais que son rôle doit se borner à enregistrer toutes les études et à en coordonner les résultats pour permettre une action concertée.

Et si le bureau de l'Union doit, en défense professionnelle, jouer encore un rôle de direction, ce rôle devra se borner à celui de la vigie qui jette le cri d'alarme en signalant les écueils.

De violentes critiques ont été faites contre le mode de recrutement du Conseil.

Certains ont cru que c'était une menace dirigée contre les Fédérations actuelles dont nous avions nous-même défendu le principe et tenté la généralisation.

C'est encore une erreur. Loin de gêner l'organisation des Fédérations départementales ou régionales, les dispositions nouvelles les aideront à leur développement, mais au lieu de les imposer par contrainte, elle leur permettra de naître spontanément et de s'accroître en toute liberté. Avec la nouvelle constitution très large du Conseil d'administration de l'Union, les syndicats pourront s'apparenter à leur guise. Nous n'aurons pas peut-être partout un système fédéral géographique, mais partout régnera un système fédéral par affinités électives. Au cours de la discussion, notre confrère Decourt, rapporteur de la Commission, a bien montré comment les liens entre les Syndicats pourraient se nouer. A côté du fédéralisme par intérêts régionaux, pourquoi ne pourrait-on voir se former un fédéralisme d'intérêts économiques ? Pourquoi les syndicats de villes industrielles, pourquoi les syndicats de frontières ne se concerteraient pas, bien qu'éloignés, pour confier leurs mandats à des médecins syndiqués qui par leurs travaux antérieurs ont acquis la compétence spéciale pour bien soutenir leur cause au Conseil de l'Union ?

La reconnaissance des Syndicats nationaux de spécialistes n'a été d'ailleurs que la consécration logique de ce régime libéral.

S'il existe des groupements qui se plaisent dans l'isolement, rien ne les empêchera de continuer à vivre en sauvages, tout en coopérant à l'action commune de l'Union en envoyant à son Conseil les délégués auxquels ils ont droit.

Une autre innovation importante des nouveaux statuts est la prévision de Congrès de Praticiens organisés par l'Union. Beaucoup n'ont pas compris la portée de cette innovation. Cependant il est facile de se rendre compte de la nécessité où doit se trouver l'Union de prendre au cas échéant l'initiative de Congrès de Praticiens ; il faut qu'elle les organise et qu'elle y puise de nouvelles forces. Le large esprit que nous désirons y voir régner ouvrira certainement, et toutes grandes, à tous les praticiens les portes de nos Congrès. Mais si nos syndicats ont le devoir de s'éclairer à toutes les lumières, seuls et sans contrainte, en vertu de leur autonomie, ils doivent seuls prendre les décisions qui guideront leurs actes. S'ils se révoltent contre les ordres qui pourraient venir d'un organisme central émanant d'eux-mêmes comme le Conseil de l'Union, ils ne sauraient à plus forte raison subir le joug de comités à pouvoirs mal définis où les éléments antisyndicaux pourraient prendre par surprise une place prépondérante.

On a objecté que tout groupement médical libre, même toute personne, pourrait prendre



l'initiative de la réunion d'un Congrès médical. Nous ne le discutons pas et la liberté est pour tous ; mais on ne pourra plus désormais affaiblir l'autorité de l'Union en affirmant qu'un Congrès de Praticiens représente mieux que l'Union le Corps médical parce qu'il a admis outre les médecins syndiqués ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas l'être.

En somme, la Réforme de l'Union a été ce qu'elle devait, ce qu'elle pouvait être. Une question préalable, en effet, s'opposait à l'adoption des autres projets qui nécessitaient, pour être réellement appliqués, une trop forte élévation de la cotisation à laquelle la plupart des Syndicats n'auraient pas consenti, tandis que le projet de la Commission ne réclamait qu'une augmentation d'un franc, ce qui sera, nous l'espérons, facilement consenti. Chaque groupement pourra se faire représenter à sa guise au Conseil de l'Union. Le Syndicat isolé enverra, s'il le peut, un délégué choisi dans son sein ; ou bien il mandatera pour le représenter le délégué d'un syndicat voisin, créant ainsi un embryon de fédération ; ou encore il pourra donner son mandat à un confrère d'une autre région et même de Paris qu'il investira de sa confiance. Les *fédérations existantes pourront*, si elles le veulent, jouer un rôle proportionnel à leur importance par la multiplicité des mandats qu'elles pourront donner à leurs délégués.

En sortant de l'Assemblée, nous avons entendu émettre les pronostics les plus sombres. nous avons entendu parler d'anarchie, d'impuissance et de démissions prochaines. L'expérience que nous en avons ne nous permet plus de nous effrayer des crises.

Si des démissions viennent à se produire, elles allégeront l'Union de véritables poids morts qui la gêneraient un jour, car comment considérer autrement des groupements incapables de discipline, qui ne sauraient supporter sans rebellion les décisions d'une majorité et auxquels le nom seul de liberté fait peur.

***

A l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, le même esprit libéral a régné dans la réforme des statuts. Les modifications ont été tout aussi profondes si la lutte a été un peu moins fougneuse. Une décision a été prise qui permettra, nous l'espérons, de donner au mouvement mutualiste dans les milieux médicaux une extension considérable. Elle consiste en la suppression de l'article qui limitait le nombre des sociétés locales dans chaque département et enfermait Paris dans le cercle jusqu'alors passablement étroit de la Société centrale. Désormais, l'A. G. pourra s'agréger sans difficultés non seulement la Métropolitaine, mais toute société nouvelle légalement constituée et dont les statuts seront en accord avec les siens.

L'époque des exclusivismes, des rivalités, des jalousies entre groupements paraît passée ; espérons que nos grandes Associations professionnelles puiseront dans cet esprit si différent de l'ancienne tradition une nouvelle vigueur.

J. Noir.

— **Médecins militaires chargés de prendre, en 1911, la direction technique des cours d'instruction du service de santé.** — *Centre de Paris.* — *Directeur technique.* — M. le méd. principal de 1re cl. Boisson, médecin chef de l'École supérieure de guerre. — *Adjoint.* — M. le méd. principal de 2e cl. Carlier, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis.

Centre du camp de Châlons. — *Directeur technique.* — M. le méd. principal de 1re cl. Darde, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne. — *Adjoint.* — M. le médecin principal de 2e cl. Billet, médecin chef de l'hôpital militaire de Châlons.

Centre de Rennes. — *Directeur technique.* — M. le méd. principal de 1re cl. Villedary, médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes. — *Adjoint.* — M. le méd. principal de 2e cl. Remy, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

Centre de Limoges. — *Directeur technique.* — M. le méd. principal de 1re cl. Troussaint, directeur du service de santé du 12e corps d'armée. — *Adjoint.* — M. le méd. principal de 2e cl. Duval, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers.

Centre de Lyon. — *Directeur technique.* — M. le méd. principal de 1re cl. Berthier, médecin chef de l'hôpital militaire de Belfort. — *Adjoint.* — M. le méd. principal de 2e cl. Brousse, médecin chef de l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon.

Centre de Montauban. — *Directeur technique.* — M. le méd. principal de 1re cl. Salètes, médecin chef de l'hôpital militaire de Bordeaux. — *Adjoint.* — M. le méd.-major de 1re cl. Dupeyron, médecin chef des salles militaires de l'hospice de Montauban.

Questionnaire à adresser aux syndicats médicaux. — Le Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens, dans la séance du 15 mars 1911, a décidé que le questionnaire suivant serait adressé aux Syndicats médicaux :

Nombre de médecins dans votre circonscription médicale.
Augmentation depuis vingt ans.
Diminution depuis vingt ans.
Population.
Augmentation depuis vingt ans.
Diminution depuis vingt ans.
Y a-t-il pléthore médicale dans votre circonscription?
Etes-vous partisan de la limitation ?
Comment la réaliser ?
Concours à l'entrée.
Examens au début.
Examens pendant les études.
Examens avant les études. Quels baccalauréats ?
Observations personnelles.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin.

La lutte sociale anti-tuberculeuse.

Je voudrais aborder aujourd'hui un sujet qui sort un peu de nos préoccupations habituelles : la lutte sociale anti-tuberculeuse. Bien que cette question soit en dehors des actes médicaux de tous les jours, elle n'en mérite pas moins notre attention. Le médecin est, en effet, sans cesse consulté par les autorités sur les mesures à prendre contre la tuberculose. On lui demande d'établir des projets de réglementation ; on lui demande son opinion sur la valeur de tel moyen préconisé par les Revues, les Congrès. Il doit être apte à répondre sur ces différents points et il faut qu'il les connaisse. Je me suis décidé, pour ce motif, à vous en parler. Je ne puis, vu l'étendue de la question, que vous exposer un programme de la lutte anti-tuberculeuse, programme où vous pourrez classer tout ce que vous apprendrez là-dessus.

L'importance de la lutte sociale contre la tuberculose vous apparaîtra nettement, si vous considérez les résultats déjà obtenus. Grâce à elle, en vingt ans, la mortalité par tuberculose a baissé, en France, de 28 p. 100. Cette question de la lutte anti-tuberculeuse n'est pas très ancienne. Elle fut amorcée, en 1887, par M. Armaingaud, et il convient de rendre justice à son promoteur. M. Armaingaud venait de province et ses premiers efforts demeurèrent infructueux. Les années passèrent. Un mouvement s'étant créé à l'étranger, un groupe se constitua, en France, et une commission spéciale fut instituée en 1897 par Waldeck-Rousseau. Insuffisamment documentée, elle aboutit à des conclusions que l'évolution ultérieure des idées détruisit dans la suite. Survint le congrès de Berlin, en 1899. L'Allemagne y montra toute son organisation anti-tuberculeuse, ayant pour base, pour pivot, le sanatorium. Quand le groupe directeur français vit à Berlin ce système, il fut profondément enthousiasmé. Il voulut l'instituer en France et prépara un projet visant à couvrir notre pays de sanatoriums. Ce projet impliquait l'obligation pour toutes les communes d'avoir un sanatorium. Il comportait une dépense immédiate de 500 millions et inscrivait au budget une somme de 200 millions pour l'entretien desdits sanatoriums. Devant l'importance de ces sommes le projet échoua.

C'est alors que, dans la commission officielle, une scission se produisit. Une minorité abandonna le système allemand et M. Grancher se rallia à cette minorité. La lutte d'opinions qui s'ensuivit dura jusqu'en 1907, époque où l'accord se fit. Le sanatorium fut remis à sa place, à son rôle d'éducateur et de moyen de traitement de certains tuberculeux au début. Depuis, la commission permanente a travaillé et réalisé un grand nombre de progrès. Aujourd'hui, nous sommes en mesure de présenter un programme de lutte anti-tuberculeuse.

Ce programme comprend deux ordres de questions, suivant que la tuberculose est envisagée dans le milieu personnel ou dans le milieu collectif. Dans le milieu personnel, il offre deux parties :

1° La défense personnelle du sujet contre lui-même, son terrain.

2° La défense personnelle contre les risques extérieurs.

Dans le milieu collectif, il offre trois parties :

1° La préservation des sujets non atteints

2° La défense contre les sujets atteints ;

3° Les devoirs de la collectivité vis-à-vis des tuberculeux.

Ces notions générales posées, je vais aborder successivement chacune de ces parties.

Jusqu'en 1905, la notion de contagion a dominé toute la lutte sociale anti-tuberculeuse. On ne s'occupait pas du terrain. Or, pour devenir tuberculeux, il faut deux choses : le bacille et le terrain. C'est seulement depuis la conférence de Bruxelles, en 1910, que tout le monde s'est entendu sur l'importance du terrain. Le rapport de M. Landouzy, à Bruxelles, basé sur l'expérimentation, ne laisse aucun doute là-dessus. Il est aussi des observations cliniques qui valent l'expérimentation. Je puis vous en citer trois. Il existe à Amélie-les-Bains un hôpital militaire où l'on envoie des tuberculeux. A un moment donné, on constata, dans le personnel infirmier, une proportion considérable de tuberculeux. Sans se préoccuper des bacilles, on fit simplement un choix d'infirmiers robustes, qui furent bien nourris. Depuis lors, 425 infirmiers passèrent dans cet hôpital sans qu'un seul ait été atteint de tuberculose.

Autre exemple : en 1885, la morbidité dans les casernes de sapeurs-pompiers de Paris subit une augmentation progressive et considérable. En 1886, elle doubla sur 1885. En 1887, elle doubla sur 1886. En 1888, elle doubla sur 1887, si bien qu'en quatre ans, elle était devenue huit fois plus considérable. Une commission chargée de recher-

cher un remède à cet état de choses conclut à l'insalubrité des locaux, et demanda un crédit de 15 millions pour leur réfection. M. Collin, appelé à son tour à étudier la question, remarqua que le nouveau matériel des sapeurs-pompiers obligeait les hommes à un travail supplémentaire. Il fit diminuer les heures de travail, il n'admit que des jeunes gens choisis et il fit allouer, comme compensation à la dépense de force, 40 centimes par jour et par homme pour renforcer l'ordinaire. Dès l'année suivante, la morbidité avait baissé de 50 % pour tomber bientôt au-dessous de la morbidité de 1885. A la caserne, rien n'avait été changé, sauf le terrain humain.

Troisième exemple. Brouardel a démontré, par ses autopsies de la Morgue, que l'on trouvait des cicatrices de tuberculose dans 80 pour 100 des cas, chez des individus ayant succombé à des maladies autres que la tuberculose. J'ai moi-même, à l'Hospice des Ménages, fait une constatation analogue avec une proportionnalité de 75 %. Cela veut dire que tous ces gens ont été contaminés, mais que chez eux le germe n'a pas trouvé un terrain favorable.

Aussi, la lutte sociale anti-tuberculeuse ne peut-elle réussir que si elle poursuit à la fois le terrain et le bacille. Nous avons des moyens d'agir dans les deux sens.

On sait aujourd'hui que le terrain tuberculisable est un terrain qui offre un excès de destruction avec une insuffisance de reminéralisation.

Considérons la défense personnelle du sujet dans la famille. Le sujet peut devenir tuberculeux par hérédité. On modifiera le terrain prédisposé par hérédité au moyen de l'éducation, de l'endurcissement, de la gymnastique respiratoire, de l'alimentation bien réglée, en régularisant la respiration (ablation de végétations adénoïdes en particulier). De même, les enfants faibles, malingres, retireront bénéfice de certaines institutions, des colonies scolaires de vacances par exemple. D'autres conditions de terrain tiennent à certains états morbides, coqueluche, rougeole, fièvre typhoïde. On prendra, après ces affections, des précautions spéciales. Enfin, l'alcoolisme, les fatigues, les veilles, les excès devront être amendés.

Pour se défendre contre les risques de contagion venant d'autrui, il faut d'abord connaître ces risques. Ce sera là le rôle de l'éducation à l'école. On y enseignera la propreté, celle des mains, des ongles entre autres.

Une autre question est celle de l'habitation, qui sera propre, aérée, balayée au linge humide.

L'alimentation doit également être envisagée. On peut être contaminé par les aliments à bacilles, tels les aliments des étalages ou des petites voitures couverts de poussière. Les vieux journaux, avec lesquels on enveloppe les produits alimentaires, le lait, etc., peuvent être bacillifères.

Pour lutter contre la contagion familiale, on séparera les enfants sains des malades. Les parents laissent aller leurs enfants lorsqu'ils savent qu'ils seront bien soignés. L'œuvre de Grancher, qui prend les enfants des milieux malades pour les envoyer dans des milieux sains de la campagne, est des plus utiles. Malheureusement, si bien dotée soit-elle, cette œuvre n'est pas assez riche. Elle peut entretenir 400 enfants, il lui faudrait en entretenir 4000. Quand il est impossible de séparer les enfants, on évitera les contacts entre eux en prenant toutes les mesures possibles.

J'arrive à la tuberculose envisagée dans le milieu social. Considérons d'abord la préservation des sujets non atteints. Toujours, ici, nous avons à considérer deux choses, le terrain et la contagion. Pour préserver les sujets non atteints, nous avons des lois, mais on ne les applique pas. Que peut-on faire pour relever le terrain ? Une série de choses : le développement des sociétés de prévoyance, de coopération, des cantines scolaires. A quoi servent les cantines scolaires à ce point de vue ? Pour en juger, allez en Normandie. Vous verrez que l'on donne aux enfants qui se rendent à l'école une petite bouteille d'alcool pour leur repas. La cantine scolaire empêche cela. J'ai vu, à Dijon, les cantines scolaires réduire la morbidité infantile par tuberculose.

On prendra à l'Allemagne ce qu'elle a de bon, les assurances obligatoires, contre le chômage, l'invalidité.

On devient tuberculeux par l'habitation. Nous en avons un exemple remarquable dans l'Angleterre. L'Angleterre fut, jusqu'en 1860, un pays où la mortalité tuberculeuse était énorme. A cette époque, le gouvernement anglais fit passer un act, une loi, d'après lequel, quand la mortalité d'un quartier dépassait le taux de la mortalité générale, ce quartier devait être assaini d'office. L'application de cette mesure produisit des résultats tels qu'en 1900, la mortalité par tuberculose avait diminué de 40 % et qu'aujourd'hui l'Angleterre tient la tête comme minimum de mortalité tuberculeuse.

En France, que pourrons-nous faire ? En ce moment, se développent des sociétés d'habitations économiques confortables. L'habitation confortable éloigne du cabaret. Nous avons, d'autre part, une loi — la loi de 1902 — analogue de la loi anglaise sur la salubrité des habitations. Seulement, cette loi n'est guère appliquée, pour des raisons électorales.

L'hygiène des habitations doit se compléter par l'hygiène des locaux publics. Or, c'est certainement dans les locaux de l'Etat que l'on trouve l'hygiène la moins développée. Il n'y a qu'à entrer dans certains bureaux de poste pour en être pénétrés.

Une manière de salubrité consiste à quitter

les milieux urbains pour les milieux suburbains. Enfin, il serait utile d'entourer les villes d'une zone sanitaire, par exemple, pour Paris, d'un cercle de jardins remplaçant les fortifications.

On devient aussi tuberculeux par les conditions du travail. Nous sommes, là-dessus, très armés, grâce à la loi de 1894 sur le travail des enfants dans les manufactures, loi faite sur le modèle de la loi suédoise. De même pour l'armée. Si la mortalité tuberculeuse est plus faible dans l'armée allemande que dans la nôtre, cela tient à ce que l'Allemagne, ayant beaucoup plus de conscrits, choisit ses recrues plus vigoureuses.

On devient tuberculeux par alcoolisme. La réglementation des cabarets serait une mesure souhaitable. Plus facile à réaliser est l'éducation anti-alcoolique à l'école. Sans prohiber toutes les boissons alcooliques, on proscrira l'alcool, que l'on différenciera des boissons dites hygiéniques, vin, bière, cidre, qui peuvent être prises en proportions convenables.

Un des meilleurs moyens de combattre l'alcoolisme est l'institution des jardins ouvriers, due à l'abbé Lemire. La municipalité de Dunkerque consacrait aux indigents une assez forte somme d'argent. L'abbé Lemire eut l'idée d'employer cet argent à louer des terrains à bon compte autour de la ville. Les terrains furent lotis, et l'on dit aux indigents : « Au lieu d'argent, vous aurez un jardin ». Le père, en sortant de son travail, y est allé ; puis la mère et les enfants. On y construisit des maisonnettes, au grand désespoir des marchands de vin de Dunkerque. Une Société a ainsi fondé plus de 16000 jardins ouvriers dont quelques-uns aux environs de Paris, à Sceaux, à Issy-les-Moulineaux. J'allai un jour, avec l'abbé Lemire, visiter ces jardins à Issy. J'y vis une famille pauvre, chétive, s'y installer. Deux ans après, repassant au même endroit, j'y trouvai la même famille, cette fois en bonne santé. Elle avait élevé sur le jardin une petite tonnelle. Je m'adressai à la femme et lui demandai ce que rapportait le jardin. « En moyenne, 250 francs de légumes, répondit l'abbé Lemire ». « Beaucoup plus, ajouta la femme, si j'y ajoute l'argent que mon mari ne dépense plus au cabaret ».

Il me restera, pour terminer cette question de la lutte sociale anti-tuberculeuse, à vous parler de la défense sociale contre les sujets atteints et des devoirs ollectivité vis-à-vis des tuberculeux.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Appareil à immobilisation pour les fractures compliquées.

M. L. *Brisset*, interne des Hôpitaux de Paris, décrit dans *Paris Médical* un appareil à immobilisation pour fractures compliquées des membres, qu'il a imaginé à l'occasion d'une fracture compliquée de l'avant-bras par écrasement entre deux tampons.

« En l'espèce, il s'agissait, chez le malade, d'une fracture compliquée de l'avant-bras intéressant les deux os au quart inférieur avec deux plaies, l'une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure s'étendant sur presque toute la largeur de l'avant-bras. Le nettoyage du foyer avait amené à enlever la presque totalité de l'extrémité inférieure du radius écrasé et réduit en une bouillie d'esquilles ; la contention de la main et de l'avant-bras était particulièrement difficile à réaliser.

« Pour obtenir l'immobilisation, on a fait couder deux baguettes plates en zinc galvanisé, larges d'un travers de doigt et demi, épaisses de 0 m. 003 de façon à former *deux anses superposées aux bords radial et cubital* de l'avant-bras ; puis, après avoir fait quelques tours de bande plâtrée autour de l'extrémité supérieure de l'avant-bras d'une part, de la main et du poignet d'autre part, on y a incorporé deux tiges rigides, que l'on a fini de fixer en complétant le *bracelet* et le *gant* plâtrés.

« De la sorte, on a obtenu une immobilisation parfaite des deux segments au-dessus et au-dessous de la fracture, permettant l'accès de toute la périphérie de l'avant-bras entre les deux bracelets et réalisant une commodité incontestable pour la facilité des pansements sans mobilisation des fragments. »

Le pansement alvéolaire après l'extraction des dents

M. le Dr G. Mahé a consacré dans la *Clinique* une étude détaillée aux soins minutieux que nécessite, pour l'alvéole, l'extraction dentaire par la méthode de l'insensibilisation préalable à la cocaïne et à l'adrénaline.

Ces substances, la dernière surtout, empêchent l'hémorrhagie, mais contrarient la cicatrisation et, par suite, favorisent l'infection rapide ; de là viennent la fétidité de l'haleine et les douleurs assez vives après l'extraction dentaire.

L'anesthésie doit être obtenue par la novocaïne en solution à 2 p. 100, préparée extemporanément ; à la novocaïne on adjoint l'adrénaline, une goutte de la solution à 1/1000 par centimètre cube, ce qui, pour deux centigrammes de novocaïne, représente 0,00005 d'adrénaline (dose maxima).

Cette dose maxima demande à être définie. On devra employer la dose *maxima non par*

centimètre cube, mais par *territoire dentaire* opéré.

Exemple : Si on juge nécessaire pour assurer l'anesthésie dans l'extraction d'*une* dent d'injecter *trois* centimètres cubes de solution de novocaïne à 2 p. 100 ces *trois* centimètres cubes ne devront contenir que 0 gr.00005 d'adrénaline. Mais pour l'extraction de *trois* dents voisines, les *trois* centimètres cubes nécessaires pourraient sans inconvénient contenir le triple ou même le double (ce qui serait suffisant) de cette dose.

M. Mahé, n'ayant pu réussir à provoquer un caillot artificiel formant obturateur de l'alvéole, a imaginé un pansement systématique de l'alvéole aussitôt après l'avulsion dentaire. Après quelques essais, l'auteur s'est arrêté à la formule suivante :

Caséine formolée	20 gr.
Peroxyde de magnésium	}
Charbon végétal pulv	} *ââ* 5 gr.
Orthoforme	}
Vanilline	1 gr.
Saccharine	0 gr. 50

Le mode d'emploi est simple.

Après une avulsion dentaire convenablement faite, l'alvéole est d'abord irrigué, comme il est d'usage, avec de l'eau bouillie tiède additionnée d'eau oxygénée (une cuillerée à potage pour un verre).

Ce lavage terminé, l'alvéole est *bourré* avec le mélange ci-dessus qui forme une poudre mobile, facile à manipuler. Cette poudre est poussée dans le fond de l'alvéole avec de petits tampons d'ouate stérilisée qui, naturellement, ne doivent pas être laissés en place. La cavité alvéolaire doit être remplie aussi parfaitement que possible. Pour les dents multiradiculaires, chaque alvéole doit être rempli séparément.

A la mâchoire inférieure, la manœuvre est facile. On dépose la poudre avec une spatule dans la cavité alvéolaire et on l'y tasse avec les tamponnements d'ouate. Pour la mâchoire supérieure, on s'aide d'une petite cuillère avec laquelle on présente la poudre à l'orifice alvéolaire où les tamponnements l'introduisent : il faut, d'ailleurs, consentir à en répandre un peu dans la bouche, ce qui est sans inconvénient.

Ce *pansement alvéolaire* terminé, le patient doit *s'abstenir de lavages buccaux pendant deux heures.* Ce sera seulement après ce laps de temps qu'il pourra commencer les irrigations usuelles.

Les résultats ont été des plus satisfaisants.

L'albumino-réaction des expectorations

La présence d'albumine dans certaines expectorations et la valeur clinique de ce symptôme, bien mises en lumière par MM. Roger et Lévy-Valensi, ont suscité déjà un certain nombre de travaux importants.

M. Lecaplain, de Rouen, a réuni dans la *Presse médicale* un certain nombre d'observations de tuberculose pulmonaire, de pneumonie, de sclérose pulmonaire, de syphilis, de bronchite avec emphysème où la recherche de l'albumino-réaction a été pratiquée avec soin.

« De ses expériences, l'auteur croit pouvoir conclure que dans toutes les formes de tuberculose *en évolution,* formes banales, formes bronchitiques, formes à tendance sclérosante, le résultat est toujours positif.

« Comme, d'autre part, les recherches du professeur Roger et de quelques autres ont prouvé que la tuberculose guérie ne présentait pas de réaction albumineuse, on est en droit de dire qu'un résultat négatif élimine toute idée de tuberculose en évolution, c'est-à-dire de tuberculose vraie.

« L'albumino-réaction présente donc sur les différentes réactions obtenues avec les tuberculines cet avantage de déceler une tuberculose non pas anatomique et latente, mais existant cliniquement, ce qui en réalité seul importe.

« Dans la pneumonie du sommet, si souvent suspecte, il est intéressant de noter que l'albumino-réaction a été trouvée positive chez un individu qu'on avait des raisons de croire tuberculeux, tandis qu'elle est restée négative chez un éthylique ayant même localisation.

« Dans les cas où le diagnostic de syphilis du poumon paraîtra devoir être porté, une albumino-réaction positive devra faire songer à une tuberculose surajoutée.

« Enfin, les cas négatifs ont, sans conteste, une valeur considérable ; ils permettent d'éliminer la tuberculose, ainsi que le prouvent l'observation concernant un homme névropathe avec entérocolite muco-membraneuse et l'observation d'une femme à bronchite et splénomégalie où l'albumino-réaction négative a permis d'exclure le diagnostic de tuberculose de la rate. »

REVUE DES CONGRÈS

IIIe Congrès de physiothérapie

Pied plat douloureux. — Fibrome utérin. — Entéro-colite muco-membraneuse. — Syringomyélie.

Le IIIe *Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française* s'est tenu à Paris les 18, 19 et 20 avril. Les questions suivantes avaient été mises à l'ordre du jour : le pied plat douloureux, le fibrome utérin, l'entéro-colite muco-membraneuse et la syringomyélie.

M. Mencières (de Reims) parle des *indications respectives des méthodes physiques et des interventions chirurgicales dans le pied plat valgus douloureux.*

Les indications reposent sur les théories invoquées pour expliquer le pied plat valgus douloureux (théories musculaire, ligamenteuse, osseuse, articulaire). Pour l'auteur, la tarsalgie des adolescents est une maladie, non du système osseux seul, mais de l'appareil locomoteur entier, os, articulations, ligaments, muscles eux-mêmes. A la première période, il y a lieu de

conseiller une profession n'exigeant pas la station debout prolongée, de soutenir la voûte plantaire par une bottine orthopédique et de fortifier les muscles par l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, la mécanothérapie, la bicyclette, la gymnastique orthopédique. A la deuxième période, lorsque la contracture est permanente, la physiothérapie devient insuffisante. Alors, intervient la chirurgie orthopédique, la fixation du pied — après correction de sa position vicieuse, sous anesthésie locale ou générale — dans un appareil plâtré pendant deux mois environ. A la troisième période, lorsqu'il y a pied bot irréductible, les interventions sanglantes sont inévitables. Quand la chirurgie est intervenue, la physiothérapie recouvre ses droits : c'est elle qui rétablit la fonction et évite la récidive.

M. René MESNARD envisage le traitement prophylactique du pied plat valgus à une période où l'affection est plutôt ébauchée que confirmée. Certaines attitudes (abduction forcée des pieds, position hanchée), favorisant le valgus et l'aplatissement du pied, devront être évitées. Par contre, certains exercices seront à recommander, par exemple l'équilibre sur la pointe des pieds en se soulevant et en s'abaissant sur cette pointe des pieds plusieurs fois de suite.

— MM. LAQUERRIÈRE et GUILLEMINOT étudient l'*électrothérapie et la radiothérapie dans le traitement du fibro-myome de l'utérus.*

Les premiers essais d'électrothérapie du fibrome furent faits par Tripier, et c'est Apostoli, qui, imaginant une méthode spéciale et y attachant son nom, conquit aux courants électriques droit de cité dans l'arsenal de la thérapie gynécologique.

On a utilisé les courants dans des buts différents : pour produire une action vaso-constrictive, ou une action caustique, ou une action à la fois vaso-constrictive et caustique. La faradisation à chocs espacés en séances courtes (3 minutes) est un hémostatique de puissance inappréciable. Le courant continu, en application vaginale (à la condition qu'une épaisse couche de coton hydrophile mouillé entoure l'électrode) a une forte action excito-motrice sur la fibre lisse de l'utérus. Porté directement dans la cavité utérine au moyen d'une tige métallique nue, le courant continu est plus actif encore, et il produit d'autre part, au niveau de la muqueuse, des réactions chimiques électrolytiques qui ont pour résultat une cautérisation de cette muqueuse.

L'application de la radiothérapie à la cure des fibromes est due à Foveau de Courmelles, qui soumit avec succès, dès 1903, quelques cas de fibro-myomes à cette thérapeutique. A l'heure actuelle, tout en faisant les réserves que comporte une médication encore nouvelle, il semble que la radiothérapie agisse surtout sur le volume du fibrome, qu'elle diminue plus ou moins notablement.

MM. Laquerrière et Guilleminot concluent ainsi leur travail :

Contre le symptôme hémorragie, comme médication d'urgence, il y a lieu d'employer le courant intra-utérin (Apostoli), ou, si l'on n'est pas sûr que le courant intra-utérin sera bien toléré, la faradisation vaginale. La radiothérapie ne constitue pas un traitement immédiat de l'hémorrhagie. Cependant, Oudin a obtenu de bons résultats des tubes de radium dans la cavité intra-utérine.

Contre le fibrome lui-même, on emploiera la faradisation à chocs espacés, et, de préférence, le méthode d'Apostoli, du courant continu intra-utérin. La radiothérapie ne doit pas faire délaisser jusqu'à présent les méthodes électriques plus anciennes. Elle ne paraît réellement indiquée et préconisable que pour les fibromes aux environs de la ménopause, à partir de 45 ans, et surtout le fibrome avec ménopause retardée.

M. BRALANT expose quelques considérations sur la *kinésithérapie dans le traitement des fibromes.*

Le massage et la gymnastique spéciale agissent à titre de décongestionnants de l'utérus. La gymnastique spéciale consistera en mouvements de flexion et d'extension des bras, en gymnastique des abducteurs fémoraux, qui produisent une dérivation du courant sanguin et une décongestion de l'utérus.

M. René de LANGENHAGEN (de Luxeuil) parle de la *cure hydrique des fibromes* et des indications de la douche gynécologique de Luxeuil.

— M. MILLON présente un rapport sur la *diététique de l'entéro-colite muco-membraneuse.*

Les farineux occupent une place importante dans cette diététique. On sait le rôle qu'ils jouent dans le traitement de M. Combe, de Lausanne. Ce que recherche principalement M. Combe, c'est l'action anti-putride qu'il reconnaît aux farineux sur les bactéries protéolytiques, grâce à l'acide lactique mis en liberté tout le long du tube digestif. Le régime comprendra le lait, les bouillies, les purées de pommes de terre ou de légumineuses, les pâtes, etc.

M. LANEL signale les bons effets de la *kinésithérapie dans la cure de l'entérite muco-membraneuse.* M. DESPLATS montre l'action de l'*électrothérapie* dans cette même affection, et M. FROUSSARD celle des traitements hydrominéraux (Plombières, Châtel-Guyon, Vichy, Pougues, Vals).

— M. DUHAIN (de Lille) présente un rapport sur le *traitement radiothérapique et radiumthérapique de la syringomyélie.*

La première observation de syringomyélie traitée par la radiothérapie est due à MM. Oberthür et Delherm et fut présentée en 1905 par le Prof. Raymond dans une de ses cliniques. Depuis, différents travaux ont paru sur la question.

Les résultats du traitement radiothérapique de la syringomyélie ont été très favorables. Les troubles moteurs sont améliorés manifestement dans presque tous les cas. Les malades se sentent plus forts et retrouvent en même temps la

dextérité dans les mouvements les plus délicats. Pour les troubles sensitifs, les effets quoique, appréciables, ne sont pas aussi accusés, aussi brillants. Les troubles vaso-moteurs et trophiques rétrocèdent également. Il n'en est pas de même, malheureusement, de l'atrophie musculaire : sauf pour les muscles très légèrement atteints, on a peu de chose à attendre du traitement.

L'auteur conclut que la radiothérapie peut être considérée actuellement comme le seul traitement curatif de la syringomyélie. Evidemment, la radiothérapie est impuissante à régénérer les portions détruites de la moelle, mais elle intervient très efficacement sur les lésions en évolution et le résultat sera d'autant plus parfait que le traitement aura été plus précoce.

Quant à l'action de la radiumthérapie dans la syringomyélie elle offre les plus grandes analogies avec celle des rayons X.

MM. Delherm et Kouindjy exposent les indications et les résultats des *traitements électrothérapique et kinésithérapique dans la syringomyélie.* L'électrothérapie et la kinésithérapie sont deux moyens complémentaires utiles à ajouter aux applications de rayon Roëntgen. Par la radiothérapie on peut agir sur le gliome, en empêcher l'évolution. L'électrisation permettra de régénérer dans une certaine mesure les muscles atteints dans leur vitalité. Le massage et les exercices de gymnastique appropriés amélioreront l'atrophie musculaire, les déviations de la colonne vertébrale, etc.

P. L

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'insomnie chez les neurasthéniques

L'insomnie des neurasthéniques est particulièrement rebelle et il est nécessaire que le médecin sache s'adresser à la psychothérapie, employer des mesures d'hygiène, régler l'alimentation et formuler l'hydrothérapie avant d'avoir recours au traitement médicamenteux.

Psychothérapie

Le traitement moral joue en effet, quand il est bien conduit, un très grand rôle dans la guérison. Mais il est indispensable avant de le commencer d'être sûr de la confiance du malade.

On peut alors le rassurer et lui faire entrevoir qu'avec de la patience il peut arriver à modifier un état qu'il a en général jusque-là très mal soigné.

Mesure d'hygiène : diététique et hydrothérapie

Il sera bon également de surveiller l'hygiène et l'alimentation du malade. C'est ainsi qu'on lui recommandera de dormir la tête haute dans une chambre silencieuse et bien aérée, d'avoir un lit ni trop dur ni trop moelleux, d'être ni trop ni trop peu couvert, de ne pas fumer dans la pièce, enfin, de ne pas conserver de fleurs, la nuit, dans sa chambre à coucher.

Au point de vue alimentaire, on supprimera tous les excitants, les condiments, le thé, le café, l'alcool, les viandes conservées, fumées, salées, le gibier, la charcuterie, les légumes crus, les salades.

Si le malade peut se déplacer on lui conseillera une station d'altitude moyenne et on lui prescrira une série de douches tièdes et même froides.

Le bain électrique et en particulier le bain électrostatique positif donne souvent d'excellents résultats.

Malheureusement dans certains cas tous ces traitements échouent et force est alors de recourir aux traitements médicamenteux.

Traitement médicamenteux

Parmi les agents spéciaux les plus recommandables, il faut citer : la *paraldéhyde.* Elle présente en effet l'avantage de ne pas produire d'accidents cardiaques graves, de n'avoir aucune action désagréable sur le tube digestif.

On peut formuler par exemple, selon Yvon :

Paraldéhyde	2 gr.
Teinture de vanille	XX gouttes.
Sirop de laurier-cerise	30 gr.
Eau de tilleul	70 gr.

à prendre en deux fois.

Toutefois la paraldéhyde a contre elle son goût et son odeur. Il est quelques sujets chez lesquels elle provoque de la dyspnée : enfin, son action n'est pas toujours fidèle. C'est pourquoi certains auteurs lui préfèrent le *sulfonal.*

Sulfonal................ 0.50 c. en cachets

Prendre un à trois cachets après les repas avec une tasse bien chaude d'infusion de feuilles d'oranger. Mais le sulfonal ne procure le sommeil que deux heures après son ingestion et, de plus, il se produit, à la suite de son absorption, chez quelques malades, de la cyanose.

Aussi quelques médecins préfèrent-ils le *trional,* dont l'action est plus rapide, 15 à 20 minutes après.

On le prescrit en cachets, 1 à 2 gr. avec une tisane chaude.

Quand ces moyens échouent, on est autorisé à employer le *bromure de potassium,* par exemple :

KBr	16 gr.
Eau distillée	40 gr.
Sir. d'éc. d'orang. amèr. q. s. p[r]	250 cc.

2 à 4 cuillerées à soupe de deux en deux heures.

Ou bien le *chloral* lorsque le sujet ne présente ni maladie de cœur ni troubles gastriques.

On prescrit : sirop de chloral 1, 2, ou 3 cuillerées dans le courant de la nuit.

Ou bien :

Chloral	4 gr.
Lait	150 cc.
Jaune d'œuf	N° 1

dans un lavement à garder.

On peut associer le chloral au bromure.

Le *veronidia*, par exemple, constitue une excellente association. On le prescrit à la dose de 1 à 3 cuillerées à bouche par jour dans de l'eau.

En tout cas, il importe de varier les médicaments afin d'éviter l'accoutumance. C'est pourquoi on peut aussi prescrire du *bromidia*, 1/2 à 1 cuillerée à café toutes les heures ; de l'*hypnal*, 1 à 3 gr. en cachets, potion, sirop ; du bromure de *camphre*, 30 à 40 cent.; de l'*hypno-pirine*, 0,25 0, 50 c. ; de l'*hédonal*, 2 à 3 gr.

Enfin, un hypnotique très peu toxique et excellent, c'est l'*uréthane*, que l'on peut formuler ainsi :

Uréthane	3 à 4 gr.
Sirop de fleur d'oranger	4 gr.
Eau	100 gr.

(Vigier).

à prendre en une seule fois.

Dr P. SIGURET.
(Saint-Nectaire).

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

VII. — Technique des prélèvements dans les maladies vénériennes.

(*Suite.*)

Blennorrhagie.—Etaler une gouttelette de pus sur une lame comme il a été dit pour le sang (1), en présentant une lame propre à l'orifice du méat urinaire chez l'homme, en prélevant la goutte avec un fil de platine flambé ou tout autre tige flambée chez la femme.

Préparer quatre ou cinq lames semblables, fixer en passant trois fois, lentement, dans la flamme de la lampe à alcool si on n'a pas de bec Bunsen à sa disposition.

Chancre mou. — Nettoyer et déterger d'abord la lésion par lavage à l'eau bouillie. Préparer d'autre part des lames bien propres passées à l'alcool flambant, c'est-à-dire sur lesquelles on aura fait flamber quinze à vingt gouttes d'alcool à 90°. Laisser sécher et refroidir les lames, La surface du chancre ayant été bien détergée, prendre une lame et en appliquer la face, à peu près au milieu de la moitié que ne tiennent pas les doigts, sur le chancre. Préparer ainsi deux ou trois lames ; puis préparer encore autant de lames avec le produit du raclage ou de l'expression du chancre. On raclera avec une spatule flambée ou avec le dos d'un bistouri flambé ou tout instrument métallique improvisé pouvant être flambé. Etaler le produit du raclage sur les lames.

Fixer à la chaleur.

Chancre mixte. — Dans un certain nombre de cas, on ne peut cliniquement dire s'il s'agit d'un chancre mou ou d'un chancre syphilitique. Il y a encore quatre ou cinq ans, la question ne pouvait être tranchée que par le traitement d'épreuve (injection intra-musculaire de calomel). Il arrive aussi que le chancre est un produit d'infection mixte par le bacille de Ducrey et le spirochète de Schaudinn. Souvent même, il y a plusieurs lésions locales, voisines les unes des autres, et recouvertes toutes par une masse purulente plus ou moins coagulée. L'état des ganglions régionaux ne peut fournir aucun indice.

Déterger avec soin les lésions à l'eau bouillie (n'user d'aucun antiseptique même faible, non plus que d'eau stérilisée, celle-ci contenant souvent des traces d'acide), faire une dizaine ou une douzaine de lames comme il vient d'être dit ci-dessus. On ne fera de pansement antiseptique qu'après ce prélèvement ; les antiseptiques font disparaître de la surface des lésions le spirochète pâle. La détersion préalable aura eu pour effet d'éloigner, dans la mesure du possible, les microbes d'infections surajoutées.

Fixer par la chaleur.

Syphilis. — Même technique en présence du chancre. Le chancre était supposé simple, on pourra faire deux ou trois lames sans détersion préalable, puis cinq ou six après détersion et en exprimant le chancre pour en faire sourdre autant de sérosité que possible. Fixer par la chaleur.

A la rigueur, ce prélèvement pourra être négligé si l'on fait un prélèvement de sang. Aujourd'hui que nous savons que le spirille de la syphilis se répand dans tout l'organisme par la voie sanguine, il y a lieu de vérifier le diagnostic clinique toujours par la réaction de Wassermann. Pour exécuter cette réaction, le laboratoire a besoin d'environ dix centimètres cubes de sang du malade. Ce prélèvement sera fait à n'importe quelle période de la maladie que le patient se présente. Il est particulièrement nécessaire, dans le cas où l'on décide de traiter le malade par le 606, la réaction de Wassermann constituant la pierre de touche du traitement. Dans les cas douteux, cette réaction est encore plus précieuse.

Prélèvement : choisir une veine qui paraisse bien accessible, en général, une de celles du pli du coude (chez la femme, celles du cou-de-pied sont parfois plus faciles à atteindre). Faire coucher le malade, préparer le bras comme pour la saignée. Faire bouillir d'autre part, une seringue en verre de vingt centimètres cubes avec deux aiguilles assez fines, à biseau bien piquant mais taillé court (avec les biseaux longs, on risque très souvent de traverser la veine de part en part, Aseptiser la peau comme pour une opération chirurgicale ; puis, la veine ayant été rendue saillante par la bande qui entrave la circulation du retour et le décubitus du membre, saisir la se-

(1) Voir : *Concours médical*, n° 6, 1911, page 130.

ringue, le piston étant poussé à fond, armée de son aiguille et piquer la veine ; lorsque la ponction est couronnée de succès, le sang arrive déjà de lui-même dans le fond de la seringue ; aspirer lentement. Retirer seringue et aiguille lorsqu'on a recueilli dix centimètres cubes de sang. Pansement aseptique sur le bras du patient.

Rejeter le sang dans un tube à essai stérilisé, bouché par un bouchon de caoutchouc également stérile et fermant exactement le tube. Placer celui-ci debout à la glacière ou dans un endroit très frais en attendant son envoi au laboratoire. Il va de soi qu'il y a urgence à faire cet envoi. Etiquette portant les indications nécessaires.

Le sang peut être prélevé par ventouse. Dans ce cas l'intérieur de la ventouse aura été flambé à la flamme de la lampe à alcool. Cela est souvent nécessaire chez les femmes dont les veines ne sont pas aisément accessibles, mais le transvasement du sang, lorsque la ventouse chargée de sang ne peut pas être donnée directement au laboratoire, est difficultueux, et l'on risque beaucoup à ce moment de le contaminer.

D'autres prélèvements peuvent être faits dans la syphilis sous forme de biopsies, mais nous reviendrons plus tard sur ce sujet lorsque nous indiquerons la technique de ces biopsies.

Dr René MARTIAL.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Traitement des épididymites blennorrhagiques par la ponction

Fréquemment les épididymites blennorhagiques ont une évolution lente, ce qui serait dû au grand nombre des suppurations épididymaires dans la blennorrhagie, suppurations qui ne s'ouvrent pas toujours au dehors, mais le plus souvent sont résorbées sur place. Dès lors, pourquoi ne pas traiter systématiquement toutes les épididymites par la ponction, comme de simples abcès ?

Sur 20 malades de ce genre examinés au point de vue de la présence possible d'un abcès, M. CHARRIER a trouvé 10 fois des suppurations épididymaires. (*La Province médicale*, 1910.)

Certes ces abcès ne se traduisent pas par de la fluctuation ; l'épididyme est simplement augmenté de volume, et il s'étale sur le bord postérieur du testicule, qu'il déborde à son pôle inférieur et sur les côtés. Ce bourrelet offre à la palpation la sensation d'un corps dur, résistant, non dépressible, noueux par endroits et extrêmement douloureux.

La ponction doit porter au point qui est le plus douloureux, soit spontanément, soit à la pression. On utilise une seringue en verre, de 2 centimètres cubes, analogue à celle de Lüer ; l'aiguille en platine iridié mesure 5 cent. de longueur. Une désinfection minutieuse de la peau du scrotum est faite tout d'abord ; le testicule malade est pris de la main gauche, la peau du scrotum fortement tendue au-dessus du noyau induré que l'on veut ponctionner, puis l'aiguille est enfoncée profondément d'un coup sec au point douloureux.

Le pus vient rarement du premier coup ; ce n'est qu'en aspirant plusieurs fois et lentement que l'on ramène 2 gouttes, au maximum 1 centimètre cube de pus. L'aspect du liquide évacué est caractéristique : c'est un pus épais, jaunâtre avec quelques stries sanguinolentes.

Au bout de 24 heures, dit Charrier, on observe une diminution très rapide de la douleur ; le lendemain, le malade frais et dispos ne souffre plus de son testicule, et il supporte une palpation même forte et profonde faite au niveau de la queue de son épididyme ; le gonflement a diminué rapidement, si bien qu'au bout de 8 à 10 jours, après une ponction positive, les malades presque guéris peuvent se lever sans fatigue et sans douleur. La température tombe complètement.

Cette méthode des ponctions des collections épididymaires est à la vérité très douloureuse, mais elle abrège notablement la durée de la maladie. Elle semble donc appelée à rendre d'importants services dans le traitement immédiat de l'épididymite blennorragique.

Sur la nature et le traitement de l'incontinence nocturne essentielle de l'urine.

M. CHAVIGNY a fait dernièrement une communication très intéressante à la Société de Médecine militaire. La chirurgie, déclare-t-il, a infligé aux incontinents dits essentiels les traitements les plus variés, quelquefois même les plus imprévus, et ce qui est le plus surprenant, c'est que le succès thérapeutique a souvent couronné les opérations les moins justifiées.

En médecine mentale, il est maintenant hors de doute que l'incontinence essentielle est un indice de dégénérescence mentale ; c'est la preuve d'un défaut d'éducabilité, c'est donc une tare mentale ; tous nous avons pissé au lit dans le jeune âge, presque tous nous avons appris à nous en abstenir ; quelques-uns n'étaient pas susceptibles d'éducation, ceux-là ont continué. Ce qu'il faut obtenir chez les incontinents, c'est une rééducation tardive.

Les opérations chirurgicales proposées, presque incohérentes en leur diversité, sont en somme un coup de cravache éducateur, parfois inconsciemment employé.

Pourquoi ne pas faire une rééducation systématique ? L'appareil rééducateur a été proposé par M. Genouville en 1908 ; il a été construit par M. Chazal, fabricant d'instruments.

Voici son principe : deux toiles métalliques, séparées par une mince couche d'ouate hydrophile, sont placées sous le drap du lit au niveau du bassin ; les deux plaques sont reliées à une

pile et à une sonnerie que le courant met en action quand l'urine, ayant mouillé l'ouate, établit un contact électrique entre les deux plaques.

Dans la pratique hospitalière, il vaut mieux remplacer la sonnerie par deux contacts qui, placés au niveau du pubis, donnent au malade une décharge électrique, agent immédiat du réveil.

Cette méthode n'a pas la prétention d'être radicale ni générale, c'est son mérite ; on est exposé soit à des échecs, soit à des retours offensifs de l'affection. Méthode d'éducation, elle peut être appliquée à nouveau avec autant de succès que la première fois ; c'est ce qui fait précisément sa supériorité sur beaucoup d'autres.

REVUE DE L'ÉTRANGER

Sur la période contagieuse de la coqueluche. — Les injections intra-veineuses de strophantine dans les affections cardiaques. — Ictère et urobulinurie dans la scarlatine. — Signification de l'albumino-réaction des crachats. — La réaction de la méiostagmine chez les enfants tuberculeux. — Pronostic et thérapeutique de l'angine de poitrine. — Le traitement leucocytothérapique de la pneumonie fibrineuse.

De l'observation d'un très grand nombre de cas *Gerassimovicz* conclut que la *coqueluche n'est contagieuse qu'à son premier stade, au stade catarrhal, ainsi qu'au début du stade convulsif.* Ces notions se trouvent d'ailleurs être d'accord avec les dernières recherches faites sur le bacille de la coqueluche de Bordet, lequel ne serait éliminé par les expectorations qu'à des périodes bien déterminées. La maladie se propage beaucoup par les sujets adultes, qui présentent des formes légères, difficiles à diagnostiquer, de la maladie. (*Prakt. Wratsch,* 1910, nº 27).

***

Pour quelques *cardiaques,* chez lesquels les médications usuelles étaient restées stériles, un médecin roumain, le Dr Daniélopolu, eut l'idée d'employer les *injections intraveineuses de strophantine* ; il en obtint les meilleurs résultats. Le procédé se recommande tout particulièrement pour les cas où il s'agit d'agir vite ; il faut cependant savoir qu'il n'est pas toujours sans dangers ; il est, entre autres, contre-indiqué chez les malades atteints d'affections rénales, ainsi que chez ceux qui sont sous l'influence de la digitale ; c'est ici que se placent la plupart des morts subites observées après des injections de strophantine. De plus, il est nécessaire d'employer non pas la strophantine cristallisée, mais la strophantine amorphe, beaucoup moins toxique. Et même les différentes préparations amorphes n'ont pas toutes les mêmes propriétés ; il est nécessaire de les expérimenter au préalable chez le lapin.

D'une façon générale, on emploie les doses d'un milligramme, cependant des doses plus faibles se montrent également suffisantes, bien que leur action diurétique soit moindre, et que leur action sur le pouls et l'état général soit moins marquée.

Quand les malades ont un muscle cardiaque défectueux, ou quand ils ont pris de la digitale 3 ou 4 jours auparavant, il ne faut injecter dans la veine que 2/10 ou 4/10 de milligramme. Une injection par 24 heures est suffisante.

***

Roch et Reuss (*Iahrbuch f. Kinderheilkunde* Bd. 72, H.4), affirment que d'une manière presque régulière on trouve *dans la scarlatine une coloration ictérique,* une teinte jaunâtre de la peau, qui atteint son maximum d'intensité à l'acné de l'éruption pour disparaître ensuite progressivement. Celle-ci constitue un des éléments constants de la coloration scarlatineuse des téguments. D'ailleurs, il est également régulier d'observer pendant quelques jours l'*urobiline et son chromogène dans l'urine des malades,* de préférence du 5e au 6e jour, tandis que l'élimination de la bilirubine est tout à fait exceptionnelle. D'après ces auteurs, l'ictère et l'urobilinurie seraient vraisemblablement sous la dépendance l'un de l'autre ; il faudrait les attribuer d'une part à une altération du foie, d'autre part à une destruction exagérée des globules rouges.

***

Voici ce qu'il faut penser de *la réaction albumineuse des crachats* (1), *et sa signification clinique,* d'après Gantz et Hertz (*Berl. Klin. Wochens.,* 19 mars, nº 7).

La réaction albumineuse des crachats est si simple et si facile à rechercher, qu'il ne faut jamais la négliger en clinique.

Celle-ci doit être considérée comme spécifique, car elle traduit un état inflammatoire et œdémateux du poumon.

Cette réaction est toujours négative dans le catarrhe bronchique.

Elle apparaît comme positive, avec plus ou moins de netteté dans la tuberculose pulmonaire, à son début comme à son stade avancé ; exception doit être faite pour la forme fibreuse de l'infection.

Dans la pneumonie et dans l'infarctus pulmonaire, la réaction albumineuse est positive.

Il en est de même dans l'œdème pulmonaire, même léger.

***

Filia (*Il Policlinico*, octobre 1910) a recherché la *réaction de la méiostagmine chez les enfants tuberculeux.* Dans ce but, il a employé : 1º le sérum sanguin des sujets dilué à 1 p. 20, 1 p. 30 ou 1 p. 40 dans une solution de chlorure de sodium au titre de 0.85 p. mille ; 2º comme antigène spécifique, un extrait alcoolique et éthéré de cultures de bacilles tuberculeux.

La réaction fut positive chez 30 enfants exa-

(1) Voir *Concours Médical,* 1911, nº 2, page 31.

minés, même quand la cuti-réaction de Pirquet était restée douteuse (méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire).

Filia mit aussi à l'épreuve le sérum de 20 enfants atteints d'affections diverses, apparemment non tuberculeuses, et toujours le résultat fut négatif.

Il est important de remarquer que c'est précisément chez les enfants — qui en général ne donnent pas de crachats — que la réaction de la méiostagmine est appelée à rendre les plus grands services au diagnostic. La seule difficulté en clientèle privée c'est de prélever la quantité de sang nécessaire à la réaction.

***

Etablir le *pronostic d'un cas d'angine de poitrine* est une des tâches les plus difficiles pour le médecin. Toujours il doit baser son jugement : 1° sur l'étiologie du cas ; 2° sur l'individualité du malade, le caractère des crises, et l'état du système vasculaire ; 3° enfin, sur la forme clinique.

C'est la syphilis qui donne au patient le plus de chances de survie, car, sous l'influence du traitement spécifique, l'angine syphilitique guérit souvent, mais non d'une manière infaillible, il faut aussi considérer le genre de vie du malade.

Quant aux caractères des crises, ils ne constituent malheureusement qu'un élément d'appréciation prognostique très secondaire. Une série d'attaques légères peut, en effet, être brusquement interrompue par une attaque plus grave, par une attaque mortelle ; d'autre part, des malades, menacés durant des années par des crises sérieuses, sont susceptibles de rester longtemps en vie. Chaque crise constitue naturellement un danger imminent. Des troubles respiratoires, une action cardiaque lente irrégulière, doivent être considérés comme des symptômes particulièrement graves. Un pouls petit, faible et rapide est moins inquiétant qu'un pouls plein, nettement arythmique. Le pronostic est réservé quand se produit une perte de connaissance avec un pouls lent. Très importants sont les facteurs qui déterminent la crise. L'angine qui suit une excitation psychique est la moins grave ; il n'en est plus de même quand il s'agit d'écarts de régime ; et la situation devient grave en présence de fatigues physiques, de lésion cardiaque, d'artério-sclérose, à moins que les malades ne soient astreints à un genre de vie approprié. Enfin, au point de vue clinique, il faut encore distinguer les cas suivant qu'ils s'accompagnent, ou non, de lésions organiques de l'appareil cardio-vasculaire. La forme légère, nerveuse ou fonctionnelle, qui souvent apparaît chez les femmes, parfois après l'influenza, comporte un pronostic favorable, malgré des symptômes très menaçants. Le pronostic des angines toxiques (café, thé, tabac) est également favorable, mais on ne doit pas oublier que les fumeurs invétérés meurent souvent comme les autres malades, notamment par une inhibition de nerf vague.

Quel *traitement* instituer dans les angines de poitrine ?

Il est tout d'abord essentiel, dit William Osler (*Lancet* 1910), de savoir rassurer son mala par le diagnostic. Il faut ensuite distinguer suivant que les patients sont syphilitiques, névropathes ou artério-scléreux.

Dans la syphilis, on ordonne le mercure ; l'iodure de potassium ne sert qu'à faire résorber un exsudat, ou bien à diminuer les symptômes subjectifs. Dans la névropathie, on exerce tout d'abord une influence psychique sur le patient, puis on recommande le régime lacto-végétarien et l'hydrothérapie. Aux malades hypertendus (neurasthénie, tabac), on ordonne le nitrite ; aux hypotendus, l'ergotine.

Pendant la crise d'angine vraie on prescrit du nitrite d'amyle, — mais on est souvent obligé de recourir à la morphine ou même aux inhalations de chloroforme, qui sont particulièrement bien supportées.

La digitale n'est indiquée que dans un petit nombre de cas.

Quant au traitement général, on retire grands avantages de l'iodure de potassium et de la théobromine. Il ne faut cependant pas trop compter sur les médicaments ; c.est au genre de vie du malade que l'on demandera surtout le résultat recherché.

Le traitement leucocythérapique de la pneumonie fibrineuse a été réalisé par le Dr Manuchin, de St-Pétersbourg (*Russky Wratsch.*, 1910, n° 26). Il a injecté à 5 malades des leucocytes, prélevés sur ces malades eux-mêmes, et détruits successivement par la réfrigération et la trituration. A chaque malade, il prélevait 7 cmc. de sang, en séparait les globules blancs par la méthode ordinaire, puis les écrasait dans 1 cmc. de solution saline physiologique, et cette quantité de liquide renfermant les globules dilacérés, il l'injectait dans l'hypoderme des pneumoniques. Ces injections n'amenèrent ni douleur, ni réaction locale.

Cette méthode de traitement semble hâter la crise et amener la résolution rapide du processus pneumonique : le jour de l'injection, on notait, au milieu d'une diaphorèse abondante, la chute de la température, en même temps qu'on observait dans le territoire pulmonaire malade l'apparition de nombreux râles sous-crépitants.

L'examen hématologique montra que les injections amenaient une destruction abondante de globules blancs dans le sang du malade (*leucocytolyse*), phénomène qui mettait vraisemblablement en liberté une certaine quantité de bactériolysine et d'antitoxine dans le plasma sanguin ; en même temps l'index opsonique s'élevait, et le ferment protéolytique, provenant des polynucléaires, augmentait dans le sang.

La leucocytothérapie semble donc, pour toutes ces raisons, exercer une influence favorable sur l'évolution de la pneumonie fibrineuse.

Dr Fischer.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Un nouveau succès — Nos prévisions réalisées.

Lentement, patiemment, nous avons combattu, et, si nos efforts n'ont pas toujours été couronnés de succès, on nous rendra cette justice que jamais nous n'avons désespéré du résultat final.

Dans le dernier numéro du *Concours*, je rendais compte du rejet du pourvoi en cassation du zouave Jacob, et je signalais l'importance de l'arrêt de la cour de Paris dans lequel, d'une part, on reconnaissait, en la précisant, l'action syndicale, d'autre part, on acceptait, en la mentionnant dans les attendus, la définition du traitement, qui doit s'entendre d'une façon générale et s'appliquer à toute manœuvre de nature à procurer un soulagement ou à guérir une maladie.

J'ajoutais qu'en matière de jurisprudence, ce qui est difficile, mais aussi important, c'est d'avoir un jugement bien rendu ; car les magistrats ne demandent qu'à suivre la voie tracée avant eux. La jurisprudence est faite de la répétition de la même manière de juger. Autant il est difficile de faire varier la jurisprudence, autant il devient aisé de la voir s'appliquer d'une façon quasi-habituelle aux mêmes faits.

L'événement n'aura pas tardé à se produire et à me donner raison. Pour que les lecteurs du *Concours* puissent s'en convaincre, je leur donne ci-dessous la teneur d'un jugement obtenu postérieurement à celui de Jacob et chacun y verra clairement exprimé ce que je signale au début de cet article.

Il ne nous restera plus désormais qu'à utiliser ces armes et à profiter de la « victoire ». C'est peut-être là un bien gros mot, mais on me le pardonnera ; ceux surtout qui, dans leurs syndicats, ont été aux prises avec les charlatans me comprendront mieux que les autres. Qu'ils gardent précieusement, dans leurs archives, les deux derniers numéros du *Concours* et je leur prédis un succès à leur prochaine affaire. Juges et avocats seront heureux d'avoir ces documents.

A noter aussi les mentions relatives aux soi-disant diplômes que délivrent avec facilité et contre bon argent un certain nombre d'individus ou d'écoles, qui ne craignent point de s'abriter sous le couvert des autorisations administratives.

Quand nous aurons la satisfaction d'obtenir l'insertion des jugements dans les grands journaux ou dans les feuilles locales, nous aurons encore franchi une étape.

C'est à cela qu'il faut désormais nous atteler.

Travaillons, chers confrères, et n'oublions pas que la victoire n'appartient pas toujours aux troupes les plus nombreuses ; un petit carré bien résolu, bien discipliné, inaccessible au découragement, arrivera quand même à triompher. C'est d'ailleurs la devise du *Concours* et celle du « Sou ». Mais cependant il ne faut pas oublier que le nombre permet seul l'effort d'argent indispensable aux résultats durables.

Je ne tire point de ceci la conclusion, laissant à chacun le soin de juger ce qu'il doit faire :

TRIBUNAL DE LA SEINE

13 *mars* 1911

Le Tribunal,

Attendu que la dame L... a formé opposition à un jugement du tribunal de la Seine en date du 15 novembre 1909 l'ayant condamnée à 500 fr. d'amende pour avoir exercé illégalement la médecine ;

Attendu qu'aux termes de l'article 16, paragraphe I de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait, par une personne non munie d'un diplôme, de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, sauf le cas d'urgence avérée ;

Attendu que le mot « traitement » est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil à une personne déterminée, *tendant à la guérison ou à l'atténuation* d'un état de malaise ou de maladie ;

Attendu qu'aux termes de la loi du 18 mars 1880, relative à la liberté de l'enseignement supérieur, les examens et épreuves pratiques qui déterminent la collation des grades ne peuvent être subis que devant les Facultés de l'Etat, et que, dès lors, tout diplôme ou certificat d'études, conféré par une école libre, est sans valeur au sens de la loi sur l'exercice de la médecine ;

Attendu que la dame L..., qui est dépourvue de tout grade pour exercer l'art de guérir et qui possède seulement des diplômes délivrés par une école privée, s'est installée à Paris en qualité de masseuse et de magnétiseuse et se prétend capable, par sa science, de guérir toutes les maladies ;

Attendu que sa clientèle attribuait à ses diplômes une créance particulière et l'appelait la doctoresse ;

Attendu que depuis moins de trois ans, à Paris et dans le département de la Seine, la prévenue a reçu chez elle ou visité chez eux de nombreux malades atteints de toutes sortes d'affections temporaires ou chroniques, qu'elle faisait payer ses consultations et ses soins selon un tarif variant de 5 francs à 20 fr. ;

Attendu qu'elle pratiquait sur ses clients des passes magnétiques par l'imposition des mains sur la tête et la pression des doigts sur le front ;

Attendu qu'elle a répété ces attouchements sur plusieurs d'entre eux pendant des semaines en leur faisant espérer la guérison et le soulagement de leurs maux ;

Attendu que les massages magnétiques pratiqués dans de telles conditions constituent à eux seuls un traitement et rentrent exclusivement dans le domaine de la médecine ;

Attendu que la dame L... conseillait à ses clients de boire de l'eau, d'utiliser de l'huile et de la vaseline après qu'elle avait *magnétisé* cette eau, cette huile et cette vaseline, en y intégrant une prétendue vertu curative ;

Attendu qu'elle massait ses clients avec l'huile et la vaseline « magnétisées » et ce sans ordonnance d'un médecin ;

Attendu qu'elle faisait des diagnostics et qu'elle

auscultait les malades, qu'elle engageait ses clients à ne pas continuer les traitements prescrits par les médecins, qu'il lui est arrivé d'écarter du lit d'un malade le médecin traitant en affirmant, selon le procédé des guérisseurs, que son ordonnance contenait des poisons ;

Qu'elle a confisqué l'ordonnance destinée à la demoiselle D... qui était atteinte de tuberculose intestinale ;

Qu'elle s'est substituée au médecin de la famille, qu'elle a pratiqué de sa propre autorité, avec une présomption téméraire, des massages répétés sur le ventre de cette jeune fille ;

Que le médecin, le docteur B., affirme que ces massages étaient contre-indiqués et que l'état de la demoiselle D. en a été aggravé ; que cette jeune fille est décédée d'une péritonite et qu'il y a lieu tout au moins de regretter l'intervention incompétente de la dame L., dans une situation aussi grave ;

Attendu que la dame L., prescrivait des régimes à ses malades, qu'elle prenait part habituellement et d'une façon suivie au traitement des maladies ;

Attendu qu'il y a lieu de décider que la dame L. a commis le délit d'exercice illégal de la médecine visé par l'article 16 de la loi de 1892 et réprimé par l'article 18 de la même loi ;

Sur l'application de la peine :

Attendu que la dame L. s'attribue en outre le pouvoir de guérir les malades à distance et que, par des allégations audacieuses, en combinant les procédés thérapeutiques rappelés i-dessus avec les mensonges des somnambules et magiciennes, elle exploite les gens crédules et devient par ses supercheries un danger pour la santé publique ;

Qu'il y a lieu de tenir compte pour l'application de la loi des moyens frauduleux employés.

Par ces motifs :

Le Tribunal maintient la condamnation à cinq cents francs d'amende.

Sur la demande de la partie civile :

Attendu que le Syndicat des Médecins de la Seine a un intérêt manifeste à empêcher dans le département de la Seine l'exercice illégal de la médecine qui lui cause un préjudice actuel et certain ; qu'il s'agit d'un intérêt professionnel et collectif de premier ordre, que la recevabilité de son intervention n'est pas contestée dans ses conclusions ;

Attendu que la dame L. a une nombreuse clientèle; qu'elle se procure par les procédés sus-indiqués un gain journalier extrêmement élevé ;

Attendu qu'elle donnait des consultations dans son appartement de Paris, boulevard Voltaire, puis à Asnières, rue Montaigne, en même temps qu'elle dirigeait une clinique à Clichy, boulevard National ;

Attendu que le dossier révèle qu'elle a cherché à jeter le discrédit sur un médecin, prétendant qu'il donnait du poison à un malade et qu'elle a détourné à son profit partie de la clientèle de ce médecin ;

Attendu que la demande du Syndicat des Médecins de la Seine est établie ;

Par ces motifs :

Statuant sur les réparations civiles,

Condamne la dame L., à payer au Syndicat des médecins de la Seine la somme de mille francs à titre de dommages-intérêts.

La condamne en outre à tous les dépens.

Dr Ch. LEVASSORT.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les Radiographies et la Jurisprudence des accidents du Travail

Le Dr Bolliet nous ayant demandé des renseignements sur cette question, nous lui avons fait la réponse suivante :

Mon cher confrère,

La jurisprudence concernant les frais de radiographie est fort abondante et je ne prétends pas vous fournir un dossier complet. Je me borne à des indications succinctes, mais suffisantes et précises.

Jusqu'à ces temps derniers, les justices de paix ne faisaient aucune difficulté pour reconnaître la légitimité et la recevabilité des demandes présentées. Plusieurs jugements le disent en fort bons termes.

1° 10e arrondissement de Paris, 28 janvier 1905 (voir *Concours Médical* du 12 avril) : « Considérant que la radiographie du blessé est utile... »

2° Canton d'Argenteuil, 5 août 1908 (*Gazette Electrique*), s'appuyant sur un jugement du Juge de paix du 15e arrondissement de Paris en date du 16 mai 1907 : « *Que l'expérience de radiographie est de nature à rendre de précieux services* pour l'établissement du diagnostic..... elle est le prolégomène du traitement et les frais qu'elle occasionne doivent être compris dans la masse des frais médicaux.... »

3° Tribunal de Paix de Noisy-le-Sec, 30 décembre 1908 (voir *Concours*, 18 juillet 1909): « Attendu enfin que le défendeur prétend que la radiographie a été inutile et frustatoire ;

« Attendu que c'est là une affirmation dénuée de toute espèce de preuve, et que n'appuient ni une demande d'expertise, ni une articulation impliquant une faute lourde ; que c'est avec la plus grande réserve que le juge doit et peut s'immiscer dans des questions scientifiques et dont l'appréciation doit, en général, être laissée à la conscience et à la capacité du médecin traitant ; attendu, cependant, qu'il serait à désirer que ce dernier, au moment de telle opération, en prévînt le patron toujours responsable des frais médicaux ; qu'une telle mesure éviterait de doubles opérations et toutes difficultés et enfin couperait court à toute suspicion ;

« Attendu enfin que la radiographie, alors à son début, n'a pas été comprise dans le tarif du 30 sept. 1905, *ce dernier doit être considéré comme purement énonciatif* ; les mesures prises, pour sauver, guérir ou améliorer le malade ou le blessé, étant, elles aussi, laissées à l'appréciation ou à la conscience du médecin traitant... »

4° *Le Journal* du 19 janvier 1909, rendant compte d'un jugement du tribunal de paix du 4e arrondissement, constate qu'il reconnaît « sous réserve d'appréciation en justice, le droit du

médecin de l'accidenté de réclamer des honoraires, lorsqu'il a eu recours aux derniers perfectionnements de la science médicale ». (Il s'agissait d'une contestation sur le prix : le défendeur voulant assimiler la radiographie à l'otoscopie, rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie).

5° Justice de paix de Nîmes, 30 juin 1910 (voir *Concours* 1911, n° 2) « *que ce tarif (Dubief) n'est indicatif et limitatif qu'en ce qui concerne le prix, que le législateur n'a pas eu l'intention d'entraver les bienfaits et progrès de la science, en limitant et interdisant l'emploi de produits et d'opérations jugées indispensables, peut-être nouveaux, inconnus au moment de l'élaboration du tarif, mais de qualités médicamenteuses et de pratique incontestables*..... »

***

Il y a là les meilleures raisons que l'on puisse faire valoir en faveur de notre thèse..... qui est celle du bon sens.

Mais qu'importe la logique — et la justice — aux Compagnies. Elles ont donc fait appel des jugements constamment concordants qui les condamnaient. Ayant eu gain de cause devant le *Tribunal civil de 1re instance de la Seine, 4e Chambre, 3e Section, 25 mars* 1910, elles inondent le pays et les magistrats du jugement favorable enfin obtenu par elles.

La première partie règle des questions de compétence sans gros intérêt pour le fond. Je ne cite que la partie des attendus qui nous concerne : « Attendu qu'en ce qui a trait aux radiographies, objet de la demande, qu'elles ne figurent pas dans l'énumération limitative de l'arrêté ministériel du 30 sept. 1905.... ; que ce serait aggraver les charges qui doivent être supportées par le chef d'entreprise que de lui imposer d'autres frais ; que les frais de radiographie ne peuvent être mis à sa charge en vertu de cette loi que s'ils sont sous la dépendance d'une expertise médicale ordonnée par la justice ».

La question est posée : l'arrêté du 30 sept. 1905 était-il limitatif ou simplement énonciatif ? indicatif ? Tout est là. La 4e chambre a solutionné la question d'une manière rapide, hors les règles de l'humanité (le blessé doit avoir les meilleurs soins possibles) hors celles de la raison impartiale. Elle est d'ailleurs singulièrement pauvre en arguments. Fera-t-elle néanmoins autorité ?

Notre confrère, le Docteur Mosnier, a obtenu du tribunal d'Alais, jugeant comme tribunal d'appel de justice de paix (avril 1911) un jugement contraire au précédent (1). La jurisprudence d'appel est donc encore vacillante. La campagne doit continuer.

Dr Diverneresse.

(1) Ce jugement sera publié incessamment. (N. D. L. R.)

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Réponse au Dr Eissen.

Bègles, le 30 avril 1911.

M. le Directeur du *Concours médical.*

Je lis dans le *Concours* de ce jour les lettres du Dr Eissen et la vôtre. Je ne voudrais pas éterniser un débat stérile aujourd'hui, mais seulement préciser les responsabilités.

Et tout d'abord le Dr Eissen retient ma phrase « s'est désisté et, sans aucune menace de notre part, a loyalement reconnu ». Qu'il convienne tout d'abord que mon intervention en sa faveur est aussi spontanée que désintéressée, ce qui, je crois, appartient à la bonne confraternité, et, confirmez-lui que le seul soin de la vérité m'a poussé à vous écrire immédiatement.

Je regrette qu'il n'ait pas connu les événements qui, sous ma plume, expliquent ce terme de « menace ». Dans le camp mutualiste, sa conduite fut jugée autrement que par nous et ceux-là même qui le pressentirent ne se gênèrent pas depuis pour clamer qu'il céda à nos....... menaces....pour ne pas employer le terme propre, aussi blessant pour son honneur que pour notre droiture. Dans ma pensée, cette phrase détruisait les insinuations malveillantes des mutualistes.

Plus loin, j'ai écrit qu'un autre confrère « ne donna même pas l'ébauche d'une tentative de concurrence déloyale ». Le Dr Eissen interprète bien : cette phrase comporte un sens défavorable à son égard, car je ne comprends la concurrence que d'une façon : « à armes égales ». J'ai le droit d'écrire qu'un confrère qui, surtout en ce qui concerne des collectivités, cherche à étayer sa situation sur une humiliante différence de tarif, qu'il consent en toute connaissance de cause, crée un précédent de concurrence déloyale. Je ne lui en conteste pas le droit, mais je lui en laisse la responsabilité. Point n'est besoin du code de déontologie pour qualifier cette action : il suffit de juger droit. Or, d'après nos documents, le Dr Eissen paraissait s'être rendu coupable d'une pareille proposition, en cherchant à mettre à profit la disposition d'esprit créée par le conflit, qui venait de surgir entre les mutualistes et les médecins de Bègles. Nous maintenons qu'il a ébauché une tentative de concurrence déloyale par ses origines et par sa condition. Jusqu'à ce qu'il nous soit démontré que nos documents sont inexacts, nous tiendrons pour bonne notre opinion.

Puisque le Dr Eissen ne cherchait qu'à se documenter et qu'il n'avait aucune arrière-pensée, le moyen le plus sûr d'être renseigné était de s'adresser à ses confrères de Bègles. Ils se seraient fait un plaisir comme un devoir de lui exposer la situation avec une scrupuleuse exactitude ; ils eussent été flattés de cette démarche courtoise de la part d'un confrère bien élevé, toute suspicion serait tombée. Notre confrère aurait pu se convaincre, soit par les relations des médecins de

Bègles entre eux, soit par celles qu'il eût liées avec nous « que des médecins qui chassent dans la même contrée », peuvent devenir des amis, sous la seule condition d'être corrects.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr Quilliet.

P. S. — Je vous serais très obligé de dire au Dr Eissen, si vous le jugez utile, que je suis étranger à l'acte d'accusation que vous avez formulé et que je n'ai parlé de lui que pour demander au « Sou » des armes contre une installation illégale.

N. D. L. R.—Chacun nous a envoyé sa lettre de réponse ou de rectification. Le litige s'étant, d'ailleurs, terminé au mieux des intérêts médicaux il convient de considérer l'incident comme absolument clos.

Points de droit mutualiste.

1° *Une Société de secours mutuels est-elle dans l'obligation de soigner les maladies vénériennes ?*

Oui, lorsque les statuts n'excluent ni directement ni indirectement ces sortes de maladies, de celles donnant droit aux secours sociaux.

L'exclusion est directe lorsque les mots « maladies vénériennes » sont employés expressément dans la clause restrictive des statuts.

Elle est indirecte lorque la Société se borne à exclure dans une formule, d'ailleurs un peu vague, « les maladies causées par la débauche ou par l'intempérance », lorsque la maladie vénérienne se trouve, en fait, avoir été contractée par suite de débauches.

Elle serait encore indirecte dans le cas où les statuts excluraient les maladies « chroniques et incurables », soit antérieures à l'admission du sociétaire, soit même survenues depuis cette admission, si l'on admettait — ce qui est actuellement discutable — que les maladies vénériennes, ou certaines d'entre elles sont chroniques ou incurables.

Dans ces divers cas, toutes les maladies donnant en principe droit aux secours sociaux, la preuve du caractère exceptionnel de la maladie (vénérienne, causée par la débauche, ou chronique, ou incurable) est à la charge de la Société.

2° *Comment la Société, dans le cas où elle peut d'après ses statuts refuser ses soins au sociétaire atteint de maladie vénérienne, pourra-t-elle prouver le caractère de la maladie, si le médecin refuse de l'indiquer, en invoquant l'obligation du secret professionnel ?*

La Société ne pourra faire cette preuve qu'en dehors du témoignage du médecin traitant qui, en effet, est avant tout le médecin du malade et le dépositaire de ses secrets, et ne peut les révéler, même en justice, sans encourir les peines prévues à l'article 378 du Code pénal.

S'il faut prouver que la maladie est « vénérienne », les ordonnances, par la nature des médicaments prescrits, pourront apporter un premier élément de preuve.

S'il faut prouver simplement qu'elle est « due à la débauche », des témoignages pourront apporter au Tribunal des *probabilités* sinon des *preuves absolues* de l'origine de la maladie.

Toutefois, pour compléter ces preuves ou pour prouver que la maladie, quelles que soient sa dénomination et son origine, est *chronique ou incurable*, si c'est là le motif pour lequel la Société se prétend affranchie de ses obligations, il faudra nécessairement, dans le cas où le sociétaire s'obstine à nier et réclame en justice les secours sociaux, recourir à une expertise médicale. Les médecins experts, à la différence du médecin traitant, sont tenus de tout dire et n'ont le droit de rien cacher.

(*L'Avenir de la Mutualité.*)

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Comment s'y prendre pour faire appliquer, par une commune, la loi du 15 juillet 1893.

Mon cher confrère,

Installé à C. depuis bientôt trois ans, il m'est impossible d'obtenir du maire de cette commune le fonctionnement de la loi sur l'Assistance médicale gratuite. Il ne l'a jamais appliquée et ne l'appliquera jamais.

Y aurait-il moyen de l'y obliger, dût-il n'inscrire qu'un seul assisté sur la liste ? Si c'était possible, j'aimerais bien l'y obliger pour le principe d'abord et mes intérêts ensuite, car, en ce moment, c'est moi qui supporte les charges de l'Assistance.

Le règlement départemental institue le service à la visite, laissant les communes libres de contracter un abonnement et, dans ce cas, tous les médecins acceptant l'abonnement doivent être admis.

Pensez-vous qu'une demande au Préfet ait des chances d'aboutir ? Le « Sou médical », dont je fais partie depuis quelques années, n'aurait-il pas qualité pour intervenir et obtenir une mise en demeure d'appliquer la loi ? Je crois que c'est là une question de principe qu'il est du devoir du « Sou » de soutenir.

Dr F.

Réponse.

Si vous adressez une demande au Préfet pour être nommé médecin de l'A. M. G. dans votre commune, il se peut qu'il vous soit répondu, « mais il n'y a pas de liste d'assistance dans cette localité ». Donc, la première des choses à faire, c'est d'aller à la mairie et de constater si cette liste existe (ne pas confondre avec la liste du bureau de bienfaisance, ni avec celle de la loi d'assistance aux *infirmes, vieillards et incurables*).

Si cette liste existe, adressez directement votre demande de nomination en préfecture. Si elle n'existe pas, indiquez à quelques indigents de votre commune la marche à suivre pour demander leur inscription, marche que vous trouverez dans notre *Agenda-memento*, page 218. Ce sont les indigents qui doivent demander leur inscription et non pas vous la demander pour eux.

Mais croyez bien que, si le maire ne veut rien faire, vous aurez de la peine à obtenir quelque chose. Pour le préfet, pour le député, qu'est donc un médecin vis-à-vis d'un maire ? Avez-vous au moins une influence électorale quelconque ? C'est toute la question. Moi-même, lorsque j'étais à Oyonnax, j'ai eu à lutter, de concert avec mes trois confrères, pour faire appliquer la loi du 15 juillet 1893, et les règlements préfectoraux de l'Ain, établissant l'A. M. G., avec libre choix du médecin et tari à la visite. Le maire, conseiller général, ne voulait pas nous donner satisfaction, parce qu'il estimait plus économique de faire soigner les indigents à l'œil.

Pressés par nous de demander à la mairie leur inscription sur la liste d'assistance, les indigents ne le faisaient pas, assurés qu'ils étaient d'être soignés (humanité ! sacerdoce !) et non moins assurés de ne pas avoir de note de médecin à payer.

Réclamation de notre part en préfecture. Pas de réponse. Nous nous adressons à M. Mirman. Immédiatement, le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques fit faire une enquête. Le maire jongla alors avec les listes de l'A. M. G., celle du bureau de bienfaisance et celle de la loi de 1905. De sorte que le ministère nous fit savoir que notre réclamation n'était pas fondée.

Dans une conversation avec un haut fonctionnaire, nous eûmes le secret de l'histoire ; nos démarches échouaient toujours, parce que d'un côté, il y avait un maire, conseiller général très influent dans son canton, et de l'autre quatre petits médecins, dont aucun n'était même conseiller municipal. Et on nous laissa entendre qu'au point de vue électoral, on ne voulait pas déplaire au maire, conseiller général. Nous dûmes répondre : « Faites dire à M. Chanal, député de Nantua, qu'aux prochaines élections, le syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex saura se souvenir que son député est incapable de faire respecter, dans son arrondissement, les lois qu'il a votées au Palais-Bourbon ».

Tableau ! Changement d'attitude ; ce n'était plus 4 petits médecins, mais un syndicat, dont tous les membres étaient des électeurs ! Quelques jours après, le maire nous faisait appeler pour nous dire qu'il avait toujours été de notre avis et qu'il appliquerait désormais la loi de 1893 et les règlements préfectoraux mettant cette loi en vigueur. Faites de même, mon cher confrère : dans notre beau pays de France, pays de l'Egalité et de la Liberté, la peur de l'électeur est souvent salutaire. C'est souvent, on peut le dire, le seul moyen de se faire rendre justice, même lorsqu'il s'agit de faire appliquer une loi aussi parfaite et aussi bien connue que celle de 1893.

P. B.

Chronique de la défense professionnelle

Un effort parlementaire pour les médecins de colonisation.

Aïn-M'lila, le 8 avril 1911.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je me permets de vous exposer les faits qui suivent en vous priant de vouloir bien, après les avoir étudiés, indiquer aux médecins de colonisation *le saint* auquel ils pourraient se vouer pour faire aboutir leurs justes revendications.

En 1904, les agents du service topographique, les répartiteurs, les administrateurs et les médecins de colonisation furent classés dans le service actif.

Par suite, probablement, d'un oubli, ces agents ne furent pas compris dans la nomenclature de la deuxième section du tableau n° 3, annexé à l'article 7 de la loi du 9 juin 1853.

Depuis cette époque, le parlement a réparé cet oubli pour les agents du service topographique et les répartiteurs. Ces messieurs touchent donc comme retraite les 2/3 de la moyenne des appointements des six dernières années.

Nous n'avons retiré de cette loi que le droit d'être remerciés par l'administration lorsque nous avons atteint 55 ans.

Notre retraite atteint la moitié de la moyenne des appointements des six dernières années.

L'Agenda que vous avez bien voulu envoyer aux membres du *Concours* contient tous les renseignements nécessaires, mais il faut toutefois remarquer que les 2 hors-classe n'ont été instituées que depuis un an. On peut donc dire qu'actuellement, le maximum de notre retraite est de 2.500 fr. pour le dixième de l'effectif, c'est-à-dire pour ceux qui sont de première classe depuis plus de six ans.

L'administration a eu le soin de certifier que notre service est *essentiellement* actif, puisque deux certificats médicaux sont nécessaires avant notre admission au concours.

La circonscription médicale que j'ai l'honneur de desservir a une étendue de deux cent mille hectares.

L'infirmerie d'Aïn-M'lila a eu durant l'année 1910, 9.754 journées de malades, 780 consultations gratuites ont été données à ceux qui n'ont pas trouvé de place dans les salles. 211 affections chirurgicales ont été traitées.

L'entrefilet ci-joint pourra vous édifier sur le rang que nous occupons dans l'administration.

Les Fonctionnaires Algériens.

Un amendement des députés algériens.

Paris, le 7 avril. — Sur la demande de M. Colin, la Commission du budget a adopté un amendement à la loi de finances, déposé par MM. Paul Cuttoli, Etienne, Thomson, Broussais et Trouin ainsi conçu :

— La nomenclature de la deuxième section du

tableau n° 3, annexé à l'article 7 de la loi du 9 juin 1853 est complétée ainsi qu'il suit :

— Les employés des bureaux du Gouvernement Général, des préfectures et administrateurs de communes mixtes.

Etant de jour et de nuit en service pour des malheureux, personne n'a eu l'idée d'assurer le pain de nos vieux jours.

Pourriez-vous porter ce fait à la connaissance de nos confrères et obtenir qu'une campagne soit menée en notre faveur.

J'ai écrit au nom des médecins de colonisation à M. Labbé, sénateur, président du groupe médical parlementaire. M. Labbé a bien voulu soumettre nos desiderata à nos confrères de la Chambre.

Ayez la bonté de voir si le *Concours médical* pourrait nous aider dans cette circonstance.

Veuillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels. Dr CROZES.

P.-S. — Pour bien spécifier l'importance des services rendus je me permets de vous donner le renseignement suivant :

Avant mon arrivée à Aïn-M'lila la commune payait tous les ans 18.000 francs de frais d'hospitalisation à l'hôpital de Constantine. Actuellement cette commune ne paye plus que 10.000 francs, le prix de la journée n'étant que de 1 fr. 30 à l'infirmerie située au centre de la commune et *étant de 2 fr. 60 à l'hôpital de Constantine.*

Il est assez rare de voir un fonctionnaire faire économiser à une commune un chiffre supérieur au traitement qui lui est alloué.

Les demandes ne paraissent pas d'ailleurs très nombreuses pour entrer dans notre carrière. Au dernier concours, huit places étaient offertes et quatre candidats se sont présentés. Encore quelques années et l'administration sera obligée de supprimer le concours : viendra qui voudra.

Aïn-M'lila, le 18 avril 1911,

Monsieur et très honoré confrère,

M. le docteur Gilbert Laurent, député de la Loire, secrétaire du Groupe médical parlementaire, a bien voulu déposer sur le bureau de la Chambre un amendement ajoutant les médecins de colonisation à la liste des fonctionnaires algériens devant être compris dans la nomenclature de la 2e section du tableau n° 3, annexé à l'article 7 de la loi du 9 juin 1853.

Cet amendement a été signé par MM. Gilbert Laurent, Dubuisson, Devins, Monprofit, Jean Durand, M. Bories, Bollet, Bozonet, Héritier, Cachet, Samalens, Barthe et Marquet.

Je serais très reconnaissant au *Concours Médical,* s'il veut bien remercier ces Messieurs au nom de tous les médecins de colonisation.

Cette affaire sera donc portée au Sénat à la rentrée. Le « Sou médical » ne pourrait-il pas nous appuyer dans cette circonstance ? Je me suis permis d'écrire à M. le docteur Labbé, président du Groupe médical parlementaire.

Veuillez agréer mes salutations confraternelles.

Dr CROZES.

Aïn-M'lila, 18 avril 1911.

Monsieur le Directeur
du *Concours Médical,*

Le 13 avril courant, la Chambre des députés votait sans opposition, un amendement déposé par M. Gilbert Laurent, député de la Loire, secrétaire du Groupe médical parlementaire.

Cet amendement tendait à faire comprendre dans la 2e section du tableau 3 de la loi du 9 juin 1853, avec les employés de bureaux du Gouvernement général et des préfectures et les administrateurs des communes mixtes *les médecins de colonisation.*

Cet amendement a été signé par un certain nombre de confrères députés : MM. Dubuisson, Devins, Monprofit, Jean Durand, M. Bories, Bollet, Bozonet, Héritier, Cachet, Samalens Barthe et Marquet.

Nous devons donc cette faveur à nos confrères et à nos confrères seuls. Ce fait a une grande importance pour nous, et je vous serai très reconnaissant, si, au nom des médecins de colonisation, vous voulez bien attirer la bienveillante attention de nos confrères sur les faits qui suivent :

Le décret du 23 mars 1883 accordait aux médecins de colonisation le même traitement qu'à MM. les administrateurs de commune mixte.

Traitement avant 1900.

Administrateurs		Médecins de colonisation	
5e classe...	3.000 fr.	5e classe ..	3.000 fr.
4e classe ..	3.500 »	4e classe ..	3.500 »
3e classe..	4.000 »	3e classe ..	4.000 »
2e classe ..	4.500 »	2e classe...	4.500 »
1re classe..	5.000 »	1re classe ..	5.000 »

Traitement après l'année 1900.

Administrateurs		Médecins de colonisation	
5e classe. .	3.900 »	5e classe...	3.000 »
4e classe..	4.400 »	4e classe...	3.500 »
3e classe. .	4.900 »	3e classe...	4.000 »
2e classe ..	5.400 »	2e classe...	4.500 »
1re classe..	5.900 »	1re classe ..	5.000 »
Administrateur principal de 2e clas.	6.400 »		
Administrateur principal de 1re cl.	6.900 »		

Traitement.

Administrateurs		Médecins de colonisation	
30 décembre 1909.		Octobre 1909	
Les 2 premières clas. sont supprimées.		5e classe ..	3.000 »
Administ.		4e classe ..	3.500 »
de 3e cl.	4.500 »	3e classe ..	4.000 »
de 2e cl.	5.000 »	2e classe ..	4.500 »
de 1re cl.	6.000 »	1re classe. .	5.000 »
A. principal de 2e cl.	7.000 »	2e hors cl .	5.500 »
Administ. principal de 1re cl.	8.000 »	1re hors cl .	6.000 »

Tel est le chemin parcouru par des fonctionnaires qui rendent tous de très grands services et qui avaient autrefois le même traitement.

Les médecins de colonisation méritent-ils l'ostracisme dont ils sont victimes ? Des exemples permettront de constater le contraire.

Le développement pris par l'assistance médicale accordée aux indigènes et la création d'infirmeries indigènes a apporté de nouveaux devoirs aux médecins de colonisation. Les indemnités ridicules accordées en pareil cas peuvent-elles être une compensation, même minime ?

Le médecin de colonisation touche une indemnité de six cents francs pour assurer le service médical à l'infirmerie d'Aïn-M'lila. Voyons quel a été ce service durant l'année 1910.

Mouvement des malades.

Présents au 1er janvier 1910.

Hommes	18
Femmes	5
Enfants	1
Total	24

ntrées.

Hommes	*381*
Femmes	129
Enfants	65
Total	575

Décès.

Hommes	11
Femmes	2
Total	13

Nombre de journées de malades. 9754

Opérations pratiquées durant l'année 1910.

1° Opération de hernie étranglée ;
2° 6 amputations partielles du pied
3° Amputation de jambe.
4° Sept accouchements ;
5° Un accouchement gémellaire ;
6° Opération d'empyème ;
7° Fracture du fémur droit par coup de feu. Suture osseuse.
8° Exentération de l'œil gauche ;
9° Kyste hydatique de la rate ;
10° Opération d'un sarcome ;
11° Amputation du bras gauche, tiers supérieur ;
12° Amputation de la cuisse gauche ;
13° Deux kystes hydatiques suppurés du foie ;
14° Extraction d'une balle sous la clavicule gauche ;
15° Ablation de ganglions sous-maxillaires.
16° Amputation de la cuisse droite ;
17° Amputation du sein gauche ;
18° Amputation du bras droit.

Le prix de la journée n'étant que de 1 fr. 30 à l'infirmerie et étant de 2 fr. 60 à l'hôpital de Constantine, la commune a économisé durant l'année, par suite de la présence du médecin de colonisation, un chiffre de beaucoup supérieur au traitement de ce dernier. Il était cependant facile au médecin de refuser de pratiquer ces opérati en n'ayant aucun aide.

Consultations gratuites à l'Infirmerie durant l'année 1910.

Hommes	259
Femmes	280
Enfants	251
Total	780

Maladies épidémiques soignées dans les douars durant l'année 1910.

Typhus exanthématique	56 cas
Variole	14 cas
Fièvre typhoïde	3 cas

Etendue de la circonscription : plus de 200.000 hectares.

Je vous serai très reconnaissant si vous voulez bien porter ces faits à la connaissance des membres du Groupe médical parlementaire, en les priant de nous faire accorder le même traitement qu'à MM. les administrateurs, comme le fait existait autrefois.

Veuillez agréer mes salutations confraternelles.

Dr Crozes

Aïn M'lila, le 1er mai 1911.

Monsieur et très honoré Confrère,

La *Dépêche de Constantine* du 1er mai 1911 vient de publier l'entrefilet suivant, par suite de la mort de notre jeune confrère le docteur Perrot.

Le Gouvernement a bien voulu jeter quelques fleurs sur cette tombe :

Bordj-Bou-Arreridj

Encore une victime de la science. — Hier matin, une foule émue accompagnait jusqu'à sa dernière demeure la dépouille mortelle du docteur Perrot. Ce jeune praticien, médecin de colonisation de la commune mixte des Bibans, avait contracté dans une tournée de vaccination, les germes du typhus et malgré les soins empressés que lui prodiguèrent ses confrères de Bordj-bou-Arreridj, le mal terrible accomplit son œuvre destructrice et l'enleva en quelques jours à l'affection d'une mère éplorée. Le jeune docteur, dans son court passage parmi nous, avait su, par son amabilité et son dévouement, s'attirer toutes les sympathies. Aussi les populations de la Medjana et de Bordj-bou-Arreridj, avaient tenu à assister en foule à ses obsèques. Le deuil était conduit par les deux frères du défunt. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. le Sous-préfet de Sétif, l'Administrateur de la Medjana, ainsi que par ses deux adjoints ; le deuxième, par MM. les docteurs Gérin, Rouche, le médecin major Pourpre et Zimermann, pharmacien, et le troisième, par quatre colons de la Medjana.

Des discours émus furent prononcés au cimetière par M. le Sous-Préfet, au nom du Gouvernement, M. Loizillon, administrateur de la Medjana et M. le docteur Gérin.

Nous adressons à Mme veuve Perrot et à ses deux fils nos plus sincères condoléances.

Tout cela démontre malheureusement l'exactitude de ce qui a été dit sur l'ingratitude du gouvernement à notre égard.

Durant 23 années de pratique en Algérie j'ai vu disparaître un grand nombre de mes camarades. J'ai moi-même été atteint par une épidémie et l'année dernière encore, mon fils a été atteint de typhus.

Tout cela ne compte guère aux yeux de ceux qui nous dirigent. Toutes les faveurs vont aux employés de bureaux qui n'ont pas au moins la bêtise de mourir pour les autres.

Veuillez agréer, etc., Dr CROZES.

SOCIÉTÉS ET SYNDICATS

Association corporative des Etudiants en médecine de Bordeaux

La vie médicale à la campagne. Les débuts

(Conférence de M. le Dr RABÈRE, de Pauillac).

L'Association corporative des étudiants en médecine de Bordeaux organise chaque année une ou plusieurs séries de conférences traitant de questions professionnelles ou scientifiques plus particulièrement à l'ordre du jour. Dans l'une d'elles le 5 avril, sous la présidence de M. le Professeur Arnozan, l'Association corporative avait invité M. le Dr Rabère, de Pauillac, à venir parler de « la vie médicale à la campagne ».

Ainsi que le fait fort bien remarquer M. le professeur Arnozan, parmi toutes les lacunes que présente l'enseignement des facultés, il faut surtout signaler la déontologie pratique, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire l'enseignement du rôle social et de l'influence de la maladie et du médecin. C'est pour renseigner les jeunes confrères sur les mille déboires qui les guettent tout le long de leur existence, pour les mettre en garde contre bien des dangers, que le conférencier a mis au service des étudiants l'expérience que lui ont donnée 34 années de pratique médicale à Pauillac.

Au début, le jeune médecin sera arrêté par le choix d'un poste, car notre diplôme, hélas ! ne nous confère pas une situation ; s'il n'a pas l'heureuse chance de succéder à un confrère, et s'il doit se créer lui-même une clientèle, il ne devra arrêter sa décision qu'après une très sérieuse enquête, se gardant bien de se laisser entraîner par des rivalités de personnes, ou de partis, car il y perdrait son indépendance et bien souvent son prestige.

Mais, pour s'installer, que de détails il faut prévoir, instruments, véhicule, livres et journaux. Le conférencier, nous faisant profiter de son expérience, nous dit qu'une trousse ordinaire, un forceps et un thermocautère, constitue un arsenal suffisant pour le modeste débutant, toujours incertain du lendemain. Selon sa bourse, il devra prendre un cheval ou une automobile, mais se souvenant qu'un cheval et une bicyclette suffisent en général amplement, au moins au début pour faire face aux exigences des malades.

Pour sa bibliothèque, elle comprendra ses manuels d'étude, plus un traité de chirurgie d'urgence. Quant aux journaux, en dehors des publications locales et qui le maintiendront en rapport avec la faculté où il a fait ses études, M. le Dr Rabère conseille parmi les journaux de Paris de s'abonner au *Concours Médical*, qui, à coté d'articles scientifiques très bien faits, le tiendra au courant de tout ce qui se fait au point de vue professionnel. Il y aurait précisément, dit-il, de l'ingratitude de la part d'un médecin de campagne à ne pas préconiser le « *Con ours médical* .»

Avant de laisser son jeune confrère partir auprès du « client », il lui rappelle son rôle tout de dévouement et de bonté. Et enfin, au lit même du malade, surgiront des difficultés nouvelles : un mot à ne pas prononcer, un pronostic exact à donner, un traitement décisif à instituer, car le praticien doit avoir du savoir-faire, c'est-à-dire une observation sagace, du jugement, du tact et de la mesure.

Les débuts seront durs, seuls viendront les mauvais clients, mais ils paieront de leur monnaie, en célébrant les louanges du jeune médecin, ils lui feront sa popularité, c'est déjà quelque chose.

Un très nombreux auditoire s'était rendu à l'appel de l'Association corporative des étudiants en médecine de Bordeaux. En dehors des étudiants bon nombre de médecins et de professeurs à la faculté avaient tenu à venir écouter cette conférence en marge de l'enseignement officiel.

Les applaudissements nourris qui éclatèrent en terminant montrèrent que le conférencier avait su nous laisser l'impression d'un fin causeur, plein d'esprit et, ce qui vaut mieux, d'être lui-même le type idéal de l'honnête homme et de l'homme de l'art et qu'en nous racontant la vie du médecin à la campagne, c'est de la sienne qu'il nous parlait.

Paul BALARD.

Dans une seconde conférence M. le Dr Rabère parlera de la chirurgie à la campagne, des accouchements, des consultations entre confrères, des expertises et des accidents du travail et enfin des sociétés de secours mutuels et des assurances médicales.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DU VIe ARRONDISSEMENT DE BORDEAUX

28 *juin* 1910.

Honoraires médicaux. Responsabilité du fils en ce qui concerne l s soins donnés à sa mère sans ressources qu'il a recueillie chez lui. Condamnation solidaire de la mère et du fils.

Attendu, que suivant exploit de Me David, huissier à Bordeaux en date du 6 mai dernier, enregistré, le Dr

Ducamp d'Orgas réclame au sieur T., et à la dame veuve T., sa mère, la somme de 140 francs pour soins à eux donnés pendant le cours de l'année 1908.

Attendu que, par l'organe de Me Brétenet, avocat, le défendeur soutient que le demandeur n'a fait pour lui personnellement aucune visite dans le cours de l'année 1908 ; qu'il n'a pas non plus fait appeler ce dernier pour donner des soins à sa mère, et que celle-ci par conséquent est seule débitrice envers son médecin des honoraires qu'il lui réclame.

Attendu que la dame T., sans contester les soins à elle donnés par le demandeur, ni le chiffre de ses horaires, soutient qu'elle s'est acquittée envers ce dernier après chaque visite, et qu'elle ne lui doit absolument rien.

Attendu que, dans ces conditions, il convient de rechercher, si, d'une part, la responsabilité du sieur T., est engagée et, d'autre part, si l'aveu peut être divisé contre elle.

Sur le premier point : attendu qu'il ressort des débats et de l'enquête à laquelle il a été procédé, que le sieur T., entrepreneur en constructions a depuis plusieurs années recueilli chez lui la veuve T., sa mère, très âgée et dont les ressources sont insuffisantes pour lui permettre de subvenir à ses besoins ;

Que celle-ci a la direction de la maison de son fils et reçoit de ce dernier, non seulement le logement et la nourriture, mais encore tous les soins que nécessite son état de santé ;

Qu'enfin le défendeur a seul payé les honoraires du médecin, pour les soins reçus par sa mère et lui dans le cours de l'année 1907 ;

Attendu, en outre, que les énonciations et mentions contenues dans les livres et carnets du demandeur, tenus d'ailleurs d'une manière à inspirer toute confiance, établissent que le Dr Ducamp d'Orgas, a toujours considéré le sieur T., fils, comme garant du paiement de ses honoraires pour les visites faites à sa mère ;

Que, d'un autre côté, le sieur T. n'apporte aucune justification de nature à dégager sa responsabilité et limiter les suites de l'obligation qu'il semble avoir implicitement contractée ;

Sur le deuxième point : Attendu que si l'aveu ne peut être divisé contre celui qui l'a fait, ce principe cesse lorsque l'une de ses parties est reconnue fausse.

Attendu qu'il résulte de l'enquête à laquelle il a été procédé que, contrairement aux allégations de la dame T., celle-ci n'a pas versé au demandeur le montant de toutes ses visites ;

Qu'en effet, la dame G., en sa qualité de femme de service du défendeur, a assisté à la plupart de ces visites, a affirmé qu'elle n'avait jamais vu la défenderesse payer les honoraires de M. le Dr Ducamp d'Orgas ;

Attendu, d'autre part, qu'il est également établi par les débats et par les documents fournis que le sieur T. réglait les honoraires du demandeur à l'expiration de l'année pendant laquelle les soins avaient été donnés ;

Qu'il y a dès lors lieu de croire que la totalité de la somme réclamée est réellement due ;

Sur la solidarité de la part des débiteurs ;

Attendu que le principe suivant lequel la solidarité doit être expressément stipulée ne régit que la solidarité conventionnelle ;

Que la solidarité peut au contraire être prononcée indépendamment de toute stipulation et de toute disposition législative spéciale lorsque, comme dans l'espèce, il s'agit d'engagements qui se forment sans conventions ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs,

Le Tribunal, vidant son délibéré et jugeant contradictoirement et en dernier ressort, condamne les défendeurs à payer solidairement au demandeur la somme de 140 francs pour soins à eux donnés.

Les condamne également aux intérêts de cette somme à partir du jour de la demande et aux dépens.

VARIÉTÉS

Confrères, méfiez-vous des beaux parleurs.

Monsieur et cher confrère,

Je pense qu'il ne serait pas sans intérêt pour beaucoup de nos confrères de connaître un nouveau mode d'exploitation des médecins, qui fleurit depuis quelques mois avec une intensité incroyable dans la région de l'Est.

Les médecins, avoués, notaires et magistrats d'une petite ville sont en butte aux sollicitations d'un représentant de tailleur pour hommes et pour dames qui leur fait les propositions les plus alléchantes.

La maison-mère, de Paris, va fonder une succursale dans une grande ville de la région, Nancy, pour l'Est (Dijon a été fait il y a un an, paraît-il).

Comme, pour lancer une maison, il faut faire des frais de publicité extrêmement onéreux, qu'il s'agisse d'affiches ou d'annonces dans les journaux, la maison préfère s'adresser directement aux clients futurs, soigneusement triés, et, pour se faire connaître et apprécier, elle offre à monsieur et à madame, à titre de réclame et d'échantillon, trois costumes (nombre maximum) au choix, à des prix uniformes et dérisoires quant à la draperie, également dérisoires, mais légèrement variables en ce qui concerne la coupe, la doublure, les garnitures, etc.

Je ne parle pas des primes merveilleuses, manteaux du soir, manteaux de visites, manteaux d'auto (peut-être légèrement défraîchis ou démodés pour avoir été à l'étalage de la maison-mère) offertes moyennant une liste d'adresses de personnes amies avec recommandation favorable.

Les étoffes sont généralement laissées à domicile, moyennant le versement comptant, et sont emportées quelques jours plus tard par des coupeurs.

Chose extraordinaire, les vêtements sont livrés, mais l'étoffe, trop bien apprêtée, n'a bientôt plus aucune tenue. D'ailleurs, la coupe est généralement défectueuse, lorsque, par hasard, les vêtements s'ajustent suffisamment sur les formes de leur propriétaire.

Inutile d'ajouter que les vêtements ont été envoyés contre remboursement et qu'on n'entend plus jamais parler ni de la maison-mère, ni de la succursale, dont les représentants vont exhiber dans une autre région une quantité de cartes de commandes et de recommandations dont le nombre est assez réjouissant. On y trouve pêle-mêle cartes d'avoués, de notaires,

de magistrats, procureurs et juges d'instruction, de châtelains, de propriétaires et de médecins.

La plupart ont commandé le maximum, trois costumes pour monsieur, trois pour madame, trois pour mademoiselle, et encore quelquefois trois, par faveur tout à fait spéciale, pour l'amie de mademoiselle, en villégiature à la maison.

La plupart des médecins de Saint-Dié ont marché dans l'heureuse combinaison. Je dois avouer que moi-même, j'y suis allé d'un tailleur pour madame, d'un pardessus d'auto et d'un complet de chasse, avec faculté de résiliation après réception du premier costume — heureusement.

Mais tout le monde ne prend pas cette précaution suggérée par l'accent un peu trop belge du courtier, et je suis certain que, pour nombre de nos confrères, une fois le premier moment d'emballement passé, le moment de la douloureuse doit être plutôt dur.

Pensez-vous que le *Concours* pourrait mettre ses lecteurs en garde sans qu'une action judiciaire de l'une des maisons visées soit à craindre ?

Je ferais également insérer une note à peu près semblable dans quelques journaux envoyés à tout le corps médical, tels que le *Monde médical*, le *Répertoire médical*, la *Quinzaine médicale*.

Qu'en dites-vous ?

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr X.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France. — Dimanche 30 avril, a eu lieu l'assemblée générale. Le matin, révision des statuts. L'après midi, lecture de l'allocution du président, M. Lereboullet, qui fait part de sa retraite définitive, pour raison de santé. L'assemblée transmet, à son président démissionnaire, ses vœux de prompt rétablissement.

Après lecture du rapport du secrétaire général, de celui du trésorier, après le vote des pensions viagères, après la discussion sur les vœux des sociétés locales, le président de la séance, Dr Lande, donne connaissance du résultat du vote au Conseil général.

Ont été nommés :

Vice-présidents : MM. Bellencontre, Gairal et Gassot, en remplacement de MM. Bucquoy, Gross et Léon Labbé.

Secrétaire général : M. Levassort, en remplacement de M. Lepage.

Secrétaires des séances : MM. Hiard et Wattelet, en remplacement de MM. Laugier et de Massary.

Archiviste : M. Depasse, en remplacement de M. Périer.

Membres du conseil général : MM. Ball, Billaut, Boudin, Bouland, Butte, Clauzel-Vialard, Dignat, Fiquet, Vimont (de Paris); Barbanneau (Vendée), Bauzon (Saône-et-Loire), Dengler (Jura), Saquet (Loire-Inférieure).

Le lendemain, le nouveau conseil général s'est réuni et a décidé que l'élection du président aurait lieu le 18 juin, par les 93 sociétés locales.

Cours de vacances de M. Calot du 31 juillet au 6 août 1911, à l'Institut Orthopédique de Berck (5me année). En sept jours, de 8 h. du matin à 7 h. du soir : enseignement de l'Orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, etc..

Neuf conférences avec leçons, présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques individuels.

Pour avoir le programme détaillé et pour les renseignements s'adresser au Dr Fouchet à Berck-Plage (Pas de-Calais).

— Les honoraires médico-légaux en Algérie. — Dans une circulaire du procureur général d'Alger, 1908, ce magistrat indique que « lorsqu'il y a pluralité de blessés victimes d'un même attentat du même inculpé, un réquisitoire collectif suffit : le praticien doit se borner à établir un rapport global. »

Récemment, le parquet d'Alger, s'inspirant de ces principes, allouait pour un rapport global relatif à dix-sept blessés, la somme de... cinq francs.

On ne saurait se montrer plus généreux ni meilleur appréciateur des services rendus et du travail fourni.

— L'ancienneté de la grippe. — En l'an de grâce 1414, la fâcheuse grippe frappait déjà nos pères au point de désorganiser les audiences. Lisez plutôt cet extrait des registres du Parlement :

« An 1414, le lundy 5 mars, n'a pas esté plaidoyé; ne avait aucun advocat, ni procureur, ni parties, par le palais, pour une moult fièvre maladie qui généralement courait par Paris par laquelle la teste et tous les membres doloient et souffroient de moult fort rhume ; et, entre tous, moy-mesme ne dormis de toute cette nuit, et ne puis me soutenir de la douleur de la teste, des reins, des costez, épaules et jambes. »

Nous nous consolerions aisément de ne pas avoir, sur le xve siècle, le privilège de la grippe. Mais, n'avoir trouvé, en cinq cents ans, le moyen ni de la prévenir, ni de la guérir ! Docte Faculté, il semble que tu somnoles !

(*Paris-Journal.*)

Les Annales de la Jeunesse médicale, organe officiel de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante, Paris, organisent un grand concours (doté de nombreux prix) ouvert à tous les étudiants docteurs en médecine sur l'Election des prosecteurs à la faculté.

Question à résoudre : Etant connus les noms des candidats au prosectorat et ceux des membres du jury, indiquer à l'avance les deux futurs élus ?

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-troisième année. N° 20 Dimanche 14 MAI 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La publicité des sanctions syndicales

« Comme la mode fait l'agrément, a dit Pascal, aussi fait-elle la justice ».

Dans un *jugement du* 14 *avril* 1910, ayant trait à la mise à l'index d'un médecin non syndiqué qui avait tenté de faire échec à une action dirigée contre des mutualistes, le *Tribunal de Toulouse* a dit :

« *L'interdit prononcé par le Syndicat est licite comme pris dans la sphère de son action et de ses attributions.* »

Un *arrêt de la Cour de Nîmes du* 30 *janvier* 1907 a même fixé les conditions de publicité données à une mise à l'index syndicale, en réformant en partie un *jugement du Tribunal civil, d'Avignon du* 31 *janvier* 1906. Le Tribunal d'Avignon, dans un procès intenté par un patron à la *Fédération des travailleurs du Livre* qui l'avait mis à l'index et avait fait connaître sa décision par voie d'affiches, avait trouvé que cette publicité était abusive, « que l'opinion « publique n'a pas à être tenue au courant des « faits qui relèvent seulement du Syndicat ». La Cour de Nîmes fut d'avis qu' « en usant de ce procédé de publication (l'affichage), on ne faisait qu'employer *un mode licite d'exécution d'une résolution*, qui trouve elle même son fondement dans la loi », tout en affirmant « qu'en pareil cas le droit d'affichage a sa « source et sa limite dans l'exposé pur et sim- « ple des prétentions et des griefs des parties, « et que si on l'accompagne de manœuvres « dolosives, ou si l'affichage contient des impu- « tations diffamatoires, calomnieuses ou in- « jurieuses, on transforme ainsi, de toute évi- « dence, un acte légitime dans son principe en « un délit ou en un quasi-délit. »

Cette jurisprudence nous paraissait légitimer la publicité donnée aux sanctions, à la con-

dition de s'y borner à l'exposé pur et simple des faits, en évitant de tomber dans la diffamation, la calomnie ou l'injure. Depuis, deux jugements paraissent modifier cette jurisprudence et adopter l'opinion du tribunal d'Avignon, qui qualifie d'abus toute publicité donnée à une sanction en dehors du Syndicat qui l'a prononcée. Les attendus de ces jugements ont en outre une tendance manifeste à limiter le droit syndical qu'ils apprécient sans la moindre bienveillance.

Dans un premier cas, il s'agit d'un pharmacien, docteur en médecine, qui, exerçant les deux professions, avait été mis à l'index par le Syndicat médical. Un des membres du Syndicat, invité par le pharmacien docteur en médecine à venir l'assister auprès d'un malade, refusa par lettre, alléguant la décision syndicale.

Le *Tribunal civil de Draguignan,* saisi de ce fait, rendit un *jugement le* 15 *novembre* 1910 où il considérait que la mise à l'index dans l'espèce constituait « une atteinte au droit naturel « qu'a tout homme d'exercer librement sa pro- « fession en se conformant aux lois ; attendu « que le cumul des exercices de médecin et de « pharmacien est admis par la législation ac- « tuelle ».

Persuadé que le Syndicat « a prononcé la « mesure de mise à l'index dans un intérêt « purement privé, à l'instigation de certains « praticiens qui avaient eu à souffrir de la con- « currence du demandeur », le Tribunal a considéré que le Syndicat paraissait « avoir agi in- « considérément, à la légère, mal conseillé par « ses membres » intéressés, et a condamné le Syndicat à deux insertions de son jugement.

Le second procès a trait à la publication sans commentaires d'un blâme infligé à un médecin syndiqué.

Voici les faits tels que les expose le *jugement du Tribunal de Chalon-sur-Saône* : Les médecins syndiqués de Châlon avaient résolu d'imposer à la municipalité de cette ville le libre choix pour l'Assistance médicale à domicile. Les quatre médecins, chargés à titre forfaitaire de ce service, devaient démissionner et tous les confrères de la ville s'étaient engagés à n'accepter que le système du libre choix avec paiement à la visite. Or, un des quatre était conseiller municipal, il refusa d'abandonner ses fonctions et, pour recouvrer sa liberté, démissionna du Syndicat, qui, en Assemblée générale, lui infligea un blâme. Deux journaux locaux insérèrent une note, indiquant les faits et mentionnant le blâme, sans commentaires.

Le médecin blâmé considéra cette publication comme diffamatoire, assigna le Syndicat devant le tribunal de Chalon qui condamna ce dernier à 100 francs de dommages-intérêts et aux frais de l'insertion du jugement en première page dans les deux journaux locaux qui avaient annoncé le blâme.

Nous relevons dans ce jugement des attendus dont l'esprit diffère sensiblement de ceux du Tribunal de Toulouse et de la Cour de Nîmes que nous avons cités plus haut.

Le Tribunal trouve que « les médecins (syn- « diqués) ont évidemment fait preuve de ces « tendances absolutistes et tyranniques qui « animent trop souvent les Syndicats ; que « toutefois leur blâme ne constitue pas la *faute* « prévue par l'art. 1382 du Code civil et pou- « vant obliger l'auteur de ce blâme à réparer « le préjudice qui en est résulté, qu'en effet « les statuts du Syndicat des médecins de « Saône-et-Loire donnent à l'Assemblée géné- « rale le droit de prononcer l'exclusion d'un « membre de ce Syndicat, que le *blâme,* qui « figure ordinairement comme moins grave que « l'exclusion dans l'échelle des mesures disci- « plinaires, pouvait *a fortiori* être voté par cette « Assemblée... »

Il ajoute « que si les Syndicats peuvent, en « vertu de leurs statuts, infliger des blâmes à « leurs membres qui savent, lorsqu'ils entrent « dans les Syndicats, qu'ils s'exposent, le cas « échéant, à ces mesures, c'est à la condition « que le vote de blâme exprimé dans une réu- « nion absolument privée *reste secret*... qu'il « appartenait au Syndicat, en votant contre un « de ses anciens membres une mesure relative- « ment grave, *de prendre toutes les précautions* « *nécessaires pour en empêcher la divulgation* ; « que non seulement il n'en a rien fait, puis- « que cette divulgation a suivi de très peu la « réunion, mais que le Syndicat n'a même pas « protesté contre la publication regrettable et « abusive qui avait eu lieu ; qu'il y a eu de sa « part imprudence aggravée par cette singu- « lière attitude, et le rendant responsable du « dommage causé au demandeur par la pu- « blicité donnée au vote de blâme dont il a été « l'objet. »

D'après ce jugement, non seulement un Syndicat médical n'a pas le droit de publier une sanction prise contre un de ses membres, *mais il est responsable de toute indiscrétion commise à ce sujet et donnant une publicité à la sanction qu'il a votée.*

La mode paraît avoir changé depuis l'arrêt de la Cour de Nîmes ; à moins qu'il y ait Syndicat et Syndicat, et que les actes de la puissante Fédération des Travailleurs du Livre ne soient pas appréciés par les tribunaux avec le même esprit que ceux d'un simple Syndicat de médecins praticiens ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Broca : M. le prof. agrégé PROUST.

Indications opératoires dans les suppurations pelviennes.

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui des indications opératoires dans les suppurations pelviennes. Ces indications sont variables, comme le sont les causes et les formes desdites suppurations. Désireux de rester uniquement dans le cadre de la clinique, je prendrai les cas les plus fréquents, les deux grandes causes des suppurations pelviennes, la blennorrhagie et la puerpéralité, et encore, dans cette dernière, aurai-je en vue principalement la forme consécutive à l'avortement.

Par quel mécanisme la blennorrhagie entraîne-t-elle des suppurations pelviennes ? Par la salpingite. Nous le savons maintenant, mais pendant nombre d'années beaucoup d'auteurs ont cru que le pus se trouvait dans le ventre même. C'est la raison pour laquelle Reclus refusait d'intervenir alors, disant que l'on allait mettre le pus en liberté. Or, dans la blennorrhagie, le pus, au moins au début, siège dans la trompe. Les femmes ont une poche de pus intra-tubaire et aussi intra-ovarienne. Voici un utérus envahi par le gonocoque. Celui-ci gagne de proche en proche la muqueuse. Le gonocoque aime les muqueuses, à la différence du streptocoque qui aime les lymphatiques. Vous savez que la trompe, au voisinage de l'utérus, a une portion rétrécie. Celle-ci se gonfle, arrive à se fermer, à être imperméable. Par un autre mécanisme, les franges de l'ostium tubaire viennent à se recroqueviller, à adhérer les unes aux autres. La trompe enflammée se trouve, dans ces conditions, transformée en un sac clos, qui constitue le pyo-salpinx.

Je n'étudie pas ici la salpingite et je passe sur le stade de salpingite catarrhale. Je ne veux m'arrêter qu'au pyo-salpinx. Voilà donc un pyo-salpinx. Il est important de se rendre compte où est le pus. Il siège dans la trompe, mais le plus habituellement, il n'y a pas seulement réaction tubaire, il y a aussi réaction ovarienne. Dans beaucoup de salpingites franches, vous trouvez simultanément une énorme poche ovarienne pleine de pus. La poche ovarienne est séparée ou réunie à la poche tubaire. Rappelez-vous également qu'il est constant de rencontrer des lésions bilatérales. Les deux côtés sont intéressés, d'une manière inégale, habituellement. Ceci pour vous dire que, en matière de salpingite, c'est une erreur de faire une castration unilatérale.

Les altérations peuvent-elles aller plus loin ? Voici une femme qui a deux poches pelviennes remplies de pus. La virulence de la suppuration s'est atténuée à la suite du repos et des applications de glace. Une telle malade est exposée à des poussées sur lesquelles M. Pozzi a insisté et pour lesquelles il a proposé le nom de péri-métro-salpingite. A la suite d'une fatigue ou d'une cause adjuvante quelconque, l'ensemble du petit bassin est frappé d'une sorte d'œdème. On trouve dans le petit bassin des bulles jaunâtres d'œdème. Si on met la malade au repos et qu'on l'opère ensuite, on voit que l'œdème a disparu. Ce sont les phénomènes de péri-métro-salpingite qui peuvent provoquer des adhérences avec les anses intestinales.

La poussée se calme par le repos et la glace sur le ventre. Mais si aucun traitement n'est mis en œuvre, les choses vont plus loin et la lésion suppure. Il se fait une pelvi-péritonite suppurée et vous avez du pus dans le cul-de-sac de Douglas, un abcès pelvien. C'est une complication rare, grave, que l'on évite par des soins donnés à temps.

Il peut se produire encore une fissuration, une rupture du pyo-salpinx. Cet éclatement de la poche, lorsque celle-ci est recouverte d'organes de protection (l'S iliaque par exemple), aboutit à une pelvi-péritonite limitée.

Par conséquent, à ces poches purulentes peuvent s'ajouter de la péri-métro-salpingite, un abcès pelvien véritable ou une fissuration de la poche.

Dans les cas consécutifs à l'avortement, le streptocoque est en cause. Il peut donner aussi de la salpingite et quelquefois autre chose. Nous en avons eu un exemple chez une petite malade entrée dans le service, il y a deux mois. Elle présentait à gauche une tumeur ressemblant à une salpingite. Progressivement, sa température monta, en même temps que l'on sentait par le toucher une masse semblant s'élever peu à peu. La masse arriva bientôt dans la fosse iliaque et l'on finit par percevoir au-dessus de l'arcade fémorale gauche un plastron. Je fis à ce niveau une incision, l'incision qui permet d'arriver sur l'artère iliaque externe. Il s'écoula du pus et je drainai. La température tomba et la malade guérit.

J'avais prévu qu'il s'agissait d'une suppuration pelvienne par suite d'avortement, et je m'étais basé pour cela sur la localisation de la lésion. L'infection streptococcique passe, en effet, par les lymphatiques et vient faire un phlegmon ou un adéno-phlegmon à la base du ligament large, ré-

◆◆

gion riche en lymphatiques. Deux choses se produisent. Ou bien, vous avez un phlegmon très virulent qui bombe dans le cul-de-sac. Il semble que le col enfonce dans une sorte de carton humide et il suffit d'un coup de pointe de bistouri dans le vagin pour donner issue à la collection purulente. Quelquefois, même, l'ouverture spontanée se ferait. Dans d'autres cas, moins virulents et plus embarrassants, pour des raisons que nous ne connaissons pas bien, la suppuration reste chronique et remonte. Autrefois, dans ces suppurations, lorsqu'on avait fait une ouverture au niveau de la fosse iliaque, il fallait faire une contre-ouverture vaginale. Aujourd'hui, en général, on peut aborder et tarir la suppuration pelvienne sans incision vaginale.

Quelles sont les règles thérapeutiques à appliquer contre ces suppurations pelviennes ?

Je laisse de côté la question du refroidissement des salpingites. Si la femme vient demander conseil à temps, vous la mettrez au repos et vous la traiterez comme une salpingite. Sinon, que ferez-vous? Quelles opérations avons-nous à notre disposition ? Nous pouvons faire :

La laparotomie ;

La colpotomie ;

L'hystérectomie vaginale, et l'incision de la fosse iliaque.

La laparotomie est, semble-t-il, l'idéal pour enlever les poches de pus. Si vous avez une poche tubaire, quelle que soit sa virulence, vous pouvez protéger les organes voisins et évacuer la lésion sans laisser courir aucun risque. Mais, en revanche, quand vous avez une poche purulente en dehors des trompes, il est dangereux de laisser une paroi qui sécrète du pus en contact avec le reste de la cavité abdominale. L'intervention est limitée à ce fait que vous arrivez à trouver par le toucher une masse fluctuante tubaire. Si vous avez une poche salpingienne, vous pouvez pratiquer la laparotomie.

La colpotomie s'applique aux suppurations siégeant dans le cul-de-sac de Douglas. On nous amena, il y a quelque temps dans le service, une malade avec 40° de température. Au toucher, nous trouvâmes une énorme masse de périmétro-salpingite. On mit de la glace sur le ventre et le lendemain une certaine détente se produisit sans persister. On fit la colpotomie.

Je vous rappelle ceci sur le manuel opératoire de la colpotomie. Quand vous avez ouvert le cul-de-sac de Douglas, vous donnez issue à du pus. Mais, l'âme même de la suppuration est plus haut, dans la trompe. En ouvrant le cul-de-sac de Douglas, vous avez seulement lâché une soupape, la lésion tubaire persistant. Chez la malade dont je viens de parler, malgré l'écoulement du pus, la température remontait. On était très perplexe et l'on se décida à intervenir de nouveau. Comme complément de la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, l'opération de Péan, permet d'enlever l'utérus et plus ou moins complètement la trompe. On laisse ainsi un gouffre, béant dans le vagin, par où le pus s'écoule. Chez notre malade, en raison d'accidents intestinaux, je préférai malgré tout la laparotomie, avec laquelle j'étais certain d'enlever la poche. Je tombai sur un pyo-salpinx gangrené et rompu. Tant que ce séquestre purulent eût persisté, j'aurais pu tout faire sans résultat. Cette observation nous a montré que l'on pouvait, pour enlever les poches tubaires dans ces conditions, passer au travers d'un péritoine sain par laparotomie.

L'hystérectomie vaginale convient aux cas suivants : vous avez fait une colpotomie parce qu'il existait du pus dans le Douglas. Vous avez retiré du pus franc. Vous avez une pelvi-péritonite et vous constatez que l'orifice de la colpotomie se rétrécit et ne permet plus le drainage. Vous enlevez l'utérus.

Dans les lésions du ligament large, que faire ? Si la suppuration est très basse, vous pouvez ouvrir par le vagin, non pas en arrière comme dans la colpotomie, mais latéralement. Dans le phlegmon du ligament large, qui chemine vers la paroi iliaque, vous inciserez comme pour la ligature de l'iliaque externe.

En définitive, dans le traitement chirurgical des suppurations pelviennes, le choix des opérations s'appuie sur le diagnostic précis.

Dans les pyo-salpinx, vous ferez la laparotomie ;

Dans les suppurations du cul-de-sac de Douglas, la colpotomie ;

Dans les suppurations latérales, vous ouvrez par le vagin.

Dans les phlegmons iliaques, vous incisez au niveau du plastron.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les Procédés récents de Désinfection des mains.

M. Lance a publié dans la *Gaz. des Hôp.* une étude des divers procédés de désinfection des mains pour les opérations chirurgicales dont nous remarquons les passages suivants :

« En face de la désinfection des mains par le savonnage, procédé compliqué qui nécessite un temps prolongé (40 minutes de savonnage en 3 cuvettes et 20 minutes d'immersion et de friction dans l'eau oxygénée à 12 volumes, se placent deux nouvelles méthodes :

« 1° La désinfection à l'alcool, sans lavage

préalable, qui, non caustique pour les mains, peut être employé toujours et dans tous les cas, plus constante et plus complète dans ses résultats, d'après ses partisans, plus économique de temps et d'argent, en somme, plus pratique.

« 2° La désinfection aux solutions iodées, à la teinture d'iode en particulier, irritante pour les mains, et, par suite, méthode d'exception. Elle est réservée aux cas qui nécessitent une désinfection très énergique (mains infectées antérieurement), ou très rapide (urgence, chirurgie de guerre).

« En tous cas le praticien, le médecin militaire doivent retenir ce fait qu'avec de la teinture d'iode ou même de l'alcool dénaturé du commerce, on peut, en quelques minutes, avoir des mains aseptiques et être en mesure de pratiquer avec sécurité n'importe quelle opération. »

Réactif clinique de l'urobiline.

Le *Journal de pharmacie et de médecine* indique un procédé préconisé par M. Alb. Florence, de Lyon, pour la recherche facile de l'urobiline, sans précipitations et sans filtrations.

« On sait que les urines dites hématiques se foncent un peu en couleur après l'émission, par suite de la transformation du ou des chromogènes en pigment : or, cette transformation se fait en un milieu qui, alors, est réducteur.

« M. Florence a, par suite, supposé qu'un réactif réducteur serait plus sensible et permettrait de mettre en évidence même les chromogènes. Il s'est arrêté au suivant :

Pyridine..............	50 gr.
Alcool................	50 gr.
Chloroforme...........	50 gr.
Acétate de zinc.......	7 gr. 50

« Ce réactif se conserve parfaitement. Dans un tube, mettre 2 à 3 cent. cubes d'urine et le double de réactif ; agiter sans émulsionner.

Après repos, la couche inférieure est incolore s'il n'y a pas de pigments ; elle est d'une magnifique fluorescence verte, s'il y a de l'urobiline ; elle devient peu à peu fluorescente, s'il y a de l'urobilinogène ; elle est verdâtre, s'il y a de la biliverdine, qui bientôt par transformation devient aussi fluorescente : elle devient rose ou rouge cerise, s'il y a du sang.

« Dans tous les cas, on a des spectres d'une grande pureté. Les réactions sont quantitatives, c'est-à-dire qu'elles permettent par leur intensité, d'estimer approximativement la richesse de l'urine en pigment.

« Ce réactif a l'avantage de n'exiger aucune manipulation, pas même de filtration. »

La douleur signal chez les dyspeptiques dilatés.

M. le Dr G. Leven décrit, dans le *Journ. de médecine interne*, un nouveau symptôme que l'on rencontre chez les dyspeptiques avec dilatation de l'estomac : la douleur provoquée sur la ligne médiane par la pression du plexus solaire.

« Cette douleur qui apparaît sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, diminue notablement et disparaît même, dès l'instant où le doigt atteint pour la relever, la limite inférieure de l'estomac.

« Le malade est placé debout, appuyé au mur, devant le médecin assis sur un siège un peu élevé. Le médecin, ayant déterminé la région la plus douloureuse à la palpation profonde, place les deux pouces du malade ou ceux d'un aide, sur le point sensible « pour y exercer une pression douloureuse ». Puis « de bas en haut (en commençant au-dessus du pubis), avec les deux pouces placés bout à bout, sur la ligne médiane les pulpes aplaties contre la paroi, il cherchera à relever le contenu abdominal par une pression profonde exercée en des points de plus en plus rapprochés à l'ombilic. » A l'instant où le malade annonce la diminution ou la suppression de la douleur, « on est certain d'avoir abordé et relevé la limite inférieure de l'estomac. »

« Cette recherche peut se faire encore avec le rebord cubital de la main perpendiculairement à la paroi abdominale qu'il faut fortement déprimer (se placer à droite et un peu en arrière du malade).

« Une ceinture, placée à la limite trouvée, sera en bonne position pour soutenir l'estomac et soulager le patient. »

L'ibogaïne et ses applications.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, eu l'occasion de parler de l'Ibogaïne, cet alcaloïde qu'il ne faut pas confondre avec l'ouabaïne extrêmement toxique, qui a été expérimentée contre l'asthme et la coqueluche, et l'yohimbine qui est un aphrodisiaque. L'Ibogaïne est l'alcaloïde de l'*iboga*, qui croît au Congo, que les indigènes considèrent comme un stimulant énergique et un aliment d'épargne, et dont ils font une copieuse consommation. Isolée et étudiée par Ed. Landrin, elle a été introduite dans la thérapeutique à la suite des recherches et des expériences du Dr A. Landrin. Les travaux de laboratoire et les essais cliniques ont démontré qu'il s'agit là d'un merveilleux médicament : tonique musculaire, tonique nerveux, excitant de la nutrition. De ces données générales, se déduisent facilement les applications thérapeutiques de l'Ibogaïne qu'on trouvera indiquée toutes les fois qu'il y aura lieu de remonter un état général défaillant, de réparer les pertes d'un organisme affaibli, plus particulièrement dans toutes les formes de surmenage, dans les convalescences, dans la neurasthénie, etc. Sans prétendre au nom de médicament cardiaque, l'Ibogaïne sera avantageusement prescrite dans les cas d'asthénie du cœur, de dilatation, en raison de son action énergique tant sur le myocarde que sur les ganglions intra-cardiaques. L'Ibogaïne, enfin, ne saurait être considérée à

proprement parler comme un agent aphrodisiaque : toutefois, son action sur le système nerveux la classe au nombre des remèdes contre l'impuissance.

L'Ibogaïne s'emploie sous forme de chlorhydrate, qui forme la base des dragées Nyrdahl dont la formule est due au Dr Landrin et qui sont dosées à raison de 5 milligr. de principe actif : 2 à 6 dragées constituent la ration moyenne habituelle *pro die*.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Brûlure des os du crâne par électrocution. — Vaccinothérapie de l'anthrax. — Trépanation décompressive du crâne. — Deux vitriolés. — Parotidites post-opératoires.

M. Quénu présente à la *Société de chirurgie* un malade atteint de *brûlure des os du crâne par électrocution*. Le patient, ayant touché du sommet de la tête des câbles électriques, perdit connaissance et tomba. On le releva porteur d'une brûlure circulaire de la tête, brûlure sèche, noire, intéressant la peau et le crâne, qui était blanc, sec, avasculaire, comme on put s'en assurer par une incision des parties molles.

M. Quénu n'intervint que tardivement, plusieurs mois après. Il enleva l'os brûlé en passant en tissu sain tout autour de la perte de substance, puis il combla celle-ci au moyen d'une greffe par glissement.

M. Faure a observé un cas analogue. Son malade avait appuyé sa tête, au moment où il montait sur un toit, contre un câble électrique. Il avait été foudroyé, et on l'avait cru mort pendant deux ou trois heures. Il consulta M. Faure, et offrait à ce moment au niveau du front une plaie arrondie, au fond de laquelle on apercevait l'os frontal nécrosé. La guérison semble être survenue spontanément, l'os s'étant éliminé par exfoliation insensible.

M. Périer a vu, à Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, un malade qui, électrocuté, avait une mortification totale du cuir chevelu, une destruction absolue des parties molles, laissant voir une surface blanche qui n'était autre que le tissu osseux lui-même du crâne.

M. Lucas-Championnière remarque que l'on applique volontiers l'appellation de brûlures électriques aux altérations des tissus déterminées par l'électrocution. Il faut savoir que, malgré la similitude de nom, les lésions d'électrocution sont toutes différentes de celles des brûlures.

M. Mauclaire ajoute qu'il y a, en effet, des troubles trophiques très étendus dans les brûlures électriques. Il en a observé plusieurs exemples au niveau de la main. Aussi n'est-il pas surprenant de voir apparaître ultérieurement de la nécrose des os du crâne, dans les cas semblables à celui de M. Quénu.

— M. Tuffier rapporte à la *Société de chirurgie* une observation d'*anthrax de la nuque, chez un diabétique, traité par la vaccinothérapie*.

Le malade, diabétique avec 10 gr. de sucre, atteint de deux grosses tuméfactions anthracoïdes de la nuque, reçut une injection de 1 centim. cube à 500 millièmes d'un vaccin hétérogène staphylococcique (Mauté) et cinq jours après, une deuxième injection de 1 centim. cube à 1000 millièmes de vaccin autogène. En trois semaines, la guérison fut obtenue complètement et il ne reste plus que deux petites cicatrices ponctiformes. Aucun traitement, dit M. Tuffier, ne peut donner un résultat aussi parfait et aussi rapide.

— La *Société de chirurgie* reprend la discussion sur la *trépanation décompressive*.

M. Pierre Delbet reconnaît à la trépanation décompressive du crâne de sérieux avantages : la rétrocession de la névrite optique quelquefois, et la rétrocession des douleurs, qui sont toujours et immédiatement supprimées. Ces douleurs sont atroces ; c'est un supplice effroyable. Aussitôt après l'opération, les malades sont transformés. Si l'intervention ne prolonge guère leur existence, elle leur permet de l'achever dans des conditions acceptables.

Chez une de ses opérées, M. Delbet a constaté un phénomène particulier, une hyperpression intra-cranienne, bien que la pression rachidienne ne se fût pas augmentée. L'histoire de cette malade offre, d'ailleurs, une autre particularité remarquable, intéressante à noter en passant. Amenée sur la table d'opération, on commença chez elle la chloroformisation à 5 h. 15 de l'après-midi. A 5 h. 20 la patiente cessait de respirer. Le cœur battait énergiquement. On fit la respiration artificielle. On la cessait de temps en temps, mais aucun mouvement spontané ne se produisit. Pendant toute la nuit, on continua l'insufflation dans la trachée, après trachéotomie, à raison de 15 à 20 fois par minute. Le lendemain matin, le cœur battait encore très franchement, très nettement, le pouls était bien frappé, mais on insufflait toujours. Et il en fut ainsi jusqu'au soir. C'est vers cinq heures que le pouls commença à faiblir et le cœur s'arrêta de battre à 6 h. 45. Le cœur a donc continué à battre pendant 25 heures et demie sans qu'il se soit produit une seule respiration spontanée. C'est là un exemple remarquable de dissociation entre la respiration et la circulation.

M. Segond estime qu'une tumeur cérébrale est justiciable de l'extirpation seulement si son siège est parfaitement déterminé et si son ablation totale est possible sans délabrements excessifs. Dans tous les autres cas d'hypertension intra-cranienne, il est convaincu qu'il faut se contenter d'un traitement palliatif. La ponction lombaire sera d'abord employée suivant la technique de Babinski. Tant qu'elle suffira, on s'en contentera ; puis, on procédera, si c'est nécessaire, à la trépanation décompressive.

M. Guinard parle des difficultés rencontrées par le chirurgien dans l'ablation des tumeurs cérébrales. La localisation d'avance de la lésion est généralement un leurre. Les localisations cliniques, radiographiques, ophtalmoscopiques, sont trompeuses. Tel néoplasme, indiqué à droite, siège à gauche. Un signe qui, lorsqu'il est net, a paru à M. Guinard mériter un réel crédit, est la douleur localisée. Le malade indique le point où il souffre le plus et où il a souffert dès le début du mal. Ce point conduit souvent droit à la lésion.

— M. Morestin expose à la *Société de chirur-*

gie l'histoire de *deux malades vitriolés* chez lesquels il est intervenu efficacement.

Chez le premier malade, le caustique avait détruit tout le cuir chevelu, une grande partie des téguments de la face et du cou ; chez l'autre, le visage était labouré de cicatrices hideuses. M. Morestin a pu, au prix de longs soins très attentifs, guérir l'un et améliorer beaucoup la situation de l'autre. Le traitement a consisté en nettoyage des plaies, excisions journalières des portions d'escarres devenant mobiles, applications de greffes dermo-épidermiques, etc.

— A la *Société des chirurgiens de Paris*, M. Victor DELAUNAY, à propos d'un cas de parotidite observé par lui à la suite d'une intervention sur un kyste de l'ovaire, rappelle le remarquable travail de Morel, y note les cas de parotidite expérimentale réalisés par l'auteur et résume ainsi la pathogénie jusqu'ici mal précisée de cette rare lésion :

La parotidite post-opératoire n'est pas, comme on l'a quelquefois prétendu, une simple coïncidence ; elle n'est pas due non plus à l'acte opératoire lui-même ; elle est la résultante possible d'un état particulier du malade (organisme affaibli, septicité buccale augmentée, sécrétion parotidienne diminuée) qui peut exister en dehors de toute intervention, mais qui est pleinement réalisé lors des opérations d'une certaine gravité, par les manœuvres qui précèdent, accompagnent et suivent l'acte chirurgical.

M. Victor Delaunay estime avec Morel que les soins d'antisepsie buccale, l'administration de liquides, ou, si cela n'est pas possible, les injections de sérum, et enfin la précaution de faire exécuter à l'opéré quelques mouvements de mastication, diminueraient les cas déjà rares de parotidite post-opératoire.

M. BONNEAU conseille, pour éviter la sécheresse de la bouche, de donner toutes les 3 heures, dans la première journée qui suit l'opération, de petits lavements rectaux de 150 à 200 cmc. d'eau bouillie.

M. BEAUDOIN dit qu'il a insisté, il y a de longues années, sur les bons effets de l'antisepsie buccale post-opératoire, actuellement trop délaissée.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'urticaire occasionnée par troubles gastro-intestinaux.

a) Régime.

Régime lacté exclusif (employer du lait pur de bonne qualité et le faire prendre par petites quantités souvent renouvelées). Un verre de 200 gr. toutes les deux heures ou deux heures et demie.

Si le lait donne de la diarrhée, on y ajoute de l'eau de chaux. S'il constipe, on y ajoute de la manne. S'il est mal supporté par l'estomac, on le coupe d'eau de Vals. Le régime lacté doit être suivi jusqu'à disparition complète de l'urticaire. Quand l'urticaire a totalement disparu, on reprend peu à peu l'alimentation ordinaire en commençant par les farines de céréales, les légumes secs, les légumes verts cuits (chicorée, laitue, romaine, cardon, petits pois, haricots verts), les fruits cuits (pomme, poires, pruneaux), les viandes blanches (poulet). Pain grillé. Comme boisson, on recommandera les eaux minérales alcalines pures, que l'on choisira tantôt fortes, tantôt faibles. Dans tous les cas, on supprimera de l'alimentation, le veau, les poissons, les crustacés, les coquillages, la charcuterie, le gibier, les viandes faisandées, les fromages fermentés, les asperges, les tomates, le vin pur, le thé, le café et l'alcool. Dans la plupart des cas, il sera bon, en même temps qu'on instituera le régime, de prescrire pendant plusieurs jours un purgatif, soit le matin, soit le soir en se couchant, en commençant par une forte dose le premier jour. Dans le premier cas, on pourra prescrire une à trois cuillerées à soupe de sulfate de soude. Dans le second cas une à trois des pilules suivantes :

Poudre de podophyllin...........	0 gr. 03
Extrait de cascara...............	0 gr. 01
Extrait de belladone.............	0 gr. 005

F. S. A.

Si malgré le régime lacté, le malade urinait peu, on pourrait associer au lait la tisane de chiendent, de queues de cerises d'orge, d'ortie blanche ou d'uva ursi.

b) Traitement médicamenteux.

Contre le symptôme urticaire lui-même, il y a un certain nombre de médicaments que l'on peut administrer intérieurement

1° *Traitement interne* :

On peut donner

Ichtyol	0 gr. 50

pour une capsule, de 1 à 4 par jour

ou bien

Sulfate neutre d'atropine.........	1/4 de milligr.

pour un granule. De 1 à 4 par jour.

ou bien :

Poudre de feuilles de Jaborandi ..	0 gr. 10
Excipient ....q.s	p. une pilule

Une par jour :

On bien encore :

Ergotine........................	0 gr. 05
Bromhydrate de quinine	0 gr. 05
Extrait de belladone	1 à 2 milligr.
Excipient et glycérine......q.s.p.	une pilule

De 8 à 16 par jour. Toutes les deux heures (Brocq).

2° *Traitement externe*

a) Cas légers.

Dans les cas légers, il suffit souvent de faire quelques lotions chaudes avec de l'eau vinaigrée

ou de l'eau phéniquée à 1 p. 100 ou de l'infusion de guaco. On poudre ensuite à la poudre d'amidon.

On peut aussi diminuer le prurit dans les cas légers en faisant des frictions avec des citrons coupés en quartiers, ou bien avec de la décoction de pavot ou de feuilles de tabac.

b) Cas intenses :

Dans les cas où le prurit est très pénible, on se sert de la solution suivante :

Chloral		1 gr.
Eau distillée de laurier-cerise		25 gr.
Eau ordinaire	q.s.p.	50 ou 100 gr.

E. VIDAL).

On poudre ensuite le malade, sans essuyer, avec de l'amidon.

On peut aussi employer :

Acide thymique	1 gr.
Acide phénique	2 gr.
Vinaigre aromatisé	50 gr.
Alcool à 90°	150 gr.

Imbiber un tampon de coton hydrophile et *frictionner les parties prurigineuses avec ce* tampon.

Les lotions présentent l'avantage d'agir rapidement, mais leur action est fugace. Quand on veut obtenir une sédation plus persistante, on doit remplacer les lotions par des pommades ou mieux des pâtes épaisses, telles que :

Menthol	ââ 0 gr. 75
Chlorhydrate de cocaïne	
Oxyde de zinc	ââ 50 gr.
Vaseline	

ou bien :

Ichthyol	10 gr.
Vaseline	ââ 50 gr.
Oxyde de zinc	

Chez les enfants, il est prudent de se contenter d'eau vinaigrée et de solutions ou de pommades mentholées très faibles.

c) Cas très intenses :

Dans les prurits très rebelles, on peut avoir recours à l'électricité, surtout aux courants de haute fréquence (300 milliampères).

Bien que prescrits par certains auteurs dans ces cas, nous déconseillons formellement les bains, car ils peuvent aggraver l'éruption.

c) Soins hygiéniques :

On veillera à ce que la température de l'appartement soit tempérée, plutôt un peu fraîche. On supprimera tout ce qui peut exercer une pression sur les téguments du malade : c'est dire qu'on prohibera l'usage des bretelles, des ceintures, des corsets, et que l'on prescrira le port de vêtements flottants.

Dr G. SIGURET
(Saint-Nectaire).

ERRATUM. — Notre collaborateur, le Dr Siguret, nous signale dans la lettre suivante une coquille qui s'est glissée dans son article, coquille dont il ne saurait être responsable :

Dans l'article relatif au traitement de l'insomnie paru dans le n° du *Concours* du 7 mai, il s'est glissé une petite erreur. Ma phrase concernant le *Véronidia* semble annoncer, telle qu'elle est, que ce médicament serait une association de chloral et de bromure. Afin que les lecteurs du journal ne s'y méprennent pas, je vous serais obligé, si possible, de vouloir bien signaler le fait dans un prochain numéro et de leur rappeler que le *véronidia* est à base de véronal.

Veuillez agréer, etc.

Dr G. SIGURET.

8 mai 1911.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Maladies des paupières.

Les figures 1, 2 et 3 résument l'anatomie des paupières. Leur charpente est constituée (fig. 1) par les *tarses*, prolongés en dedans et en dehors *par les ligaments palpébraux internes et externes* qui se fixent aux bords correspondants de l'orbite et par le ligament suspenseur des tarses ou *septum orbitale*, qui se fixe au pourtour de l'orbite. Elle est recouverte en dehors par le muscle orbiculaire et la peau, en dedans par la conjonctive palpébrale qui est lâche et flottante au niveau des culs-de-sac, adhérente, au contraire, à la face postérieure des tarses, d'où elle rejoint la face cutanée en formant le bord palpébral, dont l'angle postérieur aigu donne passage aux conduits excréteurs des glandes de Meibomius et l'angle antérieur arrondi présente l'implantation des cils. Le bord supérieur du tarse supérieur donne insertion aux fibres du releveur de la paupière qui vient du sommet de l'orbite et chemine sur la face supérieure du droit. A la base des follicules pileux sont les glandes de Zeis qui sont, comme les glandes de Meibomius d'ailleurs, des glandes sébacées et sont le siège des orgelets et de chalazions.

Entre ces follicules, sont les glandes sudoripares (glandes de Moll).

Sous la conjonctive palpébrale et dans le cul-de-sac sont d'autres glandes qui contribuent à la production des larmes.

Les vaisseaux des paupières ne présentent rien de spécial, si ce n'est que les veines traversant l'orbiculaire pour aboutir à la veine ophtalmique sont atteintes par la contraction de ce muscle dans le blépharospame qui peut être ainsi l'origine d'un œdème mécanique des paupières qui s'ajoute à l'œdème inflammatoire.

Les lymphatiques des paupières, comme ceux de la conjonctive, aboutissent aux ganglions préauriculaires et parotidiens.

L'inflammation du bord libre des paupières (blépharite ciliaire) se présente sous les apects suivants :

La ligne d'implantation des cils est rouge, humide, épaissie, parsemée de croûtes qui englobent les cils agglutinés, mais sans amener toujours

leur chute. Celle-ci se produit seulement quand la croûte est de nature purulente et recouvre de petits abcès des follicules pileux ou des glandes sébacées. Ces abcès apparaissent entre les cils sous forme de petits points jaunes saillants et

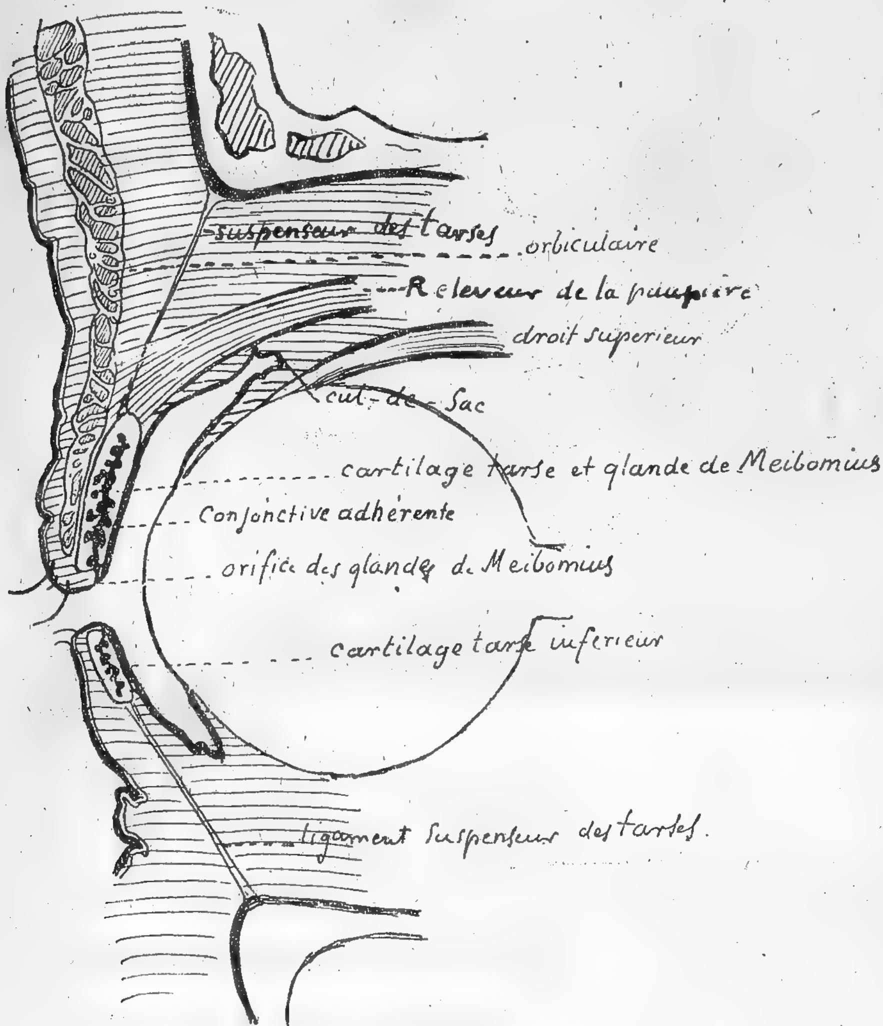


FIGURE 1.

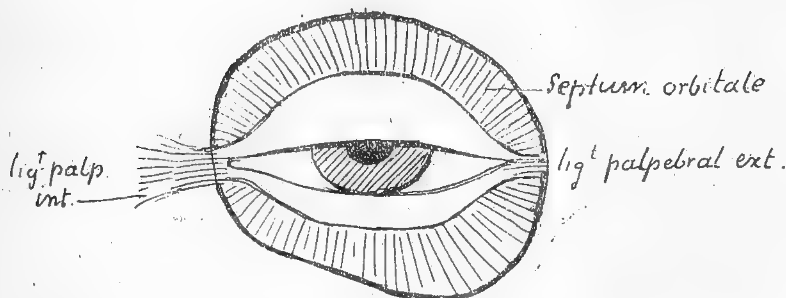


FIGURE 2.

dont la piqûre laisse écouler une fine gouttelette de pus.

Au contraire, les croûtes dues à un simple suintement de la muqueuse ou à une sécrétion sébacée exagérée laissent les cils intacts.

La blépharite est due aux mêmes causes qu beaucoup de conjonctivites et les fatigues oculaires de toutes sortes peuvent en être la cause, mais cette affection se rencontre dans deux circonstances : d'abord chez les individus, les enfants surtout, de souche lymphatique ou tuberculeuse, puis comme complication de tous les états qui amènent un larmoiement abondant, conjonctivite eczémateuse, trachome, et surtout dacryocystite, qu'il faut toujours rechercher. Dans ce cas la blépharite est unilatérale comme l'affection conjonctivale ou lacrymale. Elle est au contraire bilatérale le plus souvent chez les lymphatiques et les strumeux.

Les yeux de tous ces malades sont d'une sensibilité excessive à tout travail exagéré et les paupières sont collées au réveil.

Une conjonctivite se déclare rapidement, si elle n'existait déjà au début ; les cils peuvent disparaître complètement, ou bien se diriger du côté de la cornée à la suite du renversement du bord libre en dedans par cicatrice des points ulcérés. La cornée peut alors s'ulcérer à son tour.

Ou bien il s'établit un ectropion. La paupière inférieure est entraînée par le poids du bord libre épaissi, en même temps que la conjonctive devenue lâche et tomenteuse dans le voisinage, ne met plus obstacle au renversement, qui gagne ainsi peu à peu jusqu'aux points lacrymaux. Le larmoiement augmente alors et exagère encore les causes de l'ectropion qui augmente sans cesse.

Le traitement sera à la fois celui de la cause et de la lésion. Il faudra éviter les fatigues et les veilles, corriger les vices de réfraction, traiter les conjonctivites, les catarrhes du sac et des fosses nasales.

Localement les compresses chaudes décape-

ront complètement la région ciliaire et permettront de voir assez bien la nature des lésions sous-jacentes pour y opposer une médication appropriée. On n'hésitera pas à épiler les cils implantés à la base d'un cil, ou bien en permettant de sentir profondément une petite induration douloureuse. L'abcès peut en effet s'éloigner du bord libre, être profond ou faire saillie à la face interne de la

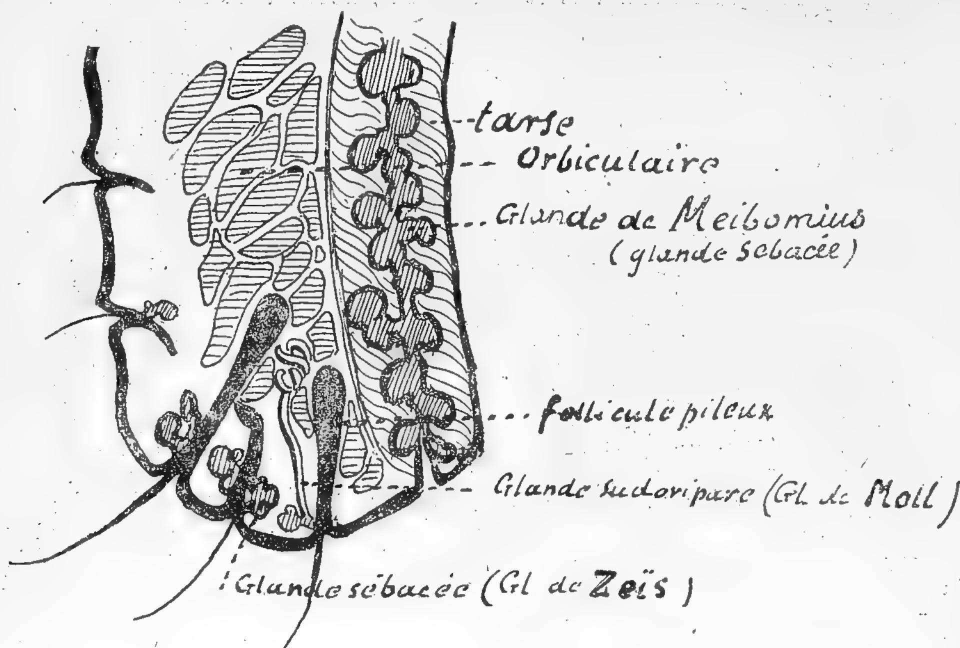


FIGURE 3.

dans un abcès folliculaire. Le bulbe étant ainsi préservé, le cil repousse après guérison. Au contraire, la chute spontanée est sans retour. Les pommades sont excellentes parce qu'elles s'incorporent à la matière grasse des cils, en empêchant la dessiccation, et maintiennent ainsi la perméabilité du follicule.

Elles seront employées en applications sur le bord libre des paupières fermées, une fois par jour ou tous les 2 jours, et leur application sera suivie de massage et, en cas d'inflammation vive, d'un nouveau lavage à l'eau chaude. Les pommades peu irritantes au précipité blanc à 1 % à l'ichtyol. à 2 %, seront préférées pendant la phase aiguë ; plus tard, la pommade à l'oxyde jaune à 1 ou 2 % sera employée avec succès et on n'aura pas à craindre qu'elle réveille l'inflammation, si on prend la précaution de laver après massage pour en enlever l'excès.

Enfin le nitrate d'argent à 1 %, dans les cas à sécrétion abondante, en application au pinceau, sera excellent. De même, les sels organiques en solution ou pommade.

La suppuration d'une glande sébacée isolée, de plusieurs glandes groupées constitue l'*orgelet* qui évolue comme un véritable furoncle ou abcès des paupières, avec tout le cortège ordinaire des phénomènes inflammatoires et réactionnels qui accompagnent le furoncle ou l'abcès en général. Mais ici, la laxité du tissu cellulaire des paupières exagère la tuméfaction qui peut être énorme et faire croire à première vue à une suppuration du globe ou de l'orbite. L'examen du bord libre à l'œil ou au toucher fera éviter l'erreur en montrant une saillie jaunâtre à contenu purulent à paupière au niveau du tarse. Il s'agit alors d'une suppuration d'une glande de Meibomius (orgelet interne).

Le traitement sera celui des petits furoncles ou abcès : compresses chaudes après piqûre de la petite saillie jaunâtre s'il y a lieu, et ultérieurement, si les bords libres sont le siège d'un état chronique, celui des blépharites,

Dr F. CHABRUT.

TRIBUNE DU PRATICIEN

A propos de l'asthénie génitale.

C., le 1er mai 1911.

Monsieur le Directeur,

Je demande à la rédaction du *Concours médical*, de vouloir bien traiter un chapitre de *pathologie génitale* qui ne se trouve pas avoir été étudié, du moins dans les vieux traités classiques de ma bibliothèque.

Il s'agit d'une sorte d'asthénie *génitale*. Des individus adultes, apparemment bien portants, très portés pour la femme, et plein d'érotiques désirs, sont pourtant incapables d'érection suffisamment soutenue, qui leur permette d'accomplir le coït.

Cette affection que je crois nerveuse est plus commune qu'on ne pense. A mon modeste cabi-

net les hasards de la clinique ont amené 4 individus sucessivement en l'espace de deux mois.

Je pense que vous ferez chose agréable aux médecins de campagne, en traitant pour eux dans le *Concours médical* ce sujet de pathologie.

A titre de renseignements, je vous transcris une observation type.

H. S., 42 ans. — Pas de maladie, aucune tare héréditaire ou acquise. Le malade remarque lui-même qu'il est très émotif, au jeu par exemple ; il est capable de ressentir des émotions tellement violentes qu'il en a des palpitations et qu'il en devient pâle.

Depuis 6 ans, il raconte qu'il est incapable d'effectuer un vrai coït. Est pourtant très passionné et ne manque pas de désirs vénériens. La nuit a souvent des rêves érotiques, au cours desquels la hantise de faire *coup blanc* lui fait en effet rater de miraculeuses occasions. Même en rêve, il s'aperçoit qu'il n'a pas de force génitale suffisante.

Pourtant, il avoue s'éveiller le matin parfois en proie à de fortes érections.

Ce malade commence à s'affecter beaucoup de son état. Aujourd'hui il voudrait se marier.

C'est pourquoi il est venu me demander conseil. Guérira-t-il ?

Voilà, Monsieur le Directeur, un cas type de cette asthénie génitale ?

Voulez-vous me donner un conseil ?

Que dois-je répondre à ce malade, que j'ai mis, en attendant, au régime tonique.

Pour ma part, je serais heureux de lire un de ces jours dans votre *Concours médical* une étude sur ce sujet, et surtout heureux d'y trouver le traitement efficace qui rendra la vie génitale à mon malade.

Salutations confraternelles. Dr M.

Tous les praticiens se sont trouvés en présence de cas analogues à ceux signalés par notre confrère et le plus souvent l'origine de cette asthénie est purement psychique. Seule la suggestion peut, lorsqu'elle est judicieusement appliquée, donner quelque résultat utile. C'est du reste ainsi que peut s'expliquer l'action de beaucoup d'aphrodisiaques. Là encore, c'est ordinairement la foi qui sauve, mais il faut l'avoir. J. N.

PHARMACOLOGIE

Une nouvelle médication opiacée ; le Pantopon.

Par le docteur P. Barbier,

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

L'opium est, comme on le sait, le suc épaissi des capsules du papaver somniferum album. On utilisait jusqu'à présent en thérapeutique soit l'opium lui-même (opium brut, extrait gommeux d'opium), soit son principal alcaloïde, la morphine, sous la forme de chlorhydrate de morphine. Parmi les autres alcaloïdes, la codéine et la narcéine avaient seules reçu des applications thérapeutiques.

Grâce aux savantes recherches du professeur Sahli, de Berne, on est arrivé actuellement à isoler la totalité des alcaloïdes de l'opium à l'état de chlorhydrates solubles : le produit ainsi obtenu a reçu le nom de Pantopon (des deux mots grecs παν, *tout* et οπος, *suc*). Ce produit n'est donc ni un dérivé de l'opium, ni un succédané de la morphine : c'est l'opium lui-même, *l'opium total injectable.*

La morphine a-t-elle le même effet thérapeutique que l'opium ? C'est l'opinion qui a été soutenue par Nothnagel et Rossbach (1), pour lesquels « l'opium peut être considéré comme superflu et doit être entièrement remplacé par la morphine ». Ces auteurs se basent sur ce fait que l'opium agit qualitativement comme la morphine (10 parties du meilleur opium agissent à peu près comme trois parties de morphine) et qu'il n'a pas, d'autre part, comme cette dernière, des effets certains, nettement calculables, en raison des précipitations et des variations dans sa richesse en principes actifs.

Cette dernière objection ne peut s'appliquer au Pantopon, lequel est un produit parfaitement défini au point de vue chimique, dont la richesse en principes actifs est par *suite absolument* constante et invariable. Il reste donc à nous demander si le Pantopon présente ou non une supériorité quelconque sur la morphine.

L'absorption du Pantopon nous a paru beaucoup plus rapide, tant par la voie gastrique que par la voie sous-cutanée. Par la voie gastrique notamment, l'absorption de la morphine est relativement lente : les effets de cette substance se font sentir au bout de quinze à soixante minutes après l'ingestion, suivant l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac (2). Avec le Pantopon, au contraire, le malade se sent soulagé généralement moins de dix minutes après l'absorption du médicament. L'injection de morphine demande de cinq à dix minutes pour produire son effet ; avec le Pantopon, il ne faut pas plus de deux à trois minutes pour obtenir l'effet sédatif nécessaire.

Cette rapidité d'absorption du médicament nous explique son activité plus grande. Elle nous rend compte également de sa moindre toxicité ; la période d'excitation se trouve considérablement diminuée et les vomissements sont exceptionnels avec le Pantopon.

Enfin, chose essentielle, le Pantopon ne crée pas l'accoutumance, mettant ainsi à l'abri de la morphinomanie. L'emploi du Pantopon est donc tout indiqué pour la cure de démorphinisation.

Le Pantopon remplaçant avantageusement l'opium et la morphine, les indications seront les mêmes que pour ces deux agents thérapeutiques. Nous pouvons les grouper, avec Manquat, sous quatre chefs principaux : 1° *action sur le système nerveux.* Ce groupe principal comprend lui-même trois groupes secondaires d'indications. Ce sont :

(1) Manquat. — Traité de thérapeutique, t. II.
(2) Manquat. — *Loc. cit.*

a) action somnifère ; *b*) action analgésique : *c*) action antispasmodique ; 2° *action sur l'appareil circulatoire* (dyspnées, hémoptysies) ; 3° *action sur l'appareil digestif* (douleurs, vomissements, diarrhées) ; 4° *action sur les sécrétions* (bronchites, diabète).

Notre but n'est pas d'étudier successivement ces multiples indications du Pantopon (1). Nous nous bornerons à citer les principales observations de notre pratique journalière dans lesquelles nous avons eu l'occasion d'expérimenter l'efficacité de cette nouvelle médication. La plupart de nos observations se rapportent à des cas de tuberculose à diverses périodes : l'action la plus constante a été l'action analgésique, la sédation des douleurs (le remède endort mon mal, nous disait un de nos malades), et en même temps l'action antidyspnéique : le Pantopon doit être considéré comme le meilleur médicament contre la dyspnée des tuberculeux. En second lieu, viendront l'action sur la toux et la diminuion de l'expectoration. Enfin l'action somnifère, variable suivant les sujets : « Le Pantopon endort mon mal, nous disait le malade susnommé, mais ne me fait pas dormir ». Une autre de nos malades éprouvait immédiatement de la somnolence et se sentait comme ivre, dès qu'elle en absorbait une dose très minime. Avec une dose un peu plus forte, prise au coucher, elle dormait « comme une souche », toute la nuit.

Le Pantopon est toujours bien supporté, même par les urémiques, comme l'a prouvé Trotain dans sa thèse, car sa toxicité est bien inférieure à celle de la morphine et de l'opium.

L'action analgésique du Pantopon nous a paru surtout remarquable dans un cas de cancer du sein récidivant et ulcéré, avec douleurs intolérables. Après l'échec de tous les autres médicaments sédatifs (y compris la morphine), le Pantopon nous a permis d'adoucir les atroces souffrances des derniers moments de notre malade.

Le dose moyenne de Pantopon varie entre deux et six centigrammes par jour. Dans la plupart des cas, la dose de trois à quatre centigrammes nous a paru suffisante ; chez les albuminuriques, il vaudra mieux ne pas dépasser deux à trois centigrammes. Selon les cas, la dose quotidienne sera répartie en plusieurs fois dans la journée (action analgésique et sédative), ou administrée le soir au coucher (action hypnotique). Le Pantopon peut être donné par la voie buccale, soit sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 01 ctg. (2), (comprimés de Pantopon « Roche »), soit sous forme de cachets ou de pilules, soit enfin incorporé à des potions ou des sirops. Dans les cas où il sera nécessaire d'obtenir une action plus rapide, on devra s'adresser à la voie hypodermique (ampoules de Pantopon « Roche » à 0 gr. 02).

Chez les enfants, la dose moyenne de Pantopon varie entre cinq milligrammes et un centigramme par année d'âge et par 24 heures, soit 1/2 à 1 comprimé par année d'âge.

Ces données étant connues, voyons quels résultats le Pantopon nous a donnés dans notre pratique journalière :

Obs. I. — J., Emile, 29 ans, apprêteur. — Parents morts de tuberculose ; sa femme atteinte de la même affection ; 2 enfants soignés à Ormesson. Est malade depuis deux ans. Souffle caverneux au sommet gauche. Matité et râles humides au sommet droit. Nombreux bacilles dans les crachats.

Depuis un mois, il tousse beaucoup et a des étouffements presque continuels. Les quintes de toux lui arrachent, dit-il, la poitrine.

Après l'échec de toutes les médications classiques, nous prescrivons, à la date du 27 septembre dernier, le Pantopon à la dose de 4 comprimés par jour (un le matin, un l'après-midi et deux au coucher). Le 9 octobre, le malade nous dit qu'il est très satisfait de l'usage du Pantopon. Chaque fois qu'il en prend, il ressent un bien-être de quelques heures. « Le remède lui semble endormir son mal, nous dit-il, sans le faire dormir lui-même ». Il tousse beaucoup moins et n'a plus d'étouffements comme auparavant.

Revu le 15 octobre, le mieux persistait.

Obs. II. — P., Paul, 25 ans, employé de magasin. — Est malade depuis trois mois ; a maigri de trois kilos. Sueurs nocturnes abondantes. Matité et râles humides au sommet droit. Ne toussait d'abord que le matin à son réveil ; mais depuis huit jours, il tousse toute la journée et se sent très oppressé. Il ne dort presque pas la nuit.

Nous prescrivons, à la date du 15 septembre, le Pantopon à la dose de quatre comprimés par jour.

Le 29 septembre, le malade tousse moins et a moins d'oppression. Le 6 octobre, le malade n'a plus du tout d'oppression. Il dort mieux la nuit et les sueurs nocturnes sont moins abondantes.

Le 13 octobre, l'amélioration persiste.

Obs. III. — V., Louise, modiste. — Est malade depuis plus de deux ans. Souffle caverneux au sommet gauche ; submatité et craquements au sommet droit. Depuis quinze jours, elle tousse beaucoup la nuit et ne dort pas. Nous lui prescrivons, à la date du 1[er] octobre, le Pantopon à la dose de deux comprimés à prendre le soir au coucher, deux heures après son repas. Revue le 10 octobre, la malade nous dit qu'elle dort mieux. Le Pantopon calme mieux sa toux que tous les autres médicaments qu'elle a pris auparavant. Elle n'a plus eu de vomissements après son dîner.

A la date du 17 octobre, l'amélioration persistait.

Obs. IV. — T., Emile, imprimeur, 32 ans. — Est malade depuis trois mois. Respiration soufflante, au sommet droit en avant, et craquements en arrière. Quintes de toux fréquentes, surtout le matin : il tousse alors et crache pendant 20 minutes sans discontinuer. Se sent oppressé au moindre effort.

Le malade a d'abord pris des capsules créosotées, puis du thiocol en comprimés ; mais il continue néanmoins à tousser.

Le 27 novembre, nous lui prescrivons le Pantopon à la dose de trois comprimés par jour.

Le 6 octobre, le malade nous dit que les quintes

(1) Voir les remarquables travaux déjà publiés sur le Pantopon : Professeur Pouchet, Acad. de méd., 18 oct. 1910 ; prof. agr. Sicard, Soc. méd. des Hôp., 11 nov. 1910 ; prof. Rémond, Soc. méd. psych., 26 déc. 1910 ; Thèses des Drs Souly (Lyon, nov. 1910), Trotain (Paris, mars 1911) ; et communications, observations, etc. des Drs Morel-Lavallée, Bardet, Salin, Azémar, Pottier, Voivenel, Jennings, Lereboullet, Laffitte, Lyonnet, Leriche, Lacassagne, Courmont, Gy, Claret, Fiessinger, Le Bec, Hallé, Laisney, Sancey, Brintet, Castaing, Dubard, Petitjean, Huchon, Chapon, Boichut, etc., etc.

(2) 0 gr. 01 de Pantopon correspond à 0 gr. 50 de teinture d'opium ; à 0 gr. 025 milligr. d'extrait d'opium et à 0 gr. 005 milligr. de morphine.

sont moins fréquentes et moins prolongées ; il se sent également moins oppressé.

Le 13 octobre, le malade n'a plus d'oppression. Il ne tousse plus que le matin, à peine pendant cinq minutes.

Obs. V. — M., Ernestine, 55 ans. — Souffle caverneux au sommet droit. Quintes de toux fréquentes. Crises de dyspnée avec suffocation se répétant plusieurs fois dans la journée. Ne dort presque pas la nuit.

On a employé sans résultat appréciable contre les crises de dyspnée diverses médications, telles que les inhalations de bromure d'éthyle, l'acétate d'ammoniaque, l'extrait thébaïque, associé à l'extrait de belladone, etc.

Appelé auprès de la malade à l'occasion d'une forte crise, je lui pratique une injection sous-cutanée de Pantopon. La sédation fut presque immédiate. J'ordonne alors le Pantopon en comprimés à la dose de deux dans la journée et deux au coucher. Depuis cette époque, la malade a mieux dormi et les crises de dyspnée ont été moins fortes et moins fréquentes.

Obs. VI. — G., Hélène, couturière, 57 ans. — A eu une bronchite, il y a 20 ans et tousse tous les hivers depuis cette époque. Dans ces derniers temps, elle a maigri de neuf kilos en 18 mois. Depuis le mois de février dernier, elle tousse davantage et a de fréquentes crises d'oppression. Dort très peu la nuit.

Emphysème pulmonaire et râles de bronchite aux deux bases. Léger bruit de galop cardiaque. Présence d'albumine dans l'urine (0 gr. 30 par litre). Nous soumettons la malade, à la date du 1er septembre, au régime lacto-végétarien déchloruré et nous lui prescrivons cinq gouttes de teinture d'iode avant chaque repas et au coucher une cuillerée à café de sirop de codéine.

A la date du 15 septembre, l'état de la malade ne s'est guère amélioré. Elle se plaint en outre depuis plusieurs jours de crampes dans l'estomac, avec sensation de barre dans le ventre. Nous lui ordonnons alors le Pantopon à la dose de trois comprimés par jour.

Le 22 septembre, elle nous dit qu'elle est moins oppressée et tousse moins depuis deux jours. Elle n'a plus ressenti, dès les premiers comprimés, la sensation de barre dans le ventre. Cependant elle n'a pris en tout que dix comprimés de Pantopon ; elle avait dû les arrêter le troisième jour, car elle éprouvait de la somnolence et se sentait comme ivre, chaque fois qu'elle en prenait. Après un jour d'interruption, elle avait encore essayé d'en prendre quatre jours et elle avait ressenti les mêmes effets que la première fois ; ce qui l'avait décidée à interrompre la médication.

Nous lui conseillons de les continuer à la dose d'un seul comprimé le soir vers 10 heures et un autre au milieu de la nuit, si besoin est. Le 29 septembre, la malade nous dit qu'elle n'a plus d'oppression. Elle ne tousse plus qu'une fois ou deux le matin et crache avec plus de facilité. Avec un comprimé de Pantopon au coucher, elle dormait jusqu'à deux heures du matin, et si elle en prenait un second à ce moment, elle dormait toute la nuit « comme une souche ».

Obs. VII. — M., Louise, teinturière, 53 ans. — A été opérée il y a deux ans de cancer du sein gauche. L'an dernier, seconde opération pour une récidive au niveau du ganglion de l'aisselle. Depuis six mois, nouvelle récidive au niveau de la cicatrice sous la forme de masses bourgeonnantes. J'ai dû à plusieurs reprises pratiquer des incisions sur ces masses néoplasiques, qui donnèrent issue à du pus sanieux mêlé de sang.

La malade est en proie à de vives souffrances, passe presque toutes les nuits sans dormir. Elle refuse les injections de morphine qui lui provoquent des vomissements et ne la calment d'ailleurs que pendant une heure ou deux. Des potions au chloral, à l'extrait thébaïque ; des cachets de sulfonal, de véronal, ont été donnés sans grand résultat. C'est alors que nous avons recours au Pantopon à la dose de deux comprimés au coucher ; en prendre deux autres au milieu de la nuit, si besoin est.

Le Pantopon réussit à calmer les souffrances de notre malade et lui permet de passer de bonnes nuits. Tolérance parfaite ; pas de vomissements. La malade meurt, au bout de deux mois, de généralisation cancéreuse ; jusqu'aux derniers moments, elle a eu recours au Pantopon et s'en est toujours bien trouvée.

Nous pouvons donc conclure que le Pantopon « Roche », soit sous forme de Comprimés, soit sous forme d'Ampoules, réunit tous les avantages de l'opium. Il possède en outre l'avantage d'être un produit parfaitement défini, dont la richesse en principes actifs est absolument constante et invariable.

La rapidité d'absorption du Pantopon, qui nous explique à la fois son activité, plus grand et sa moindre toxicité, place également ce médicament bien au-dessus de la morphine. Il possède en outre l'avantage de ne pas créer l'accoutumance comme cette dernière.

Parmi les multiples indications thérapeutiques du Pantopon, celles qui nous ont paru dominantes sont l'action analgésique et l'action antidyspnéique, ce qui nous autorise à considérer *le Pantopon comme le médicament de choix* à la fois contre la douleur et contre la dyspnée, notamment chez les cancéreux et les tuberculeux

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis veineuse et particulièrement la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres, par Philippe Gaillard, Thèse de Paris 1911. 1 vol. de 180 pages. Prix 4 francs. Henry Paulin et Cie, éditeurs, 21, rue Hautefeuille.

Cette intéressante étude est basée sur 6 observations personnelles recueillies dans le service du Dr Thibierge.

L'auteur donne une bonne description clinique de la phlébite syphilitique secondaire. Il montre que c'est une affection plus fréquente qu'on ne le croit et qui passe souvent inaperçue quand on ne la recherche pas systématiquement.

Les comptes rendus des examens histologiques publiés jusqu'ici ont été rapportés *in extenso*. La bactériologie de la phlébite syphilitique, la démonstration de la présence du *spirochaete* dans les tuniques veineuses et l'inoculation expérimentale au singe ont fait l'objet d'un chapitre important.

L'auteur rapporte presque toutes les observations publiées tant en France qu'à l'étranger Un index bibliographique complet permettra de consulter les textes originaux.

C'est, en plus d'une bonne revue générale, la mise au point de vue du rôle que joue le spirochaete dans la pathogénie de la phlébite secondaire.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La Hernie.

Nous avons eu déjà l'occasion d'attirer l'attention des travailleurs sur les cas de hernies se produisant au cours du travail. Nous croyons devoir revenir sur ce sujet intéressant.

On sait combien les puissantes compagnies d'assurances déploient d'énergie pour démontrer qu'un grand nombre d'accidents réels, qui doivent être couverts par la loi du 9 avril 1898, ne sont que des *maladies*, professionnelles ou non, afin d'être dispensées de verser les indemnités qu'elles doivent légitimement, aux lieu et place des patrons qui se sont assurés.

Elles ont, du reste, des auxiliaires précieux parmi les tribunaux et leurs experts.

Elles ont, par surcroît, trop souvent le concours inconscient de médecins indépendants, choisis par les blessés, qui manquent du courage nécessaire pour résister aux doctorales affirmations des *maîtres de la science*, que les assurances ont su faire marcher.

Au nombre de ces accidents véritables que les Compagnies, aidées de leurs compères *gangrenés*, entent, — avec succès, trop souvent, hélas !— de faire passer *à l'as*, il convient de classer la hernie.

Un ouvrier fait une chute, soulève un fardeau, veut se retenir pour ne pas tomber, ou fait tout autre mouvement plus ou moins normal exigé dans l'exercice de sa profession, qui détermine une pointe de hernie ou une hernie déclarée, parfois même une double hernie, il va se plaindre, au patron ou à son associé, contremaître, commis, etc.

Généralement, le patron ou son représentant qui reçoit la plainte commence à faire observer que la hernie n'est pas *reconnue* par l'assurance. Néanmoins, si le blessé insiste, on lui délivre un bon et on l'envoie aux bureaux de la Compagnie assureuse, où l'observation est confirmée. « La loi n'admet pas la hernie », déclare un bureaucrate quelconque de la Compagnie.

Beaucoup d'ouvriers, surtout en province, s'inclinent devant cette affirmation qui leur paraît péremptoire et se résignent.

Quand le blessé, ne se contentant pas de l'opinion intéressée qu'on lui a opposée, veut passer outre, bien des difficultés se présentent sur son chemin. C'est d'abord le médecin libre choisi par lui, comme l'article 4 de la loi lui en confère le droit, qui hésite, quand il ne s'y refuse pas, à lui délivrer un certificat, parce que, lui aussi, en arrive à croire que la hernie n'est pas *admise par la loi*.

Si cette première résistance est vaincue, le blessé rencontre trop fréquemment un juge de paix imbu également de ce dogme de hernie-maladie. Au lieu de s'enquérir des circonstances matérielles qui ont produit la hernie, la plupart du temps, le juge de paix, qui a un bon ami médecin expert attaché à l'établissement, ordonne une expertise. Et presque toujours, la nullité, plus ou moins intègre, qui remplit cette mission, conclut, avec le confrère aux gages de la Compagnie, que le sujet était *prédisposé*, « qu'il devait tôt ou tard devenir hernieux et qu'il s'agit non d'un accident, mais d'une *maladie*. » Et le tour est joué. Le brave juge de paix rend un jugement conforme à la savante opinion de son expert. Des tribunaux civils et des cours d'appel très nombreux agissent de même, mais il en est qui résistent souvent.

Il convient de citer, notamment, un arrêt, déjà ancien — il est du 16 juillet 1902 — de la Cour d'appel de Grenoble, rendu en audience solennelle, chambres réunies, après cassation d'un arrêt de la Cour de Lyon. Voici le résumé de cet arrêt, qui a été publié dans le numéro de la *Gazette du Palais de Paris*, daté des 5-6 juillet 1903 :

1° *L'art.* 3 *de la loi de* 1898 *ne distingue pas, en qui concerne les suites des accidents du travail, entre l'incapacité qui résulte d'une blessure proprement dite et de la privation totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, et celle qui consiste dans une maladie occasionnée par un accident, en diminuant dans une plus ou moins grande mesure la faculté de travail à l'ouvrier.*

L'indemnité forfaitaire allouée par l'art. 3 *de la loi de* 1898 *est uniquement réglée d'après le salaire de l'ouvrier, et le degré de son incapacité de travail, abstraction faite de son état de santé antérieur et de toute prédisposition naturelle à la maladie, dont l'accident a amené la manifestation et la naissance.*

Cette décision établissait nettement le droit à l'indemnité pour toute lésion entraînant une incapacité permanente produite par le travail, ou à son occasion, quelle que fût la prédisposition du blessé, et particulièrement pour la hernie, puisque c'est de cette affection qu'était atteint l'ouvrier Maigre, qui poursuivait la Société des Mines de la Péronnière.

Le 24 octobre 1904, la Cour suprême cassa un arrêt de la Cour de Paris qui, dans une affaire Devaux contre Babcock et Wilcox, avait tenu compte de la prédisposition de l'ouvrier. Depuis cette époque, de nombreuses décisions en sens opposé ont été rendues. Certains tribunaux plus favorables aux riches assureurs qu'aux travailleurs misérables, se sont évertués à torturer le droit pour débouter ces derniers atteints de hernie en travaillant.

Parmi ces décisions stupéfiantes, il en est une de la Cour d'appel de Paris (président de Beaudesson) en date du 8 juin 1909, disant que « les

hernies dont est atteint le jeune Boulu ne sont pas des hernies de force ou traumatiques ; que la chute de Boulu ne les a pas créées, mais révélées ».

Voyez-vous ces hernies qui attendaient dans un coin que Boulu se flanque à terre pour se montrer ! Heureusement que les éminents experts Richardière, Courtois-Suffit et Schwartz se trouvaient là pour signaler cette fantaisie.

Nous sommes heureux de constater que tous les juges ne sont pas de cette force.

La Cour de Montpellier a rendu, en matière de hernie, deux arrêts dans lesquels elle déclare « qu'il *est excessif de poser en principe, comme l'ont fait les experts commis par les premiers juges, qu'une hernie doit mériter le qualificatif de hernie de force pour servir de base à une demande d'indemnité* ». Plus loin, ces arrêts constatent que « *les experts ont suivi une tendance trop répandue consistant à se considérer comme des juges et non comme des auxiliaires chargés de réunir tous les éléments de décision.* »

La Compagnie en cause s'est pourvue en cassation contre ces deux arrêts et les deux pourvois ont été rejetés, l'un par arrêt de la Chambre des requêtes, du 17 février 1908, l'autre par arrêt de la Chambre civile, le 27 mai 1908. (Voir les tomes 9 et 10 du recueil publié par le ministère du travail.)

Un arrêt de la Cour de cassation, chambre civile, 5 avril 1909, rejette encore un pourvoi formé contre un arrêt de la Cour de Douai du 13 mars 1905, rendu en faveur du hernieux Volant, contre la Compagnie du Nord. Cet arrêt de Douai donnait tort au tribunal de Boulogne, qui avait décidé que le blessé *n'avait pas fait un effort extraordinaire et qu'il était physiologiquement prédisposé*. La Cour de cassation, en rejetant le pourvoi formé contre l'arrêt de la Cour d'appel de Douai, décidait implicitement qu'il n'était pas nécessaire qu'il y eût effort extraordinaire pour qu'une hernie donnât droit à la rente si l'incapacité est admise. Mais, un arrêt de la Chambre civile de la Cour suprême plus récent, du 22 décembre 1909, dit très nettement cette fois : « Attendu que *toute lésion* dont le travail *même normal* a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'article premier de la loi du 9 avril 1898 » ; et cet arrêt casse celui rendu par la Cour d'appel de Bordeaux le 4 mars 1907, refusant une rente à l'ouvrier Quantin — contre Aucanne et Cie — pour le motif que la *hernie a été la conséquence d'un effort approprié à son travail normal.*

De tout ce qui précède, il résulte que la hernie est bien un accident donnant droit aux indemnités prévues par la loi.

Donc, que tout travailleur qui se blesse le fasse aussitôt constater par témoins, qu'il quitte son travail, aille de suite se faire examiner par un médecin libre — à tous les points de vue — qui constatera dans son certificat les circonstances que le blessé lui aura fait connaître et qu'il ne porte pas de trace de bandage ou de hernie ancienne.

Après avoir pris toutes ces précautions, le blessé engagera son action, en se renseignant auprès de ceux qui peuvent le guider utilement sans s'arrêter aux objections intéressées des patrons et des assureurs.

(*La Justice de Paix.*) E. QUILLENT,
Ancien Président
du Conseil des Prud'hommes
de Paris.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Un médecin d'hôpital de province peut-il être nommé membre de la Commission administrative de cet établissement ?

Mon cher confrère,

Vous seriez bien aimable de me faire connaître si un médecin d'hôpital de province peut être nommé membre de la commission administrative de cet établissement. Je me suis laissé dire qu'un arrêt du Conseil d'Etat de 1907 ou 1908 autorise le cumul de ces deux fonctions.

Je vous remercie à l'avance et vous prie d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr G.

P. S. — Je vous saurai gré de me citer les documents relatifs à ce cumul, afin que je puisse les opposer, en cas de besoin, à ceux qui verraient une incompatibilité entre ces fonctions.

Réponse.

L'arrêt auquel vous faites allusion a été rendu par le Conseil d'Etat le 3 avril 1908. Il est rapporté au Recueil Lebon de 1908, p. 353 : affaire Romieu.

Je vous en donne copie ci-contre. Quant aux détails, l'arrêt est fort bref et la requête du Dr Romieu nous apprend seulement que le Préfet des Basses-Alpes l'avait mis en demeure d'avoir à faire cesser le cumul existant entre ses fonctions de président de la commission administrative de l'Hôpital de Digne et celle de médecin rémunéré du même établissement, le mettant en demeure de déclarer son option dans un délai de dix jours, délai passé lequel telles mesures de droit seraient prises pour faire cesser l'incompatibilité. Il soutenait que les incompatibilités sont de droit étroit et qu'il ne pouvait y avoir en l'espèce incompatibilité légale au sens de la loi du 5 avril 1884.

Le Ministre concluait au rejet de la requête par ce motif que la mesure prise par le préfet ne causait au Dr Romieu aucun préjudice actuel.

C'est tout ce que je sais et tout ce que l'on peut savoir sur cette affaire.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus dévoués

Emile AUGER,
Docteur en Droit,
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation.

Arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908

Vu les loi des 7, 14 octobre et 24 mai 1872,

Considérant qu'aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la Commission administrative d'un hospice et celles de médecin rétribué de l'établissement ; qu'il n'appartenait pas dès lors au Préfet des Basses-Alpes de mettre, par l'arrêté attaqué, le Dr Romieu, pris en sa qualité de maire de la ville de Digne, en demeure de faire cesser, comme contraire à la loi, le cumul existant entre les fonctions de président de la Commission administrative de l'hospice de Digne et celles de médecin traitant du dit hospice ; que ledit arrêté faisant grief au requérant, ce dernier est recevable et fondé à en demander l'annulation pour excès de pouvoir.

MÉDECINE SOCIALE

Aux Syndicats médicaux.

Le Congrès de l'Association pour l'hygiène et la sécurité des Travailleurs.

Nous croyons très utile de signaler le Congrès de l'*Association pour l'hygiène et la sécurité des Travailleurs*, qui se tiendra à Paris, les 7, 8 et 9 juillet.

Il nous paraît indispensable de rappeler le gros intérêt qu'il y a, pour les médecins, d'y prendre une part effective.

Il est de fait que les Congrès de médecins coûtent fort cher pour des résultats qu'il faut bien reconnaître médiocres. Le dernier a englouti 12.000 francs, mais son retentissement sur le public n'a pas été considérable ; il n'a pas fait avancer d'un pas les questions médico-sociales qui nous préoccupent.

Plus habile et moins onéreux serait de pénétrer dans toutes les grandes réunions corporatives ou sociales, organisées en dehors du monde médical, mais où se traitent des questions connexes à celles qui doivent préoccuper les médecins. Pourquoi ceux-ci ne joindraient-ils pas leurs efforts à ceux dont le but est semblable au leur ? Pourquoi ne pas les confondre ?

Nous verrions très volontiers une trentaine de délégués des syndicats médicaux à qui on aurait voté 200 francs, qui iraient au Congrès d'hygiène des travailleurs. Ils y exposeraient leur façon de voir, indiqueraient comment les médecins ont déjà envisagé la situation, quelles solutions ils préconisent. Ils écouteraient aussi, et ce qu'ils entendraient leur serait grandement profitable.

Le Syndicat de Médecine sociale y sera représenté. C'est entendu. Mais cela ne nous suffit pas, à nous qui voulons être les entraîneurs du corps médical.

Les Syndicats médicaux, qui — lors de la création du Syndicat de Médecine sociale — ont tant protesté de leur volonté de se préoccuper de ces questions médico-sociales, nous suivront-ils ? Ou nous laisseront-ils, cette fois encore, le monopole de l'action ?

Dr DIVERNERESSE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Questions de droit mutualiste.

1° *Une Société de secours mutuels approuvée allouant une indemnité fixe de maladie aux sociétaires, résidant momentanément en dehors de la localité, dont la maladie est attestée par un certificat médical légalisé, l'indemnité est-elle due au sociétaire tombé malade à l'étranger, qui envoie à la Société le certificat d'un docteur étranger, rédigé en langue étrangère et légalisé par l'autorité locale étrangère ?*

2° *Est-ce au sociétaire ou à la Société qu'incombent les frais de certificat, de légalisation, d'envoi de fonds, etc. ?*

Première question. — Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement à la première question. La généralité des termes de la clause relative aux sociétaires atteints de maladie, alors qu'ils résident en dehors de la localité, ne permet pas de distinguer entre les sociétaires résidant dans une autre ville de France et ceux qui résident momentanément à l'étranger. Il n'y a également aucune raison juridique de mettre en doute la portée de la justification de la maladie qu'ils fournissent en se conformant aux statuts, et la Société n'a pas le droit de refuser l'indemnité sous prétexte qu'elle ne peut apprécier la valeur professionnelle du médecin certificateur, ou que le texte du certificat et de sa mention de légalisation est rédigé dans une langue incompréhensible pour les administrateurs de la Société.

Il faut appliquer la règle *locus regit actum*, et alors surtout que le sociétaire est malade, ne pas exiger de lui qu'il envoie une traduction du certificat qu'il s'est procuré d'urgence.

La règle que nous posons n'empêchera pas la Société, si elle soupçonne une supercherie, d'établir par tous les moyens l'irrégularité ou le caractère mensonger du certificat. C'est là une pure question d'espèce

Deuxième question. — Dans le silence des statuts sur la question de savoir à qui incombent les frais de certificat, de légalisation et d'envoi de fonds, il y a lieu d'appliquer les principes généraux du droit. C'est la Société qui est débitrice de l'indemnité journalière, c'est donc à son profit que devrait, en cas de doute, se trancher cette question. Mais on peut même soutenir que la question n'est pas douteuse et que la détermination de l'indemnité à un chiffre fixe indique bien que la Société n'a entendu s'obliger à quoi que ce soit au-delà de ce chiffre.

Tous les frais ci-dessus resteraient donc à la charge du sociétaire qui ne pourrait se faire rembourser les frais de certificat et qui devrait

subir sur le montant de l'indemnité la retenue d'une somme égale aux frais d'envoi des fonds.

Aussi, conseillons-nous au sociétaire (et il devrait suivre ce conseil même si ces frais incombaient à la Société), s'il est dans une ville où réside un consul ou un agent consulaire français, d'expliquer au médecin étranger que le certificat peut être écrit sur papier libre et légalisé sans frais par l'autorité consulaire française, obligée d'appliquer l'article 19 de la loi du 1er avril 1898.

Il y aura là une sérieuse économie.

Quant aux frais de traduction du certificat, si la Société croyait cette traduction nécessaire, ils devraient rester à la charge de la Société pour les raisons exposées plus haut.

Les statuts d'une Société de secours mutuels contenant une clause par laquelle le sociétaire victime d'un accident du travail a droit à l'indemnité journalière de maladie, mais avec l'obligation de subroger la Société à due concurrence dans ses droits contre les personnes responsables de l'accident, que doit faire la Société si le sociétaire, malgré cet engagement ou malgré la subrogation par lui effectivement consentie, a encaissé, en plus de l'indemnité journalière versée par la Société, l'intégralité du demi-salaire à lui réglé par l'assureur du chef d'entreprise ?

La Société est fondée, dans tous les cas, à réclamer au sociétaire la partie du demi-salaire par lui encaissée correspondant à l'indemnité journalière, partie qui, en vertu de la subrogation promise ou effectivement consentie, aurait dû être versée à la Société par l'assureur du chef d'entreprise. Le simple bon sens et l'équité la plus élémentaire veulent qu'il en soit ainsi.

En droit, la base de la réclamation adressée par la Société au sociétaire diffère, suivant que l'encaissement fait par ce dernier a été fait en violation simplement de l'obligation de subroger à lui imposée par les statuts, ou en violation d'une subrogation déjà accomplie et résultant d'une mention portée sur la quittance par lui délivrée à la Société.

Dans le premier cas, le sociétaire blessé doit rembourser une partie de la somme encaissée égale à l'indemnité journalière par lui reçue, parce que, par son fait, il a rendu impossible l'exécution de la clause de subrogation et qu'il doit indemniser la Société des conséquences de cette inexécution.

Dans le second cas, il doit payer à la Société la même somme, parce qu'il l'a touchée sans droit, le paiement avec subrogation ayant éteint en partie son droit personnel de créance et l'ayant fait revivre au profit de la Société subrogée. Il n'a pu faire cet encaissement de bonne foi que s'il l'a fait pour le compte de la Société, à raison d'un quasi-contrat de gestion d'affaires et avec l'intention de transmettre la somme encaissée à la véritable créancière. Tant que la Société n'a pas réclamé cette transmission ou tant qu'elle n'a pas été faite spontanément par le sociétaire, ce dernier pourrait être l'objet d'une action en répétition de l'indû de la part de l'assureur du chef d'entreprise, s'apercevant qu'il a mal payé.

Il peut arriver, dans les deux cas, que le sociétaire blessé soit devenu insolvable et incapable de payer la somme réclamée. Dans le premier cas, la Société ne peut se retourner contre le chef d'entreprise ni contre l'assureur de ce dernier, car le paiement de l'intégralité du demi-salaire dans les mains du sociétaire avant toute subrogation est valable et libératoire. Dans le second cas, la Société peut avoir un recours contre le chef d'entreprise ou contre l'assureur si la subrogation a été portée à leur connaissance. Dans le système qui assimile la subrogation consentie par le créancier à une véritable cession de créance, ce recours n'est possible que si la subrogation a été notifiée au débiteur du demi-salaire ou acceptée par lui dans un acte authentique.

Dans la pratique, les Sociétés prudentes devront retirer le plus promptement possible les quittances subrogatoires que doivent leur délivrer les sociétaires blessés secourus dans ces conditions, et les notifier d'urgence au chef d'entreprise. (*L'Avenir de la Mutualité*).

Chronique de la défense professionnelle

La limitation.

Faillite des moyens indirects. — Critique des projets Tourtourat et Delpeut. — Moyens pratiques d'aboutir.

Je lisais dans le *Concours* du 5 mars dernier : « Le nombre des étudiants en médecine ne diminue pas, au contraire. En 1910, il y a eu augmentation de 346. Vous verrez que, bon gré, mal gré, il faudra limiter d'une façon ou d'une autre ». C'est là une vérité éclatante et c'est en même temps la constatation de l'insuffisance de tous les moyens indirects de limitation essayés jusqu'à présent. Le concours d'entrée, seul moyen efficace, s'impose de plus en plus. J'ai eu l'occasion de dire, en mai 1910, dans ce journal, qu'un mouvement très important se dessinait dans le corps médical en faveur du concours d'entrée.

Je pourrais en tirer une nouvelle preuve en analysant les articles parus ici même sur la limitation dans le courant de l'année 1910. Un seul confrère et sans explications, déclare un tel concours odieux. Il n'eût vraiment pas été inutile d'essayer de démontrer en quoi. Presque tous se déclarent nettement partisans du concours. Aucun ne vient plus rééditer les vieux clichés que le concours serait attentatoire à la liberté ou au caractère libéral de notre profession.

Le premier argument a été suffisamment réfuté ici pour qu'il soit inutile d'y revenir. Le second, souvent présenté par ceux qui n'ont pas encore réfléchi sérieusement à la question, ne mérite pas une discussion. Il suffit de renvoyer celui qui s'en sert aux dictionnaires pour qu'il y apprenne ou réapprenne le sens réel de l'expression « profession libérale »

Par contre, nous avons vu apparaître cette sempiternelle et vaine rengaine : si les examinateurs étaient plus sévères ! Les partisans du concours d'entrée ne voient certainement pas d'inconvénient à ce que les examens soient plus sévères, ni à ce que les examinateurs soient distincts des professeurs ; mais ils savent parfaitement et ils ont démontré péremptoirement combien il serait illusoire de compter sur ces moyens pour désencombrer notre profession.

Quant aux autres moyens indirects préconisés dans le rapport Gouffier, l'expérience de ces dix dernières années en a trop démontré l'insuffisance pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

Je voudrais dire quelques mots de la suppression des écoles de santé militaire et navale, demandée l'an dernier par un certain nombre de jeunes confrères.

Peut-être l'organisation actuelle de ces écoles est-elle vraiment un facteur d'encombrement, peut-être cette organisation pourrait-elle être avantageusement modifiée. Je ne le conteste pas ; mais je supplie ceux qui veulent réellement arriver à un résultat pratique de ne pas s'engager dans une voie où l'on n'aboutirait à rien par suite des intérêts multiples mis en jeu.

De même et pour des raisons semblables, je considère comme inefficace et dangereuse toute attaque contre les Ecoles préparatoires ou de plein exercice. Concentrons tous nos efforts pour obtenir le concours qui seul peut suffire à solutionner toutes les difficultés. Nous chercherons ensuite la meilleure organisation de l'enseignement médical civil ou militaire.

Deux projets ont été présentés au Congrès des Praticiens pour arriver à la limitation. L'un des rapporteurs, le Dr Tourtourat, demandait de ne pas admettre dans les Facultés un nombre d'étudiants supérieur à leur capacité d'enseignement. Ce projet faciliterait beaucoup l'application du décret sur la réforme des études médicales, mais au point de vue pléthore médicale, il serait de nul effet ; les étudiants en surnombre dans une Faculté se réfugieraient dans celles qui sont moins fréquentées et surtout dans les Ecoles dont la capacité d'enseignement est loin d'être atteinte.

L'autre rapporteur, le Dr Delpeut, prenait pour base non la capacité d'enseignement des Facultés, mais les besoins du pays, ce qui est beaucoup plus logique. Son projet ne laisserait entrer dans les Facultés de Médecine qu'un nombre d'étudiants fixé chaque année par le ministre et égal au nombre des médecins morts dans la pénultième année. Il en résulterait que l'encombrement n'augmenterait plus, mais se maintiendrait automatiquement au même niveau. A la vérité, le Dr Delpeut espérait que, par suite de l'augmentation ultérieure de la population, l'équilibre se rétablirait plus tard. Je considérais à ce moment l'espoir de notre confrère comme empreint d'un optimisme exagéré, toutes les probabilités me paraissant être pour le maintien, sinon même pour l'accélération de la dépopulation, et malheureusement les résultats déjà publiés du dernier recensement ne me donnent que trop raison.

Je critique encore dans ce projet la liberté laissée au ministre de fixer chaque année le nombre des admissions et la nécessité d'une statistique plus ou moins difficile à établir exactement. Je préférerais de beaucoup l'établissement d'un chiffre fixe comme à l'Ecole centrale.

Notre confrère demande ensuite que le concours d'admission dans les Facultés serve aussi pour les écoles militaires et navales. Je suis tout à fait d'accord avec lui sur ce point, mais non pas sur la façon dont il fait la répartition des étudiants, 7/46 à Paris, 3/46 dans les autres Facultés, 2/46 dans les Ecoles.

Je crois bien plus simple et bien préférable de laisser à chacun la liberté d'aller faire ses études dans n'importe quel établissement d'enseignement médical, libre ou officiel, civil, militaire ou naval, sous les deux réserves que chaque établissement ne devra pas accepter plus d'étudiants que ne le comporte sa capacité d'enseignement et que nul ne pourra être contraint d'aller faire ses études médicales en dehors de sa région.

Je n'insiste pas sur ces différents points, me bornant à les indiquer puisque d'après la décision du dernier Congrès des Praticiens, la question est à l'étude.

Le Comité de Vigilance vient enfin, selon le mandat formel qu'il en avait reçu depuis *un an*, de procéder à une enquête parmi nos différents groupements professionnels. Il est donc très important pour les partisans de la limitation d'assister à toutes les réunions des sociétés médicales dont ils font partie, de prendre une part active à la discussion, de réfuter les objections, dissiper les préjugés, pour aboutir à une conclusion positive et solidement documentée, surtout pour obtenir l'élection de délégués bien convaincus. C'est le plus puissant, mais ce n'est pas le seul moyen d'action à notre portée. Nous pouvons aussi et nous devons agir dans et sur nos journaux médicaux. J'ai lu récemment que l'Association de la Presse médicale française avait, dans sa dernière réunion, repoussé, à l'unanimité des membres présents, tout projet de limitation des médecins. Et parbleu plus il y aura de médecins, plus il y aura de lecteurs pour les journaux médicaux. Parmi tous ces journaux, bien peu nombreux sont ceux qui se préoccupent avant tout, comme le *Concours*, des intérêts du corps médical. Donc ces messieurs défendent leurs opinions à notre détriment. Il serait naïf de s'en étonner, encore plus d'en être déconcerté. Cependant il convient de s'en préoccuper, d'agir en conséquence. Lorsqu'un partisan de la limitation voit un journal auquel il est abonné prendre parti contre ses opinions, dans une chose si importante, n'est-il pas naturel qu'il le quitte, en lui disant pourquoi. Je l'ai fait. Il serait fort utile que d'autres fissent de même.

En dehors de l'action dans nos journaux et dans nos groupements, rien d'efficace ne peut être actuellement tenté. Lorsqu'un projet mûrement étudié sera adopté par la majorité du corps médical, nous devrons examiner les moyens pratiques de le faire admettre par l'opinion publique. Dès aujourd'hui, je signalerai deux moyens par

lesquels nous pouvons dès maintenant saisir l'opinion et la préparer à l'acceptation du concours à l'entrée des Facultés des médecine. Le premier, c'est la limitation des sages-femmes. Apeine effleurée au dernier Congrès, cette limitation mériterait d'être reprise et discutée sérieusement. Elle serait, je crois, très facilement acceptée par le public et son adoption agirait efficacement bien que dans une mesure restreinte contre l'encombrement. D'autre part, notre limitation se trouverait ainsi très bien préparée.

Un deuxième moyen encore plus immédiat est de signaler publiquement la piteuse situation de la réforme des études médicales en panne, faute d'argent depuis plus de deux ans et pour un temps illimité. Nous avons encore là une occasion remarquable d'admirer cette belle incohérence si fréquente dans nos réformes actuelles. Depuis bien des années, praticiens, professeurs, députés, ministres, tout le monde est d'accord pour proclamer la nécessité, l'urgence même, de la réforme des études médicales.

Depuis plus de deux ans, un décret a été signé pour réaliser cette réforme, mais ce décret n'est pas appliqué. On ne prévoit même pas quand il le sera.

C'est que précisément le trop grand nombre des étudiants dans certaines Facultés le rend inapplicable sans nouveaux crédits. Et la situation financière actuelle est si fâcheuse que le gouvernement refuse, avec infiniment de raison, d'augmenter encore les impôts trouvés déjà trop lourds par les contribuables pour augmenter encore le nombre déjà trop grand des médecins.

Si les praticiens ne sont pas complètement dépourvus de sens pratique, c'est là-dessus qu'à mon avis, ils doivent porter tout l'effort de leur prochain congrès :

Nécessité de réaliser la réforme des études médicales depuis si longtemps attendue.

Nécessité de le faire sans nouveaux crédits.

Impossible de sortir de là sans établir le concours d'entrée. La logique et le sens pratique finiront bien par triompher des sophismes captieux et des théories creuses.

Dr E. Dupont.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil Administration.

Séances des 6, 13, 27 *avril et* 4 *mai* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres, ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

2158 Vincent (Paul), à Nanterre (Seine).
2159 Girard, à Iwuy (Nord).
2160 Ribot, à St-Nazaire (Loire-Inférieure).
2161 Fondet, à Anost (Saône-et-Loire).
2162 Kahan, à Beaulieu-les-Fontaines (Oise).
2163 Levêque-Lacroix, à Paris, 93, rue St-Lazare.
2164 Guilbert, à Calais (Pas-de-Calais).
2165 Dupuy, à Noailles-de-l'Oise (Oise).
2166 Corpechot, à Senlis (Oise).
2167 Platon (O.), à Marseille, 28, rue Sylvabelle.
2168 Cunvac, à Lavaur (Tarn).
2169 Barbarroux à Marseille, 203, boulevard de la Madeleine.
2170 Dugas, à Marseille, 186, rue de Rome.
2171 Auguste, aux Lilas (Seine).
2172 Laurans, à Châteaubriant (Loire-Inférieure).
2173 Schachmann, à Pierguer (Ille-et-Vilaine).
2174 Lemercier, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
2175 Maurel, à St-Chéron (Seine-et-Oise).
2176 Serfaty, à Egriselles-le-Bocage (Yonne).
2177 Audebert-Lasrochas, à Houilles (Seine-et-Oise).
2178 Liotard, à Nice, 1, rue Maccarani.

— La tierce-opposition formée contre un jugement qui avait fixé, en dehors du Dr V., le montant des honoraires de celui-ci pour soins donnés à un blessé du travail, a été admise après plaidoirie de Me Gatineau.

— Me Mornard annonce que la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation a admis le pourvoi formé contre le dernier arrêt *de la Cour* de Nîmes dans l'affaire du Dr Vauriot contre le Dr Crouzet.

Le Conseil ordonnance le versement d'une nouvelle somme de 600 francs pour l'instance devant la Chambre civile. Il constate que le « Sou médical » a déboursé pour cette affaire environ 8000 francs, somme qu'un médecin isolé n'aurait certainement pas engagée pour une simple question de principe.

— Le Dr W. vient de gagner, après une lutte de trois ans, devant plusieurs juridictions, un procès contre un gros industriel qui avait voulu le faire passer pour un médecin marron. Le Conseil décide de rembourser au Dr W. la somme de 1417 francs, montant des frais restant à sa charge et des honoraires de son avocat.

— Le Conseil ordonnance, en outre, le paiement des sommes suivantes :

1° Au Dr M., 261 fr. 49, montant des frais d'un appel de justice de paix portant sur la question des honoraires après consolidation de la blessure d'un ouvrier.

2° Aux médecins de S., 100 fr., montant des honoraires de leur avocat dans leur dernier procès contre le maire de S.

3° Au Syndicat du Puy, 50 fr. pour honoraires de son avocat dans l'affaire d'exercice illégal pour laquelle l'appui du « Sou » lui avait été accordé.

En outre, l'appui pécuniaire est à nouveau accordé au même Syndicat, dont tous les membres font partie du « Sou médical », pour poursuivre un rebouteur.

4° Au Dr Levassort, pour l'Office de l'exercice

illégal, 200 francs, participation du « Sou », dans le procès en cassation soutenu victorieusement contre le zouave Jacob, en commun avec l'Union des Syndicats et le Syndicat de la Seine.

5° Au Dr M., 120 francs, montant des honoraires de son avoué et de son avocat dans l'affaire qu'il a soutenue victorieusement contre la Compagnie des mines d'A.

6° A l'avoué du Dr R., 150 francs, à titre de complément de provision pour l'appel interjeté contre le jugement du Tribunal de St-Calais par le Syndicat des commerçants et industriels de France.

— Le Dr X, chargé du service de l'état-civil demande dans quelles conditions le « Sou » peut continuer à assurer sa responsabilité civile.

La nouvelle fonction conférée au Dr X. ne change en rien les conditions de sa participation à la caisse de garantie, qui continue à le couvrir à concurrence de 2000 francs contre la responsabilité civile provenant de l'exercice de sa profession.

CORRESPONDANCE

Les dispensaires des Sociétés de la Croix-Rouge.

La Rochelle, le 3 mai 1911,

Très honoré confrère,

Il y a 6 ans, la Société de secours aux blessés fonda à La Rochelle un dispensaire-école dont elle me confia l'organisation et la direction.

Je décidai, tout d'abord, que seuls y seraient admis les indigents porteurs de la carte du bureau de bienfaisance leur donnant droit aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits, et, dans cette période de 6 ans, pas un seul autre malade n'y a été admis. Bien plus, quand un de ces indigents se présente au Dispensaire pour un accident du travail, bien qu'il soit muni de sa carte d'assistance, il n'y est pas admis et est invité, *pour cette fois*, à aller demander en ville, au compte de son employeur, les soins du médecin qu'il voudra choisir. J'ajouterai que le service médical du bureau de bienfaisance étant actuellement assuré ici par 8 médecins de la ville qui reçoivent pour ce service une somme fixe annuelle, aucun d'eux n'est exposé à subir le moindre préjudice pécuniaire du fait du dispensaire.

Mais je tiens à déclarer que la Société de secours aux blessés m'a laissé carte blanche pour organiser le Dispensaire à ma guise, et je serais surpris qu'elle n'ait pas laissé la même latitude aux confrères qu'elle a chargés d'organiser ses autres dispensaires-écoles.

Recevez, mon cher et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Bobrie.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

TRIBUNAL CIVIL D'ALAIS (Gard)

8 *avril* 1911.

Application du Tarif Dubief. — Définition du pansement antiseptique complet. — Cumul du prix de la visite avec celui du pansement. — Le tarif n'est pas limitatif ; en conséquence, le prix d'une radiographie, non portée au Tarif parce qu'au moment de sa promulgation ce moyen d'investigation n'était pas encore entré dans la pratique courante, est dû par le patron lorsque l'utilité en est justifiée.

Attendu que, par acte de Vedel, huissier à Alais, du 26 avril 1910, la Compagnie des mines, fonderies et forges d'Alais a relevé appel d'un jugement, rendu le 15 avril précédent par M. le Juge de Paix du canton-est d'Alais, la condamnant à payer au docteur Mosnier :

1° La somme de 164 francs, montant de sa note d'honoraires pour soins donnés au sieur C....., ouvrier à son service, victime, le 13 avril 1909, d'un accident du travail ;

2° La somme de 50 francs, à titre de dommages-intérêts, le tout avec dépens ;

Attendu qu'il échet de statuer sur le mérite de cet appel ;

Que la Compagnie demanderesse a soutenu en première instance et soutient en appel :

1° Que c'est à tort que le docteur Mosnier, choisi par l'ouvrier, demande pour les divers pansements effectués l'application de l'article 10 B, 7, du tarif édicté par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, alors que c'est l'article 3 du même tarif qui devrait recevoir application ;

2° Qu'au cas d'application de l'article 10 B, 7, le cumul de la visite et du pansement ne doit pas avoir lieu ;

3° Que l'examen radiographique auquel il a été procédé n'est pas dû, ayant été pratiqué à son insu, étant au surplus inutile, et non prévu au tarif de 1905.

Sur les pansements :

Attendu qu'on entend communément, dans la pratique médicale, par pansement aseptique, tout pansement, s'appliquant à une région « non infectée et non septique », ou à une plaie dont le peu d'importance ne nécessite pas un nettoyage sérieux, et où il n'est pas nécessaire de réaliser l'asepsie, c'est-à-dire un état tel qu'il y ait absence de germes morbides, par exemple, au cas de petite coupure où après nettoyage sommaire et revêtement d'ouate hydrophile, la guérison survient, pour ainsi dire, presque spontanément ;

Qu'on est, au contraire, convenu d'appeler pansement antiseptique complet celui qui, après nettoyage sérieux de la plaie, comporte l'application d'un antiseptique lui faisant atmosphère, la maintenant sévèrement isolée de tout contact extérieur par un bandage approprié à la configuration de la région blessée ;

Que tel est le sens qu'il convient d'attribuer aux mots « pansements aseptiques simples ou petits pansements » et « pansements antiseptiques complets » prévus au tarif de 1905 ;

Que, somme toute, la législateur a voulu surtout classer les pansements en *pansements sommaires* et pansements complets, plutôt que de les définir avec une science rigoureuse ;

Que la valeur d'un pansement ne doit pas être déterminée au regard de ses dimensions et de l'é-

tendue de la région malade, mais eu égard à sa nature et aux soins particuliers qu'il exige ;

Attendu, en l'espèce, qu'il s'agissait de traiter une plaie contuse de la phalange unguéale gauche, longuement suppurée depuis un mois qui — (dit l'expert Mazel, désigné par M. le Juge de Paix) avait résisté aux pansements ordinaires prescrits par le médecin de la Compagnie qui avait vu le malade du 13 avril au 15 mai 1909, date à laquelle le blessé avait fait choix du docteur Mosnier ;

Qu'en cet état, il ne peut être fait grief au Docteur Mosnier d'avoir essayé d'enrayer l'infection en substituant les pansements antiseptiques aux pansements ordinaires ;

Que l'expert indique la nécessité d'un tel traitement, lorsqu'il déclare « que le traitement du blessé a été courant », et qu'on ne doit voir dans l'imprécision voulue des termes employés dans ce rapport qu'un souci bien légitime d'observer les devoirs de confraternité et de ne pas vouloir départager les deux médecins traitants sur deux modes de traitements qui ont chacun leurs partisans et leur détracteurs.

Sur le cumul de la visite avec l'allocation afférente aux pansements antiseptiques complets :

Attendu que ce cumul ne saurait être sérieusement contesté, ainsi qu'il a été fréquemment jugé ;

Qu'il suffit de lire, pour s'en convaincre, l'article 10 du tarif qui édicte formellement que *les allocations sont payées en sus du prix de la consultation ou de la visite.*

Sur les contestations relatives à la radiographie :

Attendu que l'arrêté de 1905 n'a pas entendu limiter le nombre des interventions médicales et chirurgicales, mais simplement tarifer celles qui, à l'époque de sa confection, étaient d'application courante ;

Qu'on comprend aisément que le tarif soit muet sur la radiographie, puisque, au moment de sa promulgation, ce précieux moyen d'investigation scientifique n'était, en somme, pas encore sorti de la période des expériences de laboratoire ;

Qu'en l'espèce, l'utilité de cette vérification paraît démontrée, puisqu'il s'agissait d'une plaie longuement suppurée, de laquelle à un moment donné fut *extrait un petit morceau d'os.* (Voir rapport d'expert) ;

Qu'il est, au surplus, évident que cet examen devait faciliter et diriger l'opération chirurgicale et que, par suite, il doit être admis ;

Qu'il eût été seulement convenable que le docteur Mosnier, au moment de procéder à la radiographie, prévînt la Compagnie, de façon à éviter toutes difficultés, et à couper court à toute suspicion ;

Sur les dommages-intérêts :

Attendu qu'en discutant les honoraires réclamés par Mosnier et basés sur un tarif légal, la Compagnie n'a porté aucune atteinte à l'honorabilité de ce praticien et n'a fait qu'user du droit qui lui appartient de porter une difficulté en justice, surtout en une matière nouvelle et sujette à interprétation ;

Que, par suite, il n'y avait pas lieu à allocation de dommage par le premier juge.

Par ces motifs, et ceux du premier juge non contraires au présent, le Tribunal, jugeant en dernier ressort et matière sommaire, ouï le ministère public en ses conclusions orales, après en avoir délibéré ;

Confirme pour partie seulement la décision entreprise ; condamne de plus fort la Compagnie des Mines, Fonderies, et Forges d'Alais, à payer au docteur Mosnier la somme de 164 francs, montant de sa note d'honoraires ;

Réformant, sur la question des dommages, la dite décision, déclare la dite Compagnie déchargée de la condamnation à 50 francs de dommages-intérêts, prononcée en première instance ;

Rejette, comme injustes et mal fondées, toutes autres conclusions des parties ;

Condamne la Compagnie appelante aux dépens tant de première instance que d'appel.

TRIBUNAL CIVIL DE CAMBRAI (Nord)

19 *janvier* 1911

Application du Tarif Dubief. Le prix de la visite ou consultation doit être cumulé avec les allocations afférentes aux opérations de petite ou de grande chirurgie.

Attendu que par acte du 17 juin 1910, T... a régulièrement interjeté appel d'un jugement du Tribunal de paix de Carnières, du 2 juin 1910, qui l'a condamné à payer à Blanchard, docteur en médecine, la somme de 385 francs pour soins donnés à l'un de ses ouvriers à la suite de l'accident du travail dont il avait été victime ; que T... prétend que Blanchard a, sans droit et contrairement aux dispositions de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 portant fixation des frais médicaux et pharmaceutiques, cumulé le prix de la visite avec l'allocation afférente à *l'opération de chirurgie pratiquée ;*

Attendu que l'article 10 de cet arrêté est ainsi conçu : « Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit *en sus* du prix de la consultation ou de la visite aux allocations suivantes... » ;

Que l'article 11 relatif aux opérations de grande chirurgie est conçu dans des termes identiques ;

Que dans ces conditions les médecins choisis par les victimes des accidents du travail ont le droit de cumuler le prix de la consultation ou de la visite avec les allocations correspondant aux prix des opérations de petite ou de grande chirurgie.

Par ces motifs et ceux non contraires du premier juge,

Le tribunal déclare l'appel de la décision entreprise recevable dans la forme.

Au fond, confirme ladite décision.

Prononce la confiscation de l'amende consignée.

Note. — Ce jugement confirme celui rendu le 2 juin 1910 par le Tribunal de paix de Carnières, publié dans le *Concours médical* de 1910, page 665.

VARIÉTÉS

Téléphone et automobile

Peut-être trouvera-t-on un peu tardives nos considérations sur les mœurs nouvelles introduites dans la profession médicale, par ces deux instruments de progrès : le téléphone et l'automobile ?

Il a bien fallu attendre les effets de leur généralisation pour en apprécier la répercussion sur l'exercice de la médecine.

Certes, les clients ont beaucoup bénéficié de l'abonnement au téléphone pris par une grande majorité de médecins ; en revanche, les médecins y ont trouvé autant d'ennuis que d'agréments.

Nous connaissons des confrères de la ville qui se sont trouvés dans l'obligation, pour s'assurer un

repos nocturne très relatif, de ne répondre aux crispants appels du téléphone que pour des personnes auxquelles l'autorisation d'appel avait été donnée.

Impardonnable cruauté ! diront les clients. Le raisonnement du confrère en question était légitime.

— Voyons, nous disait-il : avant l'usage du téléphone, un client ayant recours au médecin pendant la nuit devait se donner la peine de se lever, de quérir un domestique ou de se déplacer lui-même pour chercher le médecin à son domicile.

Aujourd'hui, un enfant s'agite dans son lit, tousse d une manière aboyante, vomit un excès d'aliments. Madame éprouve un malaise, une colique, on décroche le récepteur, et drelin-drelin ! la sonnerie va réveiller le docteur, et trois fois sur quatre le praticien, à son arrivée chez le malade, est reçu par la phrase traditionnelle : « Ah ! docteur, nous venons d'avoir une belle inquiétude. Nous croyions bébé atteint du croup ou d'une méningite, il vient de se rendormir. Merci, cher docteur, nous croyons qu'il vaudra mieux laisser dormir le chérubin. Mais, je vous en prie, docteur, veuillez passer demain à la première heure chez nous ! »

Certes, le praticien comptera sur sa note d'honoraires une visite de nuit, mais y a-t-il là compensation pour le sommeil troublé et la nuit blanche ?

Tout n'est pas question d'argent. Le client aisé ou riche se moque bien de quelques pièces de cent sous en présence d'une inquiétude momentanée, qu'un simple déclic de récepteur suffit à calmer. Tandis que la crainte d'une sortie dans l'obscurité et le froid de la nuit suffisaient jadis à calmer beaucoup de ces appréhensions déraisonnables.

J'admets l'appel par téléphone pour un malade en traitement et veillé la nuit, nous disait le confrère téléphonophobe, mais je refuse de répondre à l'appel téléphonique nocturne du client qui ne juge pas nécessaire de se déplacer pour me demander secours. L'argent et la richesse ne suffisent pas à justifier l'inconvenance et l'arrogance.

Mais il est un autre inconvénient du téléphone corsé par les avantages de l'automobile.

Nous avons mémoire des doléances d'un praticien rural, nous disant un jour : « Le téléphone et l'automobile m'ont enlevé les trois quarts de ma clientèle d'été. »

De fait, ce confrère exerçait sa profession dans une charmante bourgade, centre apprécié de villégiature de nombreux citadins et nid de verdure hérissé de villas estivales.

Au cours de l'hiver, les bons ruraux de X..., terrés dans leurs maisons vides de villégiateurs, aguerris contre les intempéries, avaient bien de ci de là recours au médecin pour des cas *in extremis* ; mais les occupations du médecin de X... étaient si vagues en la saison hivernale qu'il pouvait s'absenter sans crainte d'abandonner une clientèle éparpillée et réduite. En revanche, dès que l'avare Phébus de notre pays dispensait sa chaleur, maisons, hôtels, villas, se bondaient de citadins dont le premier souci était de s'enquérir : Y a-t-il un bon médecin à X... ? La réponse invariable était : Ah ! Monsieur, nous avons la chance de posséder à X... un praticien expert et aussi bon chirurgien que médecin avisé !

Aussi, l'été venu, notre confrère était sur les dents, et à la fin de l'automne sur les boulets. Clientèle distinguée et voire même aristocratique compensait en quelques mois les décevants loisirs d'un long hiver.

Puis vint le téléphone, puis vint l'automobile.

Ce furent d'abord les châtelains qui lâchèrent le médecin de X... pour mander par téléphone leur médecin de la ville, lequel arrivait dare dare en auto.

Les hôteliers, reliés aux grands centres par fil téléphonique, virent leurs clients sonner de temps à autre leur médecin.

Le téléphone fut bientôt mis à la disposition du public par l'Administration communale.

Alors ce fut la débandade de la clientèle des villégiatures. Pour un bras, une jambe cassés, l'auto amenait rapidement un chirurgien de la ville ; pour une injection de sérum à pratiquer, appel de téléphone aux docteurs de la ville ; pour un curettage, bref, pour tout et pour rien, le téléphone et l'auto opéraient leur décentralisation ou leur centralisation médicale.

Le médecin de X... ne s'était pas trop ému dans les premiers temps d'une situation qui remplaçait les visites simples par des consultations. Mais il vit bientôt tomber d'une manière inquiétante la courbe de ses honoraires, parce que les clients n'avaient recours à lui que pour les cas jugés ordinaires, mais passaient avec le téléphone par dessus sa tête pour les cas sérieux.

Les médecins ou chirurgiens de la ville, mandés directement, visitaient et opéraient souvent en dehors de son concours.

Non parce qu'ils le voulaient ainsi, mais parce que les clients jugeaient inutile la présence du médecin local.

Et voilà comment l'auto et le téléphone, en facilitant les déplacements, risquent de faire des vides dans les rangs des médecins ruraux et de grossir encore le contingent déjà bien serré des médecins des villes.

A notre avis, le téléphone et l'auto si hautement appréciés par la clientèle amèneront une crise dans la médecine rurale. Aussi estimons-nous du devoir des médecins appelés directement dans les localités éloignées, de prévenir leurs clients d'une situation dont ils pourraient être éventuellement victimes.

En bonne confraternité, la présence du médecin local doit être requise par le médecin ou le chirurgien de la ville directement mandé par téléphone.

Il ne s'agit pas en l'espèce d'un simple devoir de bienséance et de confraternité, mais d'une nécessité sociale.

La présence du médecin est indispensable dans les communes rurales et aussi bien dans les centres de villégiature. Ses ressources modestes ne doivent pas subir le contre-coup fatal des progrès du machinisme. Si la clientèle estivale doit apporter l'appoint sans lequel il ne peut décemment vivre, il serait injuste de l'en priver.

Le client assez fortuné pour s'offrir le luxe d'un médecin de ville, voyageant en auto, supportera ainsi une contribution légère à la sanitation publique dans sa résidence estivale. En partageant sa confiance entre le praticien rural et son médecin de famille, il assurera aux naturels de l'endroit la présence d'un médecin qui, sans cela, désertera les campagnes pauvres et hostiles.

(Le *Scalpel*.)

Dr L. DEJACE.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Concours d'inspecteur des services administratifs. — Un concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur général adjoint des services administratifs, docteur en médecine ou technicien d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de service sanitaire (exécution de l'article 6, § 3 du décret susvisé du 20 décembre 1907), s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le 26 mai 1911.

Les concurrents devront adresser leur demande de participation aux épreuves du concours au président du conseil, ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée. Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces énumérées dans l'arrêté ministériel susvisé du 24 janvier 1911, inséré au *Journal Officiel* du 26 janvier.

Les demandes seront inscrites au ministère de l'intérieur, secrétariat de la direction du contrôle et de la comptabilité, 13, rue Cambacérès, du 25 *avril au* 16 *mai inclus*. Le nombre des places mises au concours est fixé à une.

Concours de doctoresse sanitaire pour l'Egypte. — L'administration quarantenaire met au concours, sur titres, une place de doctoresse auprès de l'office de Port-Saïd aux appointements mensuels de livres égyptiennes 36 à 43.

Les demandes des postulantes devront être transmises à la présidence du conseil quarantenaire à Alexandrie. Elles devront contenir :

1° Copie du diplôme de doctoresse ;

2° Extrait de naissance ;

3° Certificat de bonne constitution ;

4° Certificat de bonnes vie et mœurs ;

5° Copie des titres et certificats possédés par les candidates ;

6° Engagement formel de prendre possession de son poste en cas de nomination dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Les postulantes doivent indiquer les langues qu'elles connaissent.

Elles sont prévenues que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée à la présidence du conseil quarantenaire trois mois à l'avance.

Elles sont également prévenues que l'administration requiert la copie du diplôme et des autres titres et certificats et non pas les originaux, car elle décline toute responsabilité au cas où ces derniers viendraient pour une cause quelconque à être égarés.

Le concours sera clos le 4 *juin* 1911.

Les candidates qui auraient à demander des renseignements autres que ceux contenus dans l'avis ci-dessus peuvent s'adresser directement au consul de France à Alexandrie.

Ecole d'Enseignement médical. — *Cours pratiques.* — Deux séries par an. Série d'hiver : novembre et décembre. Série d'été : mai et juin. La série d'été commencera le 15 mai 1911.

Dr Arnould : chirurgie pratique et traumatique (12 leçons). — Dr Le Fur : maladies des voies urinaires (12 leçons). — Dr Leuret : gynécologie (10 leçons). — Dr Pierra : pratique obstétricale (12 leçons). — Dr Mayet : chirurgie infantile et orthopédie (12 leçons). — Dr d'Ayrenx : pratique ophtalmologique (10 leçons). — Drs Cauzard et Faseuille : oto-rhino-laryngologie (12 leçons). — Dr Réal : chirurgie dentaire et soins de la bouche (6 leçons). — Dr F. de Grandmaison de Bruno : clinique thérapeutique pratique. — Hygiène alimentaire (12 leçons). — Dr Meslay : pathologie infantile (7 leçons). — Dr Roger : puériculture. — Diagnostic et traitement de la diphtérie (leçons pratiques). — Dr Lenglet : maladies de la peau (8 leçons). — Dr André Thomas : maladies du système nerveux (8 leçons). — Dr Fleig : radiologie. — Radiothérapie (5 leçons). — Dr Laquerrière : électrothérapie (8 leçons). — Dr Dubois de Saujon : hydrothérapie et physiothérapie (3 leçons). — Dr Debonnesset : massage (6 leçons). — Dr Lorrain : méthodes générales de laboratoire (12 leçons). — Philippe Rondeau : accidents du travail. — M. Briot : cours de physiologie générale.

Tous ces cours se font avec démonstrations pratiques, présentations de malades et d'instruments. Un programme détaillé de chaque cours se trouve au siège de l'Association, 18, rue du Luxembourg.

L'*Enseignement pratique* a lieu dans divers hôpitaux et cliniques.

Droits d'inscription : 25 fr. pour un cours, 35 fr. pour deux cours, 50 fr. pour l'ensemble des cours.

Un droit de 20 francs sera perçu en plus pour les manœuvres obstétricales, pour les travaux pratiques de radiologie ou ceux de laboratoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au *Secrétariat de l'École d'Enseignement médical*, 18, rue du Luxembourg, tous les jours, le dimanche excepté, de 2 heures à 6 heures.

Enseignement médical spécial. Conférences à l'hôpital St-Antoine. — MM. les docteurs Albert Mathieu et Jean-Ch. Roux commenceront, le samedi 13 mai, une série de leçons sur les maladies de l'appareil digestif. — 13 mai. Dilatation aiguë de l'estomac : M. A. Mathieu. — 20 mai. Douleurs gastriques d'origine nerveuse : M. J.-Ch. Roux. — 27 mai. Syphilis gastrique : M. A. Mathieu. — 3 juin. Douleurs abdominales d'origine vasculaire : M. J.-Ch. Roux. — 10 juin. La fausse biloculation de l'estomac : M. A. Mathieu. — 17 juin. Les dyspepsies appendiculaires : M. J.-C. Roux. — 24 juin. Pancréatites chroniques douloureuses : M. A. Mathieu. — 1er juillet. Les colites graves : M. J.-Ch. Roux.

Les conférences auront lieu dans la salle de la consultation externe du service (20, rue de Cîteaux), le samedi à 10 h. 45.

La saison à Vichy. — Le temps merveilleux du mois d'avril a fait arriver un très grand nombre de malades qui ont devancé l'ouverture de la saison, qui s'annonce comme devant être particulièrement brillante.

Vichy est non seulement la première de nos stations françaises, mais on peut dire qu'elle est aujourd'hui sans rivale en Europe.

La reconstruction totale de ses établissements et les perfectionnements apportés aux traitements accessoires lui assignent une place prépondérante ; aucune station n'est mieux outillée pour l'application des régimes et des ressources thérapeutiques nouvelles qu'offrent l'électrothérapie, le massage, l'entéroclyse ; toutes les données de la physiologie expérimentale sont utilisées pour la cure de certaines affections du système nerveux, telles que le tabès, la paralysie agitante, etc., sous la direction de médecins expérimentés.

Quant à la cure thermale et minérale proprement dite, elle s'applique à toutes les affections de la nutrition :

La dyspepsie, la dilatation de l'estomac et même l'ulcère simple ;

Le diabète, la cirrhose, la congestion chronique du foie, l'hépatite des pays chauds et toutes les variétés de la lithiase biliaire ;

La cystite, la lithiase urinaire et même l'albuminurie chronique, lorsque l'urémie n'est pas menaçante ;

La goutte, le rhumatisme chronique et toutes les manifestations de l'arthritisme ;

L'obésité est combattue avec succès par la cure thermale complétée par l'application des agents physiques ;

Enfin l'entérite muco-membraneuse et toutes les affections intestinales sont justiciables de Vichy.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. 1.100 lits (Pas-de-Calais). — Cours de vacances. — Douze leçons sur la tuberculose des os, des articulations et des ganglions par le Dr Ménard, chirurgien en chef, Dr Andrieu et Dr Calvé, chirurgiens assistants.

Ces leçons auront lieu du 7 au 20 août 1911.

Elles seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations pratiques et d'examens de pièces.

Prix du cours : 50 fr.

Se faire inscrire par lettre adressée au Dr Calvé ou au Dr Andrieu, Berck-Plage.

Dr ANDRIEU. Dr Jacques CALVÉ.

L'amour-maladie. — Voici comment Pierre-Daniel Huet, qui fut évêque d'Avranches, parlait de l'amour : « *L'amour est une maladie* du corps et se peut guérir par les secours de la médecine.

« L'amour n'est pas seulement une passion de l'âme, comme la haine et l'envie, mais c'est aussi une maladie du corps, comme la fièvre. Elle est dans le sang, et dans les esprits qui s'allument et s'agitent extraordinairement, et on pourrait la traiter méthodiquement par les règles de la médecine, pour la guérir. Je crois que l'on en pourrait venir à bout par de grandes sueurs, et de copieuses saignées, qui emportant avec l'humeur ces esprits enflammés, purgeraient le sang, calmeraient son émotion et le rétabliraient dans son état naturel. Ce n'est pas une simple conjecture, c'est une opinion fondée sur l'expérience. Un grand prince que nous avons connu, atteint d'un amour violent pour une demoiselle d'un grand mérite, fut contraint de partir pour l'armée. Tant que son absence dura, sa passion s'entretint par le souvenir et par un commerce de lettres fort fréquent et fort régulier jusqu'à la fin de la campagne, où une maladie dangereuse le réduisit à l'extrémité. On proportionna les remèdes au mal et on mit en usage tout ce que la médecine enseigne de plus efficace. Il reprit la santé, mais sans reprendre son amour, que de grandes évacuations avaient emporté à son insu. Car, se persuadant qu'il était toujours amoureux, et ne l'étant plus que de mémoire, il se trouva froid et sans passion auprès de celle qu'il croyait encore aimer. Chose pareille arriva à un de mes amis intimes qui, ayant été délivré d'une fièvre longue et opiniâtre par une espèce de crise, qui consista en sueurs, se trouva délivré en même temps d'un amour importun et incommode, dont il était tourmenté depuis longtemps. De sorte que, lorsqu'après la guérison, il voulut reprendre son train de galanterie, et continuer ses soins amoureux, il ne sentit plus ses anciens empressements et fut étonné de ne reconnaître plus en lui qu'indifférence et que langueur, au lieu de la vivacité et de la tendresse passée. »

(*Centre médical*).

Bourses à l'étranger. — L'Université de Paris dispose, depuis l'année scolaire 1910-1911, de dix bourses de séjour dans les Universités de l'étranger de 3,000 francs chacune.

Ces bourses peuvent être attribuées soit à des docteurs, soit à des pharmaciens de première classe se destinant à l'enseignement, soit à des agrégés des divers ordres de l'enseignement secondaire, hommes et femmes.

Les demandes devront être adressées au vice-recteur de l'Académie de Paris avant le 1er mai 1911. Elles indiqueront l'âge des postulants, leurs grades, leurs services antérieurs, et les Universités où ils se proposent de se rendre.

Les bourses seront attribuées par le Conseil de l'Université.

Les variabilités de la sécrétion du lait. — D'après les expériences du docteur Kellner, qu'il serait intéressant de voir reprendre par d'autres spécialistes, les vaches produiraient d'autant plus de lait que les traites sont plus rapprochées, à condition de ne pas dépasser une certaine limite au delà de laquelle la production diminue. La teneur en extrait sec et en beurre augmente parallèlement à la production. En trayant les vaches trois fois au lieu de deux, en vingt-quatre heures, on augmenterait de 6 à 7 % la quantité de lait et sa richesse en matière grasse.

Etant donné le rôle capital que le lait joue dans notre alimentation et dans les régimes, il y a là en effet un fait des plus remarquables et qui pourrait avoir des conséquences heureuses pour l'industrie laitière.

Un accouchement dans le Haut-Sénégal. — C'est le docteur F. Louis Lota qui a écrit dans sa thèse inaugurale, *Deux ans entre Sénégal et Niger*, Paris, Heinher (1887), les lignes suivantes : « Les habitants du pays ne s'adressaient jamais à nous, soit qu'ils n'eussent pas grande confiance dans nos connaissances médicales, soit qu'ils craignissent d'irriter les forgerons, leurs médecins habituels, en se faisant soigner par un blanc. Une fois seulement nous fûmes appelés, un de mes camarades et moi, auprès d'une femme en travail depuis la veille. En entrant, nous la trouvâmes à genoux par terre, les cuisses écartées et maintenue dans cette position par deux matrones, tandis qu'elle soufflait de toutes ses forces dans une bouteille collée à ses lèvres ; notre arrivée lui produisit un effet tel que l'accouchement s'effectua immédiatement sans que nous eussions à intervenir autrement. »

Traitement de l'ophtalmie chez les Kabyles. — M. Neveu rapporte le fait suivant, très suggestif : « Un de nos amis, chef de gare sur la ligne de Beni-Mançour, nous a raconté dernièrement que, peu de jours après son installation, il vit arriver deux Kabyles qui, d'un air suppliant, lui demandèrent un peu d'eau « *di tiligraphe* » ; notre ami ne comprenant pas, les indigènes retournèrent dans leur gourbi, et revinrent le lendemain : « Je t'en supplie, dirent-ils, donne-nous un peu d'eau *di tiligraphe*, de l'eau *di dipiche*... c'est pour un de nos enfants qui a très mal aux yeux. » Notre ami comprit enfin qu'il s'agissait de l'eau des piles du télégraphe. Depuis, tous les Kabyles d'alentour viennent à la gare chercher un peu d'eau chlorurée pour soigner les ophtalmies de leur famille : c'est une façon de prescrire le zinc sous forme de chlorure ». (*La France Médicale*, 4 fév. 1911).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 21 Dimanche 21 MAI 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

LEGE, QUÆSO

Nous adressons le présent numéro aux 24.000 *médecins de France, d'Algérie et de Tunisie.*

Il faut que chacun d'eux connaisse l'œuvre nouvelle de Prévoyance et de Droit qui vient d'être créée pour lui permettre d'assurer, par mutualité professionnelle, à lui et aux siens, le pain des vieux jours, quelle que soit sa situation de fortune. Le problème depuis longtemps posé est résolu par la « Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français » : *chaque confrère doit le savoir et le* Concours médical *a décidé de prendre à sa charge l'effort de publicité qui fait qu'il le saura.*

Il faut que chaque médecin connaisse aussi l'évolution d'importance capitale commencée hier : 1° *au sein de l'Association générale des Médecins de France, notre grand et très ancien centre de bienfaisance qui, de par son patronage et ses subventions à la* « Mutualité familiale », *entre franchement dans le programme de prévoyance et de secours mutuels qui n'existait qu'en son titre ;* 2° *au sein de notre organisation syndicaliste dont les représentants mandatés ont précisé le* 29 *avril quel serait le rôle des* Syndicats médicaux *de demain et quel celui de leur* Union.

Il faut enfin que nul confrère n'ait le droit désormais de nous écrire : « Le « Sou médical » ? Qu'est-ce que c'est que cela ? Pourquoi ne nous l'avez-vous pas signalé, puisqu'un praticien a tous les jours besoin de lui, et pourrait plutôt se dispenser d'assurer son mobilier qui ne brûle jamais, que sa clientèle et sa réputation, menacées à tout propos. »

Confrère, laissez-nous espérer que, dans votre propre intérêt, vous ferez, vous, pour cette fois, du moins, l'effort de lire tout ce que, nous avons mis à votre intention dans ce numéro du « Concours médical ».

Une heure, s. v. p., de votre repos dominical.

Et vous l'emploierez bien en nous retournant ensuite les Bulletins d'adhésion et demandes de renseignements que vous trouverez plus loin.



LA MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Nos lecteurs savent que la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* vient d'être constituée par la fusion ou plutôt, pour employer les termes administratifs, par l'annexion de la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français* à l'*Association Amicale des médecins français* qui change de nom, mais conserve son ancien numéro d'immatriculation 1445 comme Société de Secours Mutuels libre, régie par la loi du 1er avril 1898.

Du coup, voilà réalisées la simplicité, la clarté, l'unité qui, nous devons bien en convenir, manquaient un peu aux œuvres de prévoyance créées par le *Concours médical* !

Lorsqu'il y a bientôt trente années fut fondée la Caisse des pensions de retraite, nous ne pûmes nous dissimuler que notre initiative, qualifiée par certains de hasardeuse et de téméraire, ne pouvait revêtir une forme définitive, et que force nous serait un jour de nous adapter à des conditions nouvelles et de suivre une évolution dont l'inéluctable nécessité apparaissait, mais dont il n'était pas possible de prévoir l'orientation.

L'Association Amicale, plus récente, avait dû, elle aussi, se transformer et, à l'indemnité-maladie pour laquelle elle avait été créée, joindre la retraite, puis la pension aux veuves.

De ces transformations, il était résulté une certaine confusion par suite de la multiplicité des tableaux et même une certaine concurrence entre les deux œuvres ; or, des modifications nouvelles étaient encore réclamées au nom des conditions plus onéreuses de la vie, de la diminution de la valeur de l'argent, de l'évolution survenue dans les idées et dans les mœurs.

Partout on réclamait la *retraite de droit pour la vieillesse médicale* : on voulait une retraite modeste, accessible à tous. La Caisse des pensions à la rigueur aurait pu l'assurer par un de ses tableaux donnant la retraite proportionnelle ; mais ses combinaisons, trop complexes, effarouchaient le médecin qui les comprenait mal et cherchait ailleurs.

L'Association Générale des Médecins de France, après une étude très approfondie de la question, arrivait à cette conclusion qu'il lui était impossible à elle-même de créer cette retraite demandée.

On trouvait la retraite de la Combinaison C de l'Amicale trop tardive et trop chère, et pourtant elle seule, ou à peu près, depuis plusieurs années, assurait le recrutement de la Caisse des pensions.

Des propositions, fort séduisantes en apparence, émanant de Sociétés ou de confrères isolés, ne présentaient ni la garantie, ni la sécurité qu'exige une pension *de droit*.

C'est alors que les Conseils de l'Amicale et de la Caisse des pensions envisagèrent l'hypothèse d'une fusion qui leur permît, en se transformant, de s'adapter aux besoins nouveaux et de donner satisfaction à toutes les aspirations. Après s'être entourés des avis les plus compétents, après avoir consulté leur actuaire dont ils connaissaient l'absolu dévouement, ils sont arrivés à la conviction que l'organisation de la *Mutualité Familiale* réalisait le problème de la manière la plus satisfaisante.

Voyons ce qu'est cette création professionnelle.

Trois sections indépendantes, réunies par une gestion commune : la première, comportant l'*indemnité-maladie* ; la seconde, la *retraite de droit*; la troisième, la *pension aux veuves et aux orphelins*.

Indemnité maladie-accidents (M A).

A l'*indemnité-maladie* telle que l'assurait l'Amicale, il n'y avait pas grand'chose à changer ; l'expérience montrait la justesse des prévisions sur lesquelles l'œuvre avait été basée, et une participation de 4.600.000 journées environ, c'est-à-dire de plus de 12.000 années, venait confirmer, en éliminant les facteurs d'ordre secondaire, les prévisions du début. Aussi la Combinaison MA de la Mutualité Familiale n'innove-t-elle rien : elle permet de verser seulement demi-prime pour recevoir demi-indemnité ; comme elle, au jour possible affirmé par l'actuaire, elle permettra de verser double prime pour recevoir double indemnité ; comme elle, enfin, elle dure jusqu'à 65 ans, âge auquel le sociétaire sort statutairement, n'ayant plus rien à verser, mais n'ayant plus aucun droit à l'indemnité.

Pension aux veuves et orphelins (V).

A la *Caisse des pensions aux veuves et aux orphelins*, pas davantage d'innovations : la Combinaison V de la Mutualité Familiale continue l'ancienne Combinaison D de l'Amicale avec cette différence toutefois : 1° que les adhérents n'ont plus l'obligation d'être préalablement inscrits à l'indemnité-maladie ; 2° que les femmes bénéficiaires éventuelles ne sont plus tenues de faire partie de l'Association Générale des Médecins de France ; 3° que la pension n'est plus uniformément de six cents francs, mais peut être divisée par cinquièmes ou parts de 120, 240, 360, 480 ou 600 francs

Pensions de retraite de droit (P et R).

Pour la *pension de retraite*, au contraire, presque tout était à refaire afin de simplifier et de mettre la Caisse à la portée de tous. De là l'adoption de deux combinaisons :

La Combinaison P donnant la retraite à 60 ans ;
La Combinaison R donnant la retraite à 65 ans, cette dernière maintenant les avantages de l'ancienne Combinaison C de l'Amicale qui assurait la pension le lendemain même du jour où cessait le droit à l'indemnité-maladie.

Dans l'une comme dans l'autre de ces Combinaisons — et c'est là une réforme sur laquelle nous ne saurions trop retenir l'attention de nos confrères — la pension type, l'unité, la part, si l'on aime mieux, est abaissée à 120 francs, faculté étant laissée aux adhérents de souscrire tel nombre de *parts* qu'il leur conviendra jusqu'à concurrence de dix. D'où échelle de pensions commençant à 120 fr., se poursuivant par 240 fr., puis 360 fr. (la retraite ouvrière), 480 fr., etc., pour arriver à 1.200 fr., l'ancienne pension type : quel médecin pourrait désormais se déclarer dans l'impossibilité de faire œuvre de prévoyance ?

Certains nous ont reproché de n'avoir pas admis la possibilité de pensions supérieures, pensions de 2.400 et 3.600 fr., qu'autorisait l'ancienne Caisse des pensions de retraite du Corps médical français. Nous répondrons que nous n'avions pas à envisager le cas des confrères riches qui peuvent trouver satisfaction près des Compagnies d'assurances ou ailleurs et que — pourquoi ne pas le dire puisque l'expérience l'a prouvé? — ces situations particulières, en dehors des règles auxquelles nous nous sommes arrêtés, sont en nombre tellement infime, que véritablement il n'y a pas lieu de compliquer pour elles une comptabilité déjà passablement ardue, et de faire courir à la Caisse des risques insuffisamment garantis faute du nombre.

Nous nous sommes rappelé que nous étions une Société de secours mutuels et nous avons recherché surtout la possibilité de nous mettre à la portée des situations moyennes, médiocres et même infimes : nous avons créé les toutes petites pensions de 360 fr., de 240 fr., de 120 fr. même, de manière à pouvoir dire à nos confrères : n'hésitez pas à venir à nous, inscrivez-vous selon vos convenances à P ou à R, faites y inscrire vos femmes, prenez la prime simple, prenez la prime contre-assurée de manière à ne pas léser les vôtres si vous veniez à mourir prématurément, prenez la pension que vous pourrez, fût-ce celle de 120 francs, vous serez toujours libres de l'augmenter si vous voyez des jours meilleurs.

Cette même préoccupation de tout prévoir afin de venir en aide aux moins aisés par réduction des primes à verser, nous a conduits à chercher de tous côtés des recettes en dehors de celles qu'avaient fixées les actuaires.

La Société nouvelle aura sa liste de membres *bienfaiteurs* (100 fr. au moins, une fois donnés) et sa liste de membres *honoraires* (cotisation annuelle de 10 fr.).

Nous sommes convaincus que là viendront s'inscrire, pour si peu qu'ils en soient sollicités, tous ceux (et il y en a encore) qui, parents, amis ou reconnaissants des services du ou des praticiens, tiendront à prouver leur sympathie par un geste ; tous ceux qui font leurs affaires par le médecin, tels que spécialistes pharmaceutiques, Sociétés de sources et de Stations thermales, Etablissements médicaux ; peut-être aussi des Administrations et Assemblées qui se sentiront des torts passés à notre égard ; mais sûrement, du moins, les riches et les heureux de notre profession dont la clientèle ne se fit souvent que grâce aux appels très rémunérés provoqués par des praticiens qui ne le furent guère, et le constatent à la fin de leurs jours.

L'Association Générale des Médecins de France ne pouvait créer elle-même la pension de droit, nous l'avons dit, mais elle a affirmé hautement son intention de ne pas se désintéresser de cette création.

Dans son Assemblée générale du 30 avril dernier, elle votait en effet la résolution suivante :

L'Assemblée générale, constatant l'impossibilité actuelle de faire assurer par l'A. G. seule une pension de droit à tous les membres, décide :

1° L'Association Générale des Médecins de France, par l'intermédiaire, soit des Sociétés locales, soit de la Caisse des fonds généraux, contribuera à la constitution de retraites de droit ne dépassant pas 360 francs, par l'attribution, chaque année, d'une subvention globale à la Mutualité familiale du Corps médical français qui organise ces retraites.

2° A cet effet, les Sociétés locales sont invitées à verser, à partir du 1er janvier 1912, une cotisation supplémentaire de 0 fr. 80 par membre.

L'Association Générale centralisera les subventions des Sociétés locales qui auront effectué le versement minimum des quatre-vingts centimes; elle les versera à la Mutualité Familiale, et s'assurera que ces sommes sont le premier élément consacré à la diminution des primes des adhérents à la Mutualité Familiale qui appartiennent à des Sociétés locales ayant effectué le versement, pour faciliter à tous leurs membres l'accession à la retraite de droit de 360 francs.

Nul doute que cette orientation nouvelle de notre vieille Association Générale ne lui donne un regain de vitalité qui la fera sortir du rôle un peu effacé auquel on l'accusait de se complaire. Nul doute que ses membres ne mettent à profit les facilités que leur offre la *Mutualité Familiale*, et ne poussent leurs Sociétés locales dans la voie que leur ouvre la résolution du 30 avril.

Et, puisque nous sommes sur ce chapitre de l'Association Générale, signalons à nos confrères le projet de convention entre l'A. G. et la *Mutualité Familiale* qui a été renvoyé à l'examen des sociétés locales.

La *Mutualité Familiale* entend rester fidèle aux contrats intervenus entre l'A. G. et la Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français, d'une part, et l'Association Amicale, d'autre part, mais ces contrats expirent en 1915 et elle est décidée à ne pas les renouveler tels quels.

En effet, les contrats du 9 novembre 1905 disent que l'A. G. renoncera à créer des caisses analogues, qu'elle fait siennes les caisses existantes, qu'elle les soutiendra, les patronnera et les *subventionnera*, en échange de quoi les Caisses s'engagent à n'accepter de nouveaux sociétaires que s'ils font déjà partie de l'A. G. Or, si les Caisses ont exigé de leurs adhérents qu'ils fissent partie de l'A. G., celle-ci n'a jamais subventionné les Caisses : elle s'est bornée à payer les cotisations de ceux de ses membres qui étaient dans l'impossibi-

lité de le faire de manière à empêcher leur déchéance ; elle est venue au secours de ses propres membres, mais n'a rien versé absolument ni à l'Amicale ni à la Caisse des pensions.

La *Mutualité Familiale* a le plus grand désir de conserver les liens qui unissaient l'A. G. aux Caisses qu'elle remplace ; mais en échange de l'obligation qu'elle imposera à ses membres de faire partie de l'A. G., obligation qui, il faut bien le dire, limite son recrutement, elle demande à l'A.G. de la subventionner comme elle avait déclaré vouloir le faire : elle demande donc que, chaque année, l'Assemblée générale de l'A.G., suivant ses ressources, lui vote une somme qui, tout d'abord, sera consacrée au paiement des cotisations des membres empêchés, mais dont le surplus lui restera à titre de subvention globale.

Nous prions instamment nos lecteurs de soutenir, dans leurs Sociétés locales, la justesse de la demande de la *Mutualité Familiale,* car l'accord nouveau permettra de réduire encore d'une manière sensible le taux des cotisations pour les retraites qui ne dépasseront pas 360 fr., il fera entrer dans la pratique le programme mutualiste de l'A. G. et empêchera des défections que son rejet entraînerait fatalement dans les rangs de la vieille Association.

Et au milieu de tous ces changements, que vont devenir les anciens sociétaires de l'Amicale et de la Caisse des Pensions ?

C'est absolument simple ; leur situation restera identiquement ce qu'elle était antérieurement.

Ils constitueront au sein de la *Mutualité Familiale* des Combinaisons fermées, comme l'était l'ancienne Combinaison B de l'Amicale, et continueront à être régis par les articles des anciens statuts propres à leurs Combinaisons.

Personne n'aura donc à souffrir de la disparition de nos deux premières mutuelles ; tous au contraire, nous en sommes convaincus, bénéficieront des facilités données par l'organisation nouvelle.

Et nous, que notre âge exclut de ces Combinaisons, nous qui avons travaillé pour l'avenir et assuré aux jeunes des avantages que nous n'avons pas connus, nous nous déclarerons pleinement satisfait, si nous avons pu faire quelque bien dans le monde médical, si nos confrères usent largement des garanties que nous leurs offrons contre la *maladie,* la *vieillesse* et la *mort.*

A. Gassot.

Nota. — Le Secrétaire général de la Mutualité Familiale rappelle à tous les confrères ayant fait acte de candidature à la nouvelle Société, que les documents nécessaires leur seront envoyés à temps pour que leur admission puisse être prononcée au 1er juillet. Les anciens membres de la Combinaison de l'Amicale (retraite à 65 ans) sont autorisés à passer à la Combinaison P de la *Mutualité Familiale* (retraite à 60 ans) moyennant un supplément de cotisation que calculera l'actuaire. *Ces passages sont autorisés jusqu'au* 30 *septembre* 1911, *limite extrême.* Les demandes doivent être adressées au Secrétaire général : Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PREVOYANCE et de Secours Mutuels des Médecins de France.

La Revision des statuts et l'Assemblée ordinaire. — Une nouvelle Orientation. — De la Bienfaisance à la Mutualité.

L'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France, qui, en dépit de son nom et de sa qualité de mutualité *approuvée,* n'a guère jusqu'à ce jour rempli qu'un rôle de bienfaisance, s'est, en révisant ses statuts, et au cours de sa dernière Assemblée générale, orientée manifestement vers la Mutualité.

Dans l'Assemblée générale extraordinaire, consacrée à la revision des statuts, une modification des plus importantes a été adoptée. Quelques membres du Conseil de la Société centrale avaient paru croire que, depuis leur élection, qui changeait totalement la direction de cette Société, le besoin de la création de la Société Métropolitaine, décidée par l'Assemblée générale dernière, ne se faisait plus sentir ; sur la proposition de M. Sorel (Côte-d'Or), l'Assemblée à une forte majorité a décidé de supprimer tous les articles des statuts ayant trait à la Société centrale. Désormais cette Société sera considérée comme une Société ordinaire, et il sera permis de créer *ad libitum,* des Sociétés nouvelles, tant à Paris qu'en Province, avec la réserve de l'examen de leurs statuts par le Conseil général avant leur agrégation à l'A. G. Il était donc inutile de discuter à la suite sur la Métropolitaine ; ses statuts, rappelons-le, ont été déjà examinés par le Conseil général et elle a été agrégée comme l'avait ordonné l'Assemblée générale de 1910.

Le vœu de la Société de Seine-et-Oise demandant la suppression dans les statuts de la partie de l'article 5 donnant *illégalement* pour but à l'A. G. « de maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au public et conformes à la dignité de la profession », a bien été repoussé à une faible majorité. Nous trouvons un inconvénient sérieux au maintien intégral de cet article, non que nous désirions voir nos Sociétés devenir le refuge de toutes les brebis galeuses du corps médical, mais parce qu'il faudrait, en conservant ce texte, bien définir ce que l'on entend par « *influence moralisatrice* », par « *voies utiles au bien public* » et par « *dignité de la profession* ». La période quelque peu troublée qu'a traversée l'Association a démontré assez nettement que tout le monde ne s'entendait pas sur l'influence moralisatrice qu'elle devait avoir ; que, si chacun désirait le bien public, beaucoup s'acheminaient vers lui par des voies totalement différentes, et que les intérêts privés faisaient parfois varier singulièrement le sens de l'expression « *dignité de la profession* ». La loi définit elle-même le but dans lequel doit se renfermer toute société mutuelle approuvée ; pourquoi donc vouloir donner à nos-

mutualités médicales un autre but que le but légal ? Pourquoi vouloir les doter de statuts illégaux que l'on serait, au cas échéant, dans l'impossibilité de faire respecter ? Est-ce pour maintenir un article dont l'interprétation peut à tout propos et hors de propos causer des conflits et réveiller la discorde ? Nous avons entendu dire que les défenseurs de l'article 5 n'avaient pris cette attitude que dans un but d'apaisement ; que, ne voulant effrayer personne, ils désiraient montrer par le respect du passé qu'ils n'avaient aucune intention révolutionnaire. Nous estimons qu'ils se sont trompés. Leur geste ne ramènera pas et n'a pas ramené ceux qui ont témoigné leur aigreur de ne pas être toujours aveuglément suivis et il a surpris beaucoup de ceux qui, sans intransigeance dans les principes, estiment cependant qu'on ne doit pas chaque jour modifier ses opinions et trouver très bien le lendemain ce que l'on a condamné la veille.

L'Assemblée ordinaire annuelle a débuté par la lecture d'une lettre collective où les nombreux membres du bureau qui démissionnaient exposaient avec amertume les motifs de leur retraite. Cette lecture suscita une véhémente réplique du Dr Bellencontre qui montra bien de quel côté était partie l'attaque et à qui incombait toute la responsabilité de l'agitation que l'Assemblée allait définitivement clore. A une très forte majorité et sans opposition furent nommés :

Vice-présidents : MM. Bellencontre, Gairal et Gassot ; *Secrétaire général* : M. Levassort ; *secrétaires* : MM. Hiard et Watelet ; *Archiviste* : M. Depasse ; *Membres du Conseil général* : MM. Ball, Bilhaut, Boudin, Bouland, Butte, Clauzel-Vialard, Dignat, Fiquet, Vimont, de Paris ; Barbanneau (Vendée) ; Bauzon (Saône-et-Loire) ; Dengler (Jura) ; Saquet (Loire-Inférieure).

A propos de ce scrutin, il a été décidé que désormais aucune distinction ne serait établie pour l'élection des conseillers entre les Sociétaires habitant Paris ou la province ; on appellera au Conseil général tous ceux, quelle que soit leur résidence, qui auront la confiance de l'Assemblée.

Les projets ayant trait à l'*assurance-décès* ont été renvoyés à l'examen des Sociétés. Le projet Lepage sur la création d'une *Société de femmes de médecins*, indépendante de l'A. G. mais placée sous son patronage et pouvant bénéficier de tous les avantages que la loi de 1898 confère aux sociétés approuvées, a été adopté en principe.

La Convention de l'A. G. avec la *Mutualité familiale du corps médical français* a été renvoyée à l'examen des Sociétés locales, mais il a été décidé que toute Société serait libre, dès ce jour, de verser 0 fr. 80 par sociétaire à la caisse des fonds généraux. Cette somme sera destinée à réduire dans une mesure appréciable la prime des membres de ces mêmes Sociétés qui cotiseraient à la *Mutualité familiale* dans le but de s'assurer une retraite de droit ne dépassant pas 360 francs.

Sur la proposition du Dr Jeanne, le Conseil devra étudier si l'A. G. ne pourra pas patronner les œuvres mutuelles ayant le même but sinon les mêmes moyens que la *Mutualité familiale*. Cette mesure libérale contribuerait beaucoup à encourager le mouvement mutualiste médical que la constitution de l'A. G. ne lui permet pas d'organiser seule.

Le banquet qui a suivi les Assemblées générales a été plus brillant que de coutume. On y a bu à la prospérité de l'Association Générale ; les marques de sympathie n'ont pas été ménagées, même par ses adversaires dans les luttes récentes, au secrétaire général démissionnaire, M. Lepage, qui, au cours des deux Assemblées, en prenant part, en toute loyauté aux discussions, a donné le rare exemple d'un homme qui savait sacrifier à l'intérêt d'une œuvre utile les susceptibilités de l'amour-propre et le dépit de n'avoir pas fait triompher les idées qu'il croyait justes.

Le lendemain, le Conseil général se réunissait et décidait que l'élection à la présidence pour remplacer M. le Dr L. Lereboullet, démissionnaire, aurait lieu le 18 juin. La candidature du vice-président actuel, M. Lande (de Bordeaux), qui a présidé les dernières Assemblées générales, a été posée par l'unanimité des membres du Conseil. Tous nos lecteurs connaissent assez le mérite, le dévouement à la cause professionnelle et la haute compétence en matière de mutualité du fondateur de la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*, qui fut aussi président de l'Union des Syndicats médicaux de France, pour applaudir sans réserve à ce choix, et concourir activement par leur vote à son élection.

J. NOIR.

Réforme de l'Union des Syndicats médicaux

Comment doivent selon nous fonctionner désormais le Bureau et le Conseil de l'Union ?

Un certain nombre de nos amis ne se rendent pas encore compte des conséquences que les nouveaux statuts doivent avoir sur l'avenir de l'Union des syndicats médicaux de France. S'ils s'inclinent tous devant le vote de la majorité, comme doivent le faire tous bons syndicalistes, il en est qui ne voient pas l'avenir sans appréhension. « Vous avez sonné le glas de l'Union », nous écrivait un de nos meilleurs champions. « Le jour de la dernière Assemblée générale a été ou pourrait devenir la Journée des Dupes », nous disait un autre. Que nos amis se rassurent ; nous sommes persuadé que l'Union continuera à vivre et à se développer et que notre syndicalisme s'affirmera *dans l'action* avec plus de vigueur et plus de méthode que par le passé. D'ailleurs, la réforme, telle qu'elle s'est accomplie, était la seule possible. Tous les projets qui reposaient sur l'indemnisation des délégués par la Caisse centrale tombaient devant la

volonté catégoriquement exprimée par la majorité des syndicats qui ne voulaient pas admettre un relèvement suffisant de la cotisation.

Le premier rôle que devra jouer, à notre avis, la nouvelle administration de l'Union sera de bien montrer aux syndicats que, s'ils peuvent beaucoup par eux-mêmes, on peut ici, à Paris, pour eux, bien moins qu'ils ne se l'imaginent. Cette démonstration fortifiera l'Union au lieu de l'affaiblir ; démontrons-le par des exemples :

Le Syndicat de Bastia saisit, il y a quelques mois, le Conseil de l'Union d'une décision du Préfet de la Corse qui voulait imposer les soins gratuits de la gendarmerie aux médecins de l'assistance à domicile. Ces derniers devaient, avant d'être nommés, prendre l'engagement formel de donner ces soins. Le Syndicat de Bastia s'adressa au Conseil de l'Union qui, ayant étudié la question, convaincu que le Préfet avait agi dans la limite de ses droits, conseilla au Syndicat d'agir par le Conseil général sur le Préfet et de ne pas compter sur une démarche auprès du ministre qui, nous le savions, n'aurait aucun effet. Le Syndicat de Bastia, qui attendait de Paris l'intervention providentielle du pouvoir central, ne fut pas content et... démissionna de l'Union !

A la même époque, un Syndicat du Finistère avait des démêlés avec la Préfecture. Pour se conformer à une circulaire ministérielle motivée par d'indiscutables abus, le Préfet avait nommé des médecins certificateurs pour examiner les candidats à l'assistance obligatoire des vieillards, et le plus grand nombre des praticiens se trouvaient de ce fait amoindris aux yeux de leurs clients et lésés dans leurs intérêts. Que fit le Syndicat ? Il ne demanda pas l'intervention de l'Union, il ne réclama pas de démarches auprès des ministres ; il réunit ses membres et leur fit la leçon. Le siège du Conseil général fut fait par les médecins syndiqués, et ce Conseil, se rendant aux arguments du corps médical mécontent, n'eut pas de peine à convaincre le Préfet. Ce Syndicat, après s'être vaillamment défendu lui-même, ne songea pas à quitter l'Union.

Donc le premier rôle de l'administration de l'Union devra être, à notre avis, de démontrer en toute occasion l'obligation de cette *action directe*. L'action directe n'exige pas qu'on fasse sauter les Préfectures ni qu'on arbore des drapeaux rouges ; elle n'invite pas les médecins à descendre dans la rue, ni à organiser des « bataillons de fer », mais elle consiste simplement à faire faire à chaque syndiqué directement le maximum d'effort pour la défense de tous, et à ne pas attendre de Paris l'action providentielle sur laquelle on ne doit guère compter parce qu'elle est inopérante pour les litiges locaux.

Mais, nous répondra-t-on, que feront donc le Conseil et le Bureau de l'Union s'ils n'interviennent plus en faveur de chaque Syndicat auprès des pouvoirs publics ?

Leur rôle ne sera, croyons-nous, ni effacé, ni négligeable, et nous allons essayer de l'indiquer tel que nous le comprenons.

Nous supposons les nouveaux statuts admis et *appliqués* par les Syndicats unis. Les délégués au Conseil ont été nommés. Ces délégués sont en nombre plus restreint que certains l'avaient présumé, car beaucoup d'entre eux ont une somme relativement importante de mandats. Les Fédérations ont nommé chacune un ou deux délégués munis des pouvoirs de tous leurs Syndicats fédérés. Beaucoup de Syndicats ont confié leur mandat à des délégués de Syndicats voisins dont les intérêts sont similaires, formant ainsi en fait de véritables fédérations occasionnelles. Quelques Syndicats éloignés se sont rappelé qu'à Paris, ils avaient un compatriote, un confrère ami, connaissant bien leur pays et capable de comprendre leurs besoins ; ils ont écrit à ce confrère et lui ont fait l'honneur de le charger de les représenter, de les tenir au courant par correspondance ou par visites et de recevoir leurs indications. Ce Conseil donc ainsi constitué s'est réuni, a nommé son bureau, a donné au cours d'une discussion générale l'impression de l'opinion de chaque Syndicat.

Que va faire le Bureau ?

Il s'inquiétera, au besoin, par une consultation de tous les Syndicats, des questions qui préoccupent le plus le corps médical en France et il choisira une ou deux de ces questions jugées par le Conseil celles qui doivent être le plus promptement examinées. Un des membres du Bureau mettra, pour chacune, dans un travail d'ensemble, les choses au point pour être soumises à la discussion.

Ainsi nous sommes à la veille de subir une législation nouvelle sur les maladies professionnelles ; vite M. X..., Y... ou Z... sera chargé d'exposer nettement en quelques pages l'état de la question, de critiquer le projet de loi, de montrer en quoi ce projet peut être utile ou nuisible au médecin. Tous les Syndicats seront saisis de ce travail, et la question sera mise à l'ordre du jour de leurs Assemblées qui pourront chacune discuter en connaissance de cause. Par les soins du secrétariat de l'Union, un questionnaire aura été rédigé, demandant aux Syndicats leur opinion sur chaque point important, et l'Assemblée de chaque Syndicat répondra et donnera son avis. A la réunion du Conseil des délégués, ces opinions seront centralisées, coordonnées en un rapport.

On fera savoir que *tant* de Syndicats refusent absolument l'obligation de la déclaration par le médecin de la maladie professionnelle ; que *tant* d'autres, pour telle ou telle raison, acceptent ce genre de déclaration avec rémunération, telle qu'elle est appliquée en Angleterre ; enfin que *tant* de Syndicats, joignant au plus noble désintéressement l'insouciance la plus parfaite, n'ont pas répondu ou acceptent la déclaration sans indemnité. Le Conseil en conclura que la majorité du corps médical syndiqué a telle opinion sur la question ; il exposera les voies et moyens à employer pour faire triompher cette opinion et transmettra le tout aux Syndicats qui, selon leur tempérament ou leur influence, agiront sur les pouvoirs politiques,

sur les collectivités ouvrières, patronales, mutualistes ou autres, sur la presse locale ou générale pour obtenir par les moyens les plus variés le triomphe des revendications médicales. Si des démarches auprès des Commissions parlementaires, du gouvernement, des personnalités politiques sont nécessaires, le Bureau de l'Union pourra alors les faire, car par le questionnaire il aura obtenu l'autorisation de tous de parler au nom des Syndicats et il saura exactement quelle est l'opinion éclairée du corps médical français. Voilà, à notre avis, comment devra être menée une campagne pour la réalisation d'une question d'ordre général.

Mais, nous objectera-t-on, comment fera-t-on pour expédier les affaires courantes ?

Les affaires courantes sont les affaires locales de chaque Syndicat. Le Bureau, ni le Conseil de l'Union ne devront à notre avis s'en occuper autrement que pour éclairer les Syndicats. Le Bureau deviendra alors un véritable office de renseignements, mais ce sera tout.

Les conseillers adjoints au Bureau et les vice-présidents devront pour cela se partager *par deux* les questions pour qu'aucune affaire ne reste en suspens du fait d'une maladie ou d'une absence. Deux conseillers auront à étudier les questions d'assistance ; deux, les questions hospitalières ; deux, les questions de rapports avec les mutualités ; deux, les questions d'accidents du travail ; deux, les questions d'exercice illégal, etc.

Lorsque le secrétaire général, saisi d'une affaire, ne pourra pas renseigner suffisamment le Syndicat par lui-même, il la transmettra au conseiller spécialisé, qui l'étudiera, et, par l'intermédiaire du Bureau, enverra au Syndicat intéressé les renseignements qu'il aura pu recueillir. Mais jamais une solution ne sera donnée au Syndicat. On se contentera de lui indiquer ou de lui envoyer les documents nécessaires pour se faire une opinion et prendre lui-même une décision.

Mais, supposons que, pour une affaire urgente, un Syndicat désire faire faire une démarche auprès d'un directeur ou auprès d'un ministre. Le Bureau de l'Union devra-t-il se dérober ? Non, peut-être, si c'est une affaire locale. Oui, si c'est une question d'ordre général. Dans ce dernier cas le Bureau devra, avant de faire la moindre démarche, en saisir d'urgence tous les Syndicats. Si c'est une affaire locale, le bureau se bornera à remplir le rôle de transmetteur. Le Syndicat devra envoyer au secrétariat un exposé clair et concis de ses revendications qui sera déposé entre les mains du ministre par une délégation. Cette délégation comprendra le représentant du Syndicat au Conseil de l'Union et un ou deux membres du Bureau.

Quant au Secrétaire général, sa tâche sera aussi étendue, sinon plus, que par le passé.

Il devra d'abord obtenir de chaque Syndicat une mise au point de la situation de son département, quant au fonctionnement de l'assistance, de la mutualité, des bureaux d'hygiène, etc.. Il devra connaître l'histoire de tous conflits intéressant le corps médical et leur résultat. Tous les documents qu'il aura ainsi recueillis seront classés par département et par question et publiés dans le *Bulletin* quand ils présenteront un intérêt suffisant. Quand un Syndicat voudra, comme le fit il y a deux ans celui du Cher, obtenir des modifications pour son service d'assistance, s'il s'adresse à l'Union pour être renseigné sur le fonctionnement de l'Assistance dans les départements voisins, il faudra qu'en 24 heures tous les renseignements puissent lui être donnés et que l'on n'en soit pas réduit à écrire de Paris à 20 Syndicats qui enverront trois mois après les renseignements demandés d'urgence.

Mais, pour s'organiser ainsi, il faut de l'argent, il faut un personnel, il faut des dévouements. Aux Syndicats à faire du Conseil et du Bureau de l'Union le poste d'observation nécessaire pour donner l'éveil à chaque danger menaçant, l'office de renseignements indispensable pour leur permettre d'étudier eux-mêmes les questions générales, de se faire une opinion éclairée et de se documenter au besoin sur ce qui se passe ailleurs lorsqu'il s'agira d'améliorer sur un point la situation d'un groupe de médecins.

Nous avons voulu dans cet article exposer le rôle ordinaire du Conseil et du Bureau de l'Union tel que nous le comprenons avec les nouveaux statuts ; aussi, *nous n'avons pas parlé* des Congrès qui, périodiques ou non, seront toujours des événements extraordinaires. Ces Congrès pourront être de simples Congrès de Praticiens, ou ils pourront dans certains cas devenir des Congrès mixtes comme le Congrès de l'exercice illégal qui groupa médecins, dentistes, sages-femmes, avocats, parlementaires, administrateurs, et s'en trouva si bien.

Nous ne croyons pas que, dans l'exposé ci-dessus, on puisse relever une seule atteinte portée à l'autonomie des Syndicats, et nous ne pensons pas qu'il puisse venir à l'idée d'un seul qu'en fonctionnant ainsi, le Bureau et le Conseil de l'Union joueront un rôle sans dignité ou ne rendront plus les services nécessaires à la profession médicale.

J. NOIR.

MÉDECINE SOCIALE

La Législation des Maladies professionnelles.

Exposé critique du rapport fait à la Chambre des députés au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales sur le projet et la proposition de loi ayant pour objet l'extension aux maladies d'origine professionnelle de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, par M. le Dr Gilbert LAURENT, député de la Loire.

La Commission d'Assurance et de Prévoyance sociales a terminé l'étude du projet et de la proposition de loi ayant pour objet *l'extension aux maladies d'origine professionnelle de la loi du*



9 *avril* 1898 *sur les accidents du travail.* Nous venons de lire avec le plus grand intérêt le remarquable rapport qu'a rédigé au nom de la Commission notre distingué confrère, M. le Dr Gilbert Laurent, député, membre du Concours, secrétaire actif et dévoué du *Groupe médical parlementaire.* Nous croyons qu'il est d'un grand intérêt pour nos confrères de connaître dans ses grandes lignes la nouvelle loi proposée, *d'autant que sur plus d'un point les syndicats médicaux auraient à notre avis le droit et le devoir d'intervenir pour obtenir d'utiles modifications.* Aussi avons-nous cru bon de résumer, en la commentant, la très complète étude du Dr G. Laurent, espérant que nos lecteurs et tous les médecins praticiens ne sauraient être indifférents à l'élaboration d'une loi sociale, dans l'application de laquelle le corps médical est encore appelé à jouer un rôle prépondérant.

***

Historique. — L'historique de cette loi sur les maladies professionnelles, loi qui n'est pas encore votée, montre quelles difficultés il faut surmonter pour réaliser une réforme, mûre cependant, avec notre système législatif et nos mœurs parlementaires.

En 1888 (il y a 23 ans), Camille Raspail, Fairé, puis Julien Goujon, lors de la discussion de la loi sur les accidents du travail, déposèrent successivement des amendements pour faire joindre à la loi les grandes intoxications professionnelles par le plomb et le phosphore.

En 1901, lors de la première révision de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, Vaillant proposa un article additionnel demandant à faire bénéficier des avantages de la loi les ouvriers atteints de maladies professionnelles et de tuberculose. Le 5 décembre 1901, J.-L. Breton, député du Cher, déposa sa première proposition de la loi étendant aux maladies professionnelles la loi des accidents du travail. La réforme paraissait si naturelle que la Chambre lui accorda le bénéfice de l'urgence. Or, jugez, avec ce bénéfice de l'urgence, des progrès réalisés. La 7e législature se termina ; il fallut qu'au cours de la 8e législature, M. J.-L. Breton déposât une 2e proposition, le 3 juillet 1903, qui n'eut pas plus de chance que la première, car le même député, avec une persistance louable, saisit la Chambre, au cours de la 9e législature, d'une troisième proposition, le 13 juillet 1906, puis enfin au cours de la 10e législature, d'une 4e proposition, le 9 juin 1910. Sur ces entrefaites, élu président de la commission d'assurance et de prévoyance sociales, M. J.-L. Breton laissa à notre confrère, le Dr Laurent, le soin de rédiger le rapport, et nous sommes à la fin de la 10e législature ! ! !

Or, pendant ce temps, de l'autre côté du détroit, le Parlement et le Gouvernement anglais trouvaient le moyen d'appliquer progressivement, en quelques années, toute une législation des maladies professionnelles dont beaucoup de dispositions sont empruntées aux rapports de M. J.-L. Breton.

Outre la ténacité de M. Breton pour obtenir l'examen de sa proposition de loi, deux Congrès internationaux (Milan, 1906, Bruxelles, 1910) firent faire de notables progrès à l'étude de la législation des maladies professionnelles.

Opinions diverses sur la légitimité de l'indemnité proportionnelle au dommage causé à l'ouvrier par une profession malsaine. — Tout en reconnaissant les difficultés pratiques de la réalisation de l'indemnité aux victimes de maladies professionnelles, il semblerait qu'à notre époque, personne n'aurait dû oser mettre en discussion la légitimité de son principe. Il en fut cependant autrement et les intéressés accumulèrent les objections dont certaines sont surprenantes.

Cette indemnité est injustifiée, répondit d'abord la Chambre de Commerce de Paris, car le salaire de l'ouvrier augmente proportionnellement aux risques qu'il court et si, victime d'une maladie professionnelle, on l'indemnise, il sera en réalité deux fois rémunéré pour le même risque. La Chambre de commerce de Paris semblait donc admettre cette doctrine inhumaine que, dans un contrat de travail, un ouvrier louait encore sa santé et vendait sa vie. Nous devons reconnaître que la Chambre de Commerce revint assez vite de cette opinion et qu'elle paraît actuellement admettre le principe de l'indemnité. Mais si cette première objection ne put longtemps se soutenir, les industriels entonnèrent la vieille antienne de la *ruine de nos industries.* Ils l'avaient déjà chantée pour la loi de 1898. Nous ne savons pas cependant que les industries périclitent en Angleterre et en Suisse où depuis de longues années s'appliquent des lois sur l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles et la France industrielle est encore bien loin de l'Allemagne aux industries si florissantes, qui cependant sacrifie près d'*un milliard* de francs aux assurances sociales (Chambre de Commerce d'Essen, 1910). Puis il ne tiendra qu'aux patrons de s'ingénier par des mesures d'hygiène à restreindre les risques que courent leurs ouvriers. A moins que la mentalité patronale ne soit trop souvent telle que celle du fabricant dont M. le Dr Laurent cite l'anecdote qui mérite d'être vulgarisée. Notre confrère visitait une usine où des meules tournaient avec une telle rapidité que, de temps à autre, elles éclataient et faisaient des victimes. Comme le patron lui faisait remarquer tous les ennuis que lui causaient ces accidents répétés : « Vous avez dû vous ingénier à prendre des précautions pour vous prémunir contre ces catastrophes ? » lui demanda M. Laurent. « Certainement, répliqua-t-il. je me suis assuré à une bonne compagnie ». Ce Monsieur, certes, n'avait eu qu'un souci : préserver... sa caisse.

M. Laurent se hâte d'ajouter que nombre d'industriels se préoccupent de l'hygiène et des soins à donner à leurs ouvriers, qu'ils instituent ce que l'on appelle l'*armement médical* de leurs usines. Au Congrès de Bruxelles, de 1910, on exposa l'organisation médicale des Sociétés d'Oisel, d'Anzin, des Forges et chantiers de la Méditer-

ranée, du Creuzot, des Mines du Couchant, à Mons, des usines de Seraing, du Laurium, etc. Mais il s'agirait de savoir comment et contre qui fonctionné cet armement médical, car Diverneresse nous a, par des documents précis et officiels, édifiés sur certaines institutions médicales de mines ou autres industries.

Des objections plus sérieuses à l'indemnité aux victimes de maladies professionnelles sont celles qui consistent à dire que, ces maladies se contractant lentement, il est difficile de faire la part de la profession dans leur étiologie et plus difficile encore d'en répartir la responsabilité entre les divers employeurs chez qui la victime a travaillé. Ces objections soulèvent des problèmes qui, nous le verrons dans la suite, ne sont pas insolubles.

On a encore fait remarquer que, très abusivement, les dispositions légales seraient étendues aux maladies non professionnelles, que la déclaration des malades serait souvent difficile, qu'enfin les ouvriers maladifs ou débiles ne trouveraient plus d'emplois. La commission de la Chambre des Députés a étudié toutes ces objections et y a répondu dans la mesure du possible.

La grande majorité des délégués au Congrès de Bruxelles n'ont pas du reste attaché une importance excessive à toutes ces objections. Tous ont trouvé le principe de l'indemnité légitime. La Chambre de Commerce de Paris, malgré l'exemple de l'Angleterre, demande l'ajournement de la question jusqu'au jour où l'on sera pourvu d'une documentation scientifique spéciale et incontestée ; ce serait remettre aux calendes grecques une réforme à l'étude depuis plus de 20 ans. Le Président du Congrès, le Dr Moeller, président de l'Académie royale de médecine belge, a proclamé avec raison que la question était mûre et qu'en bonnes justice et logique, les maladies professionnelles auraient dû être indemnisées avant les accidents du travail.

Les juristes d'ailleurs partagent cette opinion.

M. Paul Pic, professeur à la Faculté de droit de Lyon, montre combien il est illogique, injuste, anormal et inhumain de ne pas faire bénéficier les victimes des maladies professionnelles des mêmes avantages que les accidentés du travail. Un accident dû à la faute, la négligence, la maladresse d'un ouvrier est indemnisé ; une infirmité provoquée uniquement par sa profession malsaine ne l'est pas. Sans doute, en principe, l'ouvrier victime peut avoir recours aux articles 1382 et 1383 du code civil contre le patron négligent et invoquer ainsi le droit commun qui exige la réparation de tout dommage, mais en pratique ce droit est illusoire, pour un ouvrier sans conseil, sans ressources, qui n'a pas pour cela droit à l'assistance judiciaire.

La Cour de cassation elle-même s'est plu à souligner ce paradoxe dans un arrêt du 3 novembre 1903, rendu à propos d'une affection charbonneuse. La loi, dit l'arrêt en propres termes, indemnise les accidents dont la cause « *n'entre pas dans les conditions normales de l'exercice du travail industriel* », mais n'indemnise pas les maladies professionnelles *qui ne sont que la conséquence de l'exercice habituel d'une certaine industrie.* »

QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR MALADIE PROFESSIONNELLE ? LE SYSTÈME DES DEUX TABLEAUX PARALLÈLES. — Comme l'ont bien compris M. J. Breton et le Prof. Lennhof, comme l'a démontré la discussion au Congrès de Bruxelles, il est impossible de définir exactement la maladie professionnelle.

La commission de la Chambre, voulant éviter autant que possible les discussions et les procès et enlever l'appréciation de l'origine professionnelle de la maladie à l'arbitraire des experts et des juges, a adopté le système des deux tableaux parallèles, indiqué par M. Breton, où, en face de la maladie et des accidents morbides, sont énumérées toutes les professions qui peuvent les provoquer. Ces tableaux ont l'avantage de pouvoir être modifiés au fur et à mesure qu'apparaissent de nouveaux procédés industriels ou que des mesures d'hygiène causent ou suppriment les accidents morbides.

Nous ne passerons pas en revue avec M. le Dr Laurent les principales maladies professionnelles, n'ayant pas l'intention d'écrire un traité de pathologie industrielle. Nous nous contenterons de rappeler que l'*intoxication saturnine* tient la tête avec ses divers modes d'absorption du poison par les voies respir*atoires, digestives ou cutanées,* avec ses accidents aigus ou chroniques : coliques de plomb, myalgies, arthralgies, troubles nerveux tels que la paralysie des extenseurs, le tremblement, l'hystérie toxique, l'encéphalopathie, la cachexie, l'anémie, la néphrite, la goutte et l'artériosclérose, etc., etc., avec ses conséquences sur la descendance (stérilité, avortement, débilité congénitale, idiotie, etc), et qu'il n'y a pas moins de 111 professions, d'après Layet, qui provoquent cet empoisonnement par le plomb.

Rappelons que l'*hydrargyrisme* vient en second lieu, puis l'*arsenicisme*, le *sulfocarbonisme*, dont la fréquence augmente avec l'extension de l'industrie caoutchoutière, l'*hydrocarburisme*, large cadre où l'on fait entrer les intoxications par la benzine, le styrol, la naphtaline, le pétrole, le toluène, les dérivés des goudrons, la vanilline, la térébenthine, l'aniline et les essences les plus diverses.

Le chapitre des *septicémies professionnelles*, où la loi suisse groupe la *variole*, le *charbon* et la *morve*, peut donner lieu à des discussions intéressantes. Nous nous étonnons qu'on n'y ait pas fait entrer la *septicémie proprement dite* (piqûre septique, anatomique) et l'*érysipèle* fréquent chez les chiffonniers et dans quelques autres professions.

Rappelons que le charbon qui, dans la loi anglaise, tient la tête des maladies professionnelles, a été considéré fréquemment par les tribunaux comme un accident du travail.

M. Laurent se livre encore à d'intéressantes réflexions sur les *maladies contagieuses* d'origine professionnelle : pneumokonioses et tuberculoses, ankylostomasie, sur les *maladies causées par le travail dans l'air comprimé*, maladies sur lesquelles, nous nous permettons de le rappeler, une

commission du Syndicat des médecins de la Seine dirigée par MM. Brouardel et V. Laborde, avec M. Malbec comme rapporteur, fit un travail consciencieux demandé par le Syndicat ouvrier des puisatiers-mineurs de la ville de Paris (*Bull. officiel du Synd. des méd. de la Seine,* 15 mai 1903).

M. Laurent cite encore les *dermatoses professionnelles* avec la *gale des cimentiers* et fait remarquer qu'un grand nombre de maladies peuvent trouver un jour ou l'autre leur place sur le tableau et y seront inscrites par une commission spéciale dont l'article 10 de la proposition de loi fixe la formation.

Législations étrangères. — Quand on veut innover en pareille matière, il n'est pas sans intérêt de se renseigner sur ce qui existe ailleurs, sur les enseignements du passé.

Législation suisse. — La Suisse posa la première en principe l'indemnisation des maladies professionnelles dans la loi fédérale du 23 mars 1877. En rédigeant, en 1881, sa loi sur les accidents du travail, elle précisa la responsabilité civile des fabricants, mais le Conseil Fédéral eut le privilège d'étendre par étapes l'application de la loi.

Dans une première étape (1882), une circulaire du Conseil fédéral visa la fabrication et la vente des allumettes à phosphore jaune ; dans une deuxième étape (1884), le Conseil imposa la substitution des contrepoids en fer aux contrepoids en plomb dans les métiers Jacquard ; une troisième étape (1887) fut marquée par la généralisation de l'application de la loi en un arrêté comportant 11 articles, qui, au cours d'une quatrième étape (1901), furent portés dans un autre arrêté à 34. La caractéristique de la loi suisse est dans la nécessité pour l'ouvrier de faire la preuve de l'origine professionnelle de la maladie, ce qui est souvent d'une difficulté insurmontable pour lui. D'autre part, le fabricant peut dégager sa responsabilité s'il parvient à démontrer que l'ouvrier par sa négligence est cause de sa maladie. Mais la loi n'a pas le caractère forfaitaire de notre loi de 1898, elle indemnise *totalement* la victime avec la restriction que la somme allouée ne peut dépasser six fois le montant du salaire annuel, ni excéder 6.000 francs.

Législation anglaise. — En Angleterre, ce fut le gouvernement qui, en 1897, contre l'avis de la Commission parlementaire, fit ajouter à la loi des accidents du travail les maladies professionnelles suivantes : anthrax, saturnisme, hydrargyrisme, phosphorisme, arsénicisme et ankylostomiase. En 1907 et en 1910, eurent lieu de nouvelles extensions de la loi.

La caractéristique de la loi anglaise est l'assimilation, autant que faire se peut, des maladies professionnelles aux accidents du travail. Elle emprunte au projet de M. J. Breton, le système des deux tableaux que le secrétaire d'Etat à l'Intérieur peut étendre ou restreindre. Elle prévoit l'assurance obligatoire, rend responsable le patron durant un délai de 12 mois après que l'ouvrier a quitté son atelier et fait concourir les anciens patrons durant ce délai à l'indemnité payée à la victime.

La loi anglaise, en pleine application en 1909, a indemnisé 3.346 cas de maladies avec 51.541 livres sterling, soit 1.288.525 fr., ce qui ne paraît pas excessif.

La *Belgique* s'achemine vers une législation analogue par la création de l'inspection médicale du travail (1898 et 1902), avec un inspecteur principal (Dr Glibert, de Bruxelles) secondé par un adjoint, qui concentrent en un laboratoire central de recherches tous les renseignements sur les maladies professionnelles, aidés de 3 inspecteurs et de 149 médecins agréés.

L'*Allemagne* a doté ses ouvriers d'une loi d'assurance obligatoire contre la maladie (15 juin 1883, 1885 et 1895) qui institue des caisses alimentées 1/3 par le patron, 2/3 par l'ouvrier. Les secours ordinaires sont donnés pendant 13 semaines, jamais pendant plus d'un an. Cette loi est insuffisante pour indemniser les suites d'une maladie professionnelle. Il est juste de reconnaître qu'en Allemagne le développement de l'hygiène préventive rend ces maladies plus rares.

En *Italie,* comme en France, à l'exemple de l'Angleterre, on cherche à étendre aux maladies professionnelles les bénéfices de la loi sur les accidents du travail.

Antécédents français. — Même en France, il existe des antécédents, bien limités il est vrai, mais qui ont leur valeur expérimentale. La *loi du 21 avril* 1898, qui institue la *Caisse de Prévoyance pour les inscrits maritimes,* prévoit les maladies professionnelles et la *loi de finances du* 13 *avril* 1898, qui octroie une pension viagère annuelle aux *sapeurs-pompiers* en cas de *blessures,* y ajoute aussi les *maladies* contractées au cours du service. En outre, les tribunaux n'ont pas attendu une loi et, se basant sur le droit commun, ont indemnisé les victimes des maladies professionnelles.

Examen des divers projets français. — Nous allons, avec M. le Dr Laurent, passer en revue les divers projets en terminant par celui de la commission.

Projet du Gouvernement. — Ce projet, dont M. Dubief, alors ministre du Commerce, prit l'initiative le 16 mai 1905, et qui fut repris le 14 juin 1906 par M. Doumergue, ministre du Commerce, et M. Poincaré, ministre des finances, et qui fut commenté dans le *Concours médical* (1), devait borner l'effort législatif au saturnisme et à l'hydrargyrisme. Dans ce projet on divise les maladies en deux catégories :

La *première catégorie* comprend les maladies de moins de 30 jours, *professionnelles ou non,* indemnisées par des mutualités locales auxquelles la loi oblige ouvriers et patrons de cotiser ; la *deuxième catégorie,* qui ne comprend que des maladies professionnelles de plus de 30 jours de durée, est indemnisée par tous les membres de chaque industrie réunis légalement en *syndicats centraux de garantie.*

(1) *Concours Médical,* 11 février 1905, n° 6, p. 82.

Un projet analogue fut rédigé par M. Lacroix, maître des requêtes au Conseil d'Etat, basé sur l'Assurance obligatoire des patrons d'industrie malsaine à une caisse d'Etat. L'auteur voudrait que les contributions à cette caisse fussent proportionnelles au degré d'insalubrité de chaque industrie.

Ces projets qui, dans leur réalisation, se heurteraient à des difficultés nombreuses, sont arrêtés par la résistance du Sénat qui ne veut pas entendre parler d'assurance obligatoire ; en outre, on leur reproche de ne pas inciter les patrons à améliorer les conditions d'hygiène du travail dans leurs industries.

Aussi, dans les dernières législatures comme dans la présente, la *Commission d'assurance et de prévoyance sociales* de la Chambre des Députés résolut de poursuivre son but législatif : 1° en évitant les litiges à l'occasion de chaque maladie ; 2° en prévoyant les renvois d'ouvriers ; 3° en écartant la nécessité des livrets ou registres sanitaires individuels.

Deux propositions de loi, procédant l'une de l'autre, se sont efforcées de remplir ce programme : la proposition Breton et celle du Dr Gilbert Laurent.

La *proposition* Breton, constatant la difficulté de séparer parfois les accidents du travail des maladies professionnelles (charbon, brûlures, hernie, durillons, lumbago, coup de chaleur, par exemple, a pour principe d'appliquer autant que faire se peut à ces maladies la législation existante des accidents du travail.

M. J.-L. Breton désire avant tout éviter les constestations et les procès ; aussi adopte-t-il le système des deux tableaux parallèles dont nous avons parlé plus haut, où, en regard des maladies et des accidents morbides, sont énumérées les industries qui les provoquent. Ces tableaux, du reste, ne sont qu'indicatifs et peuvent être modifiés. Dans l'esprit de l'auteur de la proposition de loi, seules les grandes intoxications professionnelles seraient visées d'abord et la loi s'étendrait ensuite par étapes aux autres maladies de même genre. M. Breton prévoit le partage de la responsabilité de la maladie entre le patron actuel et les anciens patrons de la victime pendant des délais variant de 1 an à quelques jours, selon les industries et les maladies. Les industriels qui par des perfectionnements techniques ont supprimé les manipulations de produits toxiques, peuvent être déchargés de la responsabilité. M. Breton exige la déclaration de la maladie professionnelle par le médecin, point que nous examinerons avec plus d'ampleur avec le projet de la Commission. Il divise, en outre, les établissements industriels en 6 catégories selon leur degré d'insalubrité.

Projet de la Commission. Caractère transactionnel et forfaitaire de la loi. — Le projet de la Commission adopte le principe de la proposition J.-L. Breton ; son but est d'assimiler le plus possible les maladies professionnelles aux accidents du travail pour que le code du travail ait une véritable unité, procède des mêmes principes et puisse être modifié avec plus de facilité. Pour éviter toute contestation sur l'origine professionnelle de la maladie, la commission adopte le système des deux tableaux parallèles et donne à la loi un caractère essentiellement *transactionnel* et *forfaitaire*.

Ainsi, par exemple, un ouvrier d'une industrie du plomb est atteint de néphrite ; si la néphrite est indiquée dans le tableau des maladies correspondant à cette industrie, le malade est indemnisé sans qu'on ait à rechercher si la maladie est ou non d'origine saturnine. N'oublions pas qu'on étend à la maladie professionnelle les dispositions de la loi sur les accidents du travail, que cette loi, *essentiellement transactionnelle et forfaitaire*, n'indemnise la victime que d'*une partie* du dommage qui lui a été causé et cela quand bien même une faute du patron serait démontrée.

L'idée inspiratrice de cette législation sur laquelle il convient d'insister est la réparation du risque professionnel que M. Cheysson a défini : « un « risque afférent à une profession déterminée indé« pendamment de la faute des ouvriers et des « patrons ; ce risque doit être supporté par le « patron et figurer comme élément du prix de re« vient dans les frais généraux de l'industrie ».

Or, comme, dans chaque espèce, la nature professionnelle du risque pourrait donner lieu à discussion, le législateur a décidé d'*imposer aux ouvriers* et *aux patrons une transaction et un forfait* pour la fixation de l'indemnité due à la victime. L'indemnité est *transactionnelle*, car si l'*ouvrier est toujours indemnisé*, en revanche le *patron donne toujours et dans tous les cas une indemnité inférieure au dommage causé* ; l'indemnité est en outre *forfaitaire* parce que le législateur ne laisse pas au juge le soin d'apprécier le dommage, il le fixe d'avance.

A ce propos, M. le Dr Laurent s'étonne dans son rapport du vœu émis par le XXe Congrès de chirurgie, lors de la discussion des rapports de MM. Segond et Jeanbrau sur les relations du cancer et de la tuberculose avec les accidents du travail : Voici le texte de ce vœu :

« Il est désirable que la loi de 1898 soit modifiée de façon à ne pas exclure de parti pris, dans la réparation pécuniaire des accidents du travail, le rôle des prédispositions et des maladies préexistantes. Cette modification atténuerait les conséquences fâcheuses de l'indemnité transactionnelle et forfaitaire en permettant de tenir compte des responsabilités atténuées et d'accorder une indemnité *exactement* proportionnelle au dommage ».

Par une de ces surprises coutumières aux Congrès, où des votes sont parfois émis sans que la plupart des Congressistes se rendent compte de leur portée, ce vœu fut adopté à l'unanimité. Cependant sa rédaction seule suffit à indiquer qu'il semble sorti de l'officine d'une compagnie d'assurances. Quel chirurgien, en toute conscience, oserait avoir la prétention de fixer une indemnité *exactement* proportionnelle au dommage ? Et les rédacteurs de ce vœu faisaient en tous cas preuve d'une singulière ignorance du principe transactionnel et forfaitaire de la loi. Qu'a fait en somme le législateur ? Il a noté que 25 % des accidents sont imputables à la négligence des ouvriers, 20 % à



celle des patrons et 55 % sont le fait du risque professionnel. Or, il est admis que la responsabilité du risque professionnel (soit 55 % des accidents) doit incomber au patron, rentrant dans les frais généraux de l'industrie et concourant au calcul du prix de revient. Il s'ensuivait que la réparation de 75 % des accidents devaient de par le *droit commun* incomber au patron. Pour éviter tout contest, le législateur a dit à l'ouvrier : « Tu seras indemnisé non pas de 75 % des accidents dont tu peux être victime, mais de *tous* les accidents, et en retour, ton indemnité ne sera pas une réparation complète comme, tu devrais l'obtenir avec le droit commun, mais une réparation réduite que ton patron acceptera de te payer ». Voici la transaction. Et comme le législateur avait quelque raison de douter de la compétence des juges et des experts, il a fixé lui-même le taux de l'indemnité : voilà le forfait. Si dans ce cas, il y a quelqu'un de lésé, en principe c'est bien l'ouvrier, qu'on indemnise, de par la loi de 1908, avec *un demi-salaire*, quand 25 % des accidents seuls lui incombent en droit commun. Du reste, la loi ne fut pas acceptée par les députés ouvriers avec enthousiasme : un des leurs, M. Julien Goujon, à la séance de la Chambre des députés du 18 mai 1893, établit une comparaison assez juste entre l'indemnité donnée à l'ouvrier estropié et celle accordée à un propriétaire exproprié :

« Quand vous expropriez ma maison, dit-il, vous réparez le préjudice complet, vous payez la valeur totale de l'immeuble. Eh bien ! quand vous expropriez mon capital travail, vous devez le remplacer d'une *façon intégrale* ».

Nous avons insisté un peu longuement sur ce caractère *transactionnel* et *forfaitaire* de la loi sur les accidents du travail qui doit aussi caractériser la loi sur les maladies professionnelles, parce que, nous médecins, nous devons réagir contre les belles paroles des pseudo-philanthropes, administrateurs ou assureurs, qui, battant monnaie sur la législation du travail, veulent à tort lui donner le caractère d'une législation d'assistance et prétendent à ce titre nous imposer à nous médecins des sacrifices pour faciliter son application. Beaucoup de nos confrères, ignorant la question, se laissent prendre à ces belles paroles et concourent sottement à faciliter l'exploitation financière de compagnies qui ont, nous ne le discutons pas, le devoir d'enrichir leurs actionnaires si elles le peuvent, mais qui n'ont aucun droit de le faire aux dépens du corps médical.

Responsabilité des anciens patrons. — La responsabilité des anciens patrons est la véritable pierre d'achoppement de la loi, car les grandes intoxications chroniques d'origine professionnelle ne font leurs ravages que lentement. Certains patrons peu scrupuleux pourraient prendre l'habitude de renouveler fréquemment leur personnel dès que les premiers symptômes de la maladie se révèlent et avant même qu'une infirmité ou des accidents sérieux soient survenus. Après étude de la commission d'hygiène industrielle relatée dans un rapport de M. Leclerc de Pulligny, la commission d'assurance et de prévoyance sociales a décidé de faire partager la responsabilité du nouveau patron à l'ancien durant un délai variable pour chaque sorte de maladie, délai qui serait indiqué sur le tableau. On pourra objecter avec raison que très souvent le nouveau patron paiera une indemnité dont, en bon droit, il ne devrait pas être responsable. C'est indiscutable, mais là encore, l'auteur de la proposition de loi s'en tire par une disposition forfaitaire, par une sorte de cote mal taillée que l'on est obligé d'accepter, puisque le seul moyen permettant d'être équitable, l'assurance obligatoire, n'est pas admise par le Sénat.

La commission d'hygiène industrielle avait examiné quelques points intéressants : la *classification* par exemple des *usines assujetties*, avec le désir de favoriser les fabricants qui feraient de sérieux efforts pour préserver leurs ouvriers en prenant les mesures d'hygiène sérieuses et en modifiant leur technique. M. Paulet, directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales et, après lui, le gouvernement s'opposèrent à la prise en considération de cette tentative dans la loi, comme ne pouvant s'accorder avec son caractère transactionnel.

Le renvoi et l'embauchage des ouvriers âgés, maladifs et malingres ont été aussi examinés. Malgré les conséquences cruelles que la loi peut avoir pour les malheureux qui pourront se voir privés de leur travail habituel, on devait évidemment considérer comme un progrès les précautions que seraient tentés de prendre les industriels pour éliminer des professions dangereuses les personnes incapables de les remplir sans tomber tout aussitôt malades.

La Commission d'hygiène industrielle, après les rapports de MM. Thoinot, Bourges, Heim et Leclerc de Pulligny, avait proposé la création de *cahiers sanitaires*, de *registres d'usine* ou *de livrets individuels* pour y relater les malades professionnelles. Ces créations ont été rejetées comme encore contraires au principe forfaitaire de la loi. La rédaction de ces cahiers, registres ou livrets serait, à notre avis, gros d'ennuis pour le médecin qui serait chargé de leur tenue. Leur utilité statistique pourrait être plus utilement remplie par l'organisation d'une inspection médicale avec laboratoire central de recherches scientifiques et techniques qui recueillerait tous les renseignements, comme cela existe en Belgique.

La proposition de loi que rapporte M. Laurent décide la création d'un *tableau des industries assujetties et des maladies professionnelles correspondantes*. Pour la rédaction et les modications de ce tableau, l'article 10 désigne une *Commission supérieure des maladies professionnelles* qui doit comprendre 26 membres : à savoir : 3 députés et 2 sénateurs élus par leurs collègues, le directeur de l'Assurance au Ministère du travail, le directeur du travail, le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, 2 membres du comité consultatif des assurances contre les accidents, 4 médecins membres de la commission d'hygiène industrielle, 4 conseillers prud'hommes (2 patrons et 2 ouvriers), 2 ouvriers désignés par le Conseil supérieur du travail, un professeur de Faculté de

Médecine et cinq personnes spécialement compétentes.

Nous nous permettons de faire remarquer que cette commission, où seuls les médecins pourront donner un avis avec compétence, ne compte que 5 médecins. En outre nous constatons avec regret que les syndicats patronaux, ouvriers et médicaux ne sont point appelés à nommer ou tout au moins à proposer leurs représentants au sein de cette commission.

Nous passerons sur l'*établissement des primes d'assurances*, qui peut bénéficier des résultats obtenus par l'application de la loi anglaise et nous arrivons à un point très important pour le médecin : la déclaration de la maladie.

La déclaration obligatoire pour le médecin de la maladie professionnelle. — Dans la proposition de loi, M. le Dr Laurent admet la déclaration dans un délai de 15 jours. Mais qui va faire la déclaration ? Ce ne peut être le patron qui peut ignorer la maladie ; ce devrait être l'ouvrier qui est le véritable intéressé à la faire ou à la faire faire et qui a un délai suffisant pour y songer. A son défaut, un parent, un ami, le directeur de l'hôpital où il est en traitement pourraient le suppléer. Aussi nous ne voyons pas du tout pourquoi l'on veut imposer au médecin la déclaration des maladies professionnelles.

Il est vrai qu'en Angleterre cela se passe ainsi, que la loi sur les fabriques et ateliers de 1895 et le texte de codification de 1901, tout en imposant la déclaration, la rémunèrent 2 shillings 6 pence.

M. le Dr Laurent relève vertement et comme il convient les phrases d'un article de M. Jean Duvar dans la *Revue technique* du 25 février 1905, qui, après avoir parlé de la somnolence des médecins, qu'il prétend bien connaître, pour la déclaration des maladies transmissibles, ne veut pas leur faire l'injure qu'ils ne feraient la déclaration des maladies professionnelles que pour être payés 3 francs ou encourir une amende. M. Jean Duvar affirme, sans ironie, que les médecins « se « feront les auxiliaires bénévoles du législateur, « mus uniquement par cette pensée que leur « collaboration assidue créera enfin la pathologie « professionnelle, exacte et complète, restée im- « parfaite jusqu'à ce jour. »

Que M. Jean Duvar nous permette de le lui dire, il s'est grossièrement trompé, les médecins praticiens n'aiment pas la contrainte et nous sommes persuadé qu'on s'exposera à de sérieux mécomptes si on espère leur imposer la collaboration assidue gratuite et forcée à la rédaction du chapitre de pathologie professionnelle qui manque à l'Etat et aux assureurs.

M. le Dr Gilbert Laurent, qui aurait désiré voir la déclaration payée comme en Angleterre, se range avec regret à l'avis de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales, qui la veut obligatoire et gratuite ; il fait remarquer que le médecin en pareil cas n'aura pas à subir les mêmes ennuis que dans les déclarations de maladies transmissibles imposées par la loi sur la santé publique puisque l'ouvrier atteint de maladie professionnelle a grand intérêt à la déclaration de sa maladie.

Tout cela ne saurait nous convaincre et M. le Dr G. Laurent nous excusera de ne pas partager son opinion.

A la rigueur on peut concevoir l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses, c'est une question d'intérêt général, de préservation de la santé publique et nous savons qu'en matière sanitaire, l'Etat n'en est pas à une mesure vexatoire près. C'est une opération de police que l'on peut au besoin subir dans l'intérêt pressant de tous.

Mais la loi sur l'indemnisation des maladies professionnelles n'est nullement une loi d'intérêt général, encore moins une loi d'assistance pour l'application de laquelle l'Etat serait en droit de demander leur concours avec sacrifice à tous les citoyens ; non, c'est une loi qui règle des intérêts privés ; c'est une transaction avec forfait imposée par le législateur aux patrons et aux ouvriers. Les médecins n'ont rien à faire directement dans cette transaction, et équitablement on ne saurait à aucun titre leur demander ici un concours gratuit et forcé et cela sans leur assentiment. Nous qui connaissons infiniment mieux le corps médical que M. Jean Duvar, nous prévoyons la résistance la plus vive et la plus justifiée à ce nouvel attentat à la liberté du médecin. Et puisque tout le long du rapport de M. Laurent on a insisté sur le caractère transactionnel de la loi, puisque M. Paulet a fait repousser, en vertu de ce caractère que doit conserver la loi, des mesures aussi humanitaires, *aussi légitimes que* celles destinées à encourager les industriels à améliorer l'hygiène de leurs usines, nous demandons à ne pas être introduits de force, malgré nous, dans une transaction entre patrons et ouvriers où nous n'avons que faire.

Puisque la proposition de loi sur les maladies professionnelles désire assimiler le plus possible ces maladies aux accidents du travail, il suffit, en faisant des réserves sur les délais, de laisser opérer la déclaration des maladies de la même façon que celle des accidents. Le médecin délivrera un certificat de constatation qui sera payé d'après le tarif Dubief et, avec ce document, l'ouvrier ou le patron feront la déclaration seuls ou de concert.

M. le Dr G. Laurent termine son intéressant rapport par cette phrase sur la déclaration obligatoire par le médecin :

« C'est un nouveau sacrifice demandé au corps médical. Il n'en est plus à les compter ».

Nous nous servirons pour lui répondre des lignes même qu'il a écrites à la page précédente dans ce même rapport :

« Depuis quelques années, le corps médical se recrute de plus en plus parmi le peuple ; mais si son origine le rapproche de la démocratie, elle l'oblige aussi à vivre de plus en plus exclusivement de son travail. *La République ne pourra donc continuer indéfiniment à demander toujours au médecin, sans jamais rien lui accorder, sinon des paroles vagues ou flatteuses.* »

Il est un prolétariat médical dont les membres augmentent chaque jour et ce prolétariat, las de jeûner, commence singulièrement à se lasser de la substance creuse des éloges ministériels et des

rubans, quelque peu défraîchis à l'heure actuelle, qui servent à payer ses bons offices et son concours.

J. NOIR.

Chronique de la défense professionnelle

Une Leçon de Catéchisme à apprendre et à colporter.

Quels sont les risques qui menacent le médecin dans l'exercice de sa profession ?

La responsabilité professionnelle (art. 1382 C. C., faute lourde, etc.) ;

Contestations (d'honoraires, de nomination, de révocation, de renvoi injustifié, etc.)

avec :

Des clients,

Des collectivités (Assurances-accidents, A. M. G, Mutualités, hôpitaux).

Diffamation.

Obligations sociales ou générales du médecin (réquisitions, médecine légale, appel d'un client, livre noir, etc.)

Secret professionnel

Certificats mal rédigés.

Impositions, enregistrement, réquisitions.

Etc., etc.

Comment le médecin peut-il se garantir contre TOUS *ces risques ?*

Seules, les sociétés de défense professionnelle peuvent le garantir contre TOUS ces risques, sans exception.

Quelles sont ces sociétés ?

Les syndicats médicaux.

Le « *Sou médical* ».

Quelle garantie donne le syndicat ?

Le syndicat donne à ses adhérents une garantie générale : il est fait pour la défense des intérêts collectifs des médecins d'une région et pour l'étude et l'exécution des questions professionnelles.

Sa garantie est donc collective.

Quelle garantie donne le « Sou médical » ?

La garantie est individuelle, personnelle à chacun des adhérents : c'est la défense des intérêts particuliers d'un médecin, dans l'exercice de sa profession.

La garantie du « Sou » peut-elle être générale ?

La garantie du *Sou* peut être étendue aux intérêts collectifs des praticiens d'une région, lorsque ceux-ci font partie d'un syndicat dont tous les membres sont statutairement adhérents au « *Sou* ». (Le syndicat n'a alors aucune cotisation à payer, mais jouit de tous les avantages conférés à l'adhérent à titre individuel.)

Le « Sou » garantit-il contre la responsabilité professionnelle ?

Oui, jusqu'à concurrence de 2.000 frs. non compris les frais du procès.

Le « Sou » garantit-il contre les risques professionnels sans exception ?

Le but du *Sou* est de fournir un appui à ceux de ses membres dont les intérêts se trouveraient lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber.

Le « Sou » garantit-il donc dans l'attaque aussi bien que dans la défense ?

Oui, et *il est le seul à le faire.*

Des restrictions, des clauses inscrites dans les polices ne viennent-elles pas restreindre cette garantie ? Ne risque-t-on pas de se voir opposer ces restrictions au moment du danger, alors qu'on se croit couvert ?

Non, pour la bonne raison que le « *Sou* » ne fait pas signer de polices à ses adhérents.

Les statuts et règlement intérieur ont été discutés et adoptés en Assemblée générale.

Les conditions sont donc les mêmes pour tous ; il y a *égalité* entre tous les membres, *sans restrictions, ni surprimes,* ni surprises.

Après un sinistre, le « Sou » peut-il résilier ?

Non, jamais.

Qu'est-ce que l'appui moral ?

Ce sont des consultations juridiques, données par des avocats spécialisés dans ces questions médicales, ce sont des textes de lois, de jurisprudence, des conseils sur la marche à suivre, etc.

Cet appui moral est-il donné dans tous les cas ?

Oui, et gratuitement à tous les adhérents.

Qu'est-ce que l'appui pécuniaire ?

Le Sou prend à sa charge les frais d'avoué, d'avocat, de copie de jugement, de dommages-intérêts, etc.

Dans quels cas cet appui pécuniaire est-il accordé ?

1° Lorsque la question est d'intérêt général ;

2° Lorsqu'elle n'a pas encore été jugée ;

3° Lorsque le médecin, victorieux en 1re instance, est traîné en appel par son adversaire ;

4° Lorsque le jugement qui déboute le médecin est contraire à la jurisprudence ou lèse les intérêts médicaux.

Devant quelles juridictions cet appui pécuniaire est-il accordé ?

Devant toutes les juridictions où il y a lieu d'aller : appel, cassation, conseil de préfecture, conseil d'Etat, tribunal des conflits.

Peut-on avoir confiance dans la solidité de ces sociétés de défense professionnelle ?

Pour le Syndical ?

Oui, s'il y a l'activité, la cohésion et le nombre ; car malheureusement les cotisations syndicales sont faibles, et par suite le groupement ne peut souvent pas agir, faute d'argent.

Le Sou médical ?

Oui, car il a l'activité, la cohésion et le nombre (plus de 2.000 adhérents, à l'heure actuelle).

La Caisse de garantie est maintenant en état de fournir à toutes les demandes pour payer les dommages-intérêts. Elle est de plus contre-assurée par la Société civile du *Concours médical.*

En cas de procès en responsabilité, ne vaudrait-il pas mieux transiger ?

Non, car ce serait créer des précédents fâcheux, dont tous les médecins de la région auraient à pâtir.

Le Sou transige-t-il avec les clients de ses adhérents ?

Non, parce que son Conseil d'administration, composé de médecins, comprend trop le danger qu'une transaction ferait courir au corps médical.

Quelles formalités remplir pour adhérer au « Sou » ?

Remplir et signer le bulletin d'adhésion (1) et l'adresser, avec un mandat de 20 fr. (cotisation annuelle) au Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

A qui adresser la correspondance ?

Au Secrétariat général, 132, rue du Faubourg-St-Denis, Paris.

Est-ce vraiment indispensable de s'affilier au « Sou » et au Syndicat ?

Le médecin n'hésite pas à signer une police d'assurances contre l'incendie, alors qu'il est peu probable que sa maison brûlera.

Il n'hésite pas à gaspiller son argent, sous forme de cotisations comme membre honoraire, à la fanfare, à la chorale, à la société de gymnastique, au foot-ball-club, etc., sociétés qui s'empressent de lui contester ses honoraires.

Il n'hésite pas à souscrire à des œuvres plus ou moins philanthropiques, à buts multiples autant que divers.

Mais il hésite à sortir annuellement un louis de sa poche pour se garantir contre tous les ennuis de la profession, alors que les clients se font plus procéduriers et que les collectivités deviennent plus exploiteuses.

On serait tenté de dire : « Tu cries parce qu'on t'écorche, médecin, c'est bien fait ! Prends-t-en à toi-même : tu l'as voulu par ton imprévoyance et ton isolement. »

Dr Paul BOUDIN.

(1) Voir Bulletin d'adhésion, page 464.

LÉGISLATION PRATIQUE

Deux lois récentes qui touchent les Salariés du Médecin

I

La Loi sur les Retraites ouvrières.

Sans être intéressé directement à la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes, dont le fonctionnement est actuellement dans une période active de préparation, le médecin ne doit pas rester complètement ignorant de ses dispositions, autant parce que cette loi lui impose personnellement des devoirs et des dépenses comme patron, que parce qu'il peut, dans le rôle de conseiller qu'il est appelé à remplir parfois auprès de clients peu lettrés, être interrogé sur le régime de ces retraites.

Et d'abord, légalement et rigoureusement, le médecin, comme employeur, n'est tenu qu'à une chose : payer.

Tous les salariés, hommes et femmes, âgés de moins de 65 ans et gagnant un salaire annuel de 3.000 francs au plus, y compris ceux des professions libérales, sont assurés obligatoires. Bonne, cocher, chauffeur, jardinier, femme de ménage, etc., rentrent dans cette catégorie. De même, pour les médecins propriétaires de cliniques ou de maisons de santé : infirmiers des deux sexes et gens de service, quelles que soient leur appellation et leurs fonctions.

L'employeur n'a légalement aucune obligation en ce qui concerne l'inscription des assurés sur les listes, qui doivent être dressées d'office par les soins de la municipalité. C'est aux salariés eux-mêmes qu'il appartient, en principe, de se faire inscrire en déposant à la mairie le bulletin de renseignements prévu par le Règlement d'administration publique du 25 mars 1911. Mais dans la pratique, il arrivera souvent que le maître devra venir en aide à son domestique dans l'accomplissement de ces formalités, notamment pour répondre aux questions, très simples, cependant, du bulletin de renseignements.

La loi devant entrer en vigueur le 3 juillet prochain, les assurés recevront pour cette époque deux cartes : l'une, la carte d'identité, qu'ils conserveront pendant toute leur vie ; l'autre, la carte annuelle, qui servira à constater les versements.

Ces versements s'opéreront par apposition de timbres mobiles, qui seront en vente chez les receveurs buralistes, dans les bureaux de postes et de tabacs. Ces timbres-retraite comporteront 4 catégories :

Le timbre *mixte* (**violet**) représentera les versements réunis du salarié et de l'employeur. Il en sera fait usage quand l'assuré n'aura pas chargé une Société de secours mutuels d'encaisser ses versements. Le patron retiendra à l'employé sur son salaire la contribution à sa char-

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

*Siège social : **132**, rue du Faubourg Saint-Denis, **PARIS***

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné (nom, prénoms).....................................
médecin à.................................... *département de*....................................
désire connaître les formalités à remplir pour être admis comme Membre de la **Mutualité Familiale du Corps médical Français.**

(Voir au dos.)

BULLETIN D'ABONNEMENT

au Journal le « CONCOURS MÉDICAL »

Je soussigné (nom, prénoms),....................................
Médecin à.................................... *Rue*.................................... *N°*..........
arrondissement d.................................... *département d*....................................
déclare m'abonner au journal le « CONCOURS MÉDICAL à partir du (1)..........
(Abonnement donnant droit à l'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN qui sera envoyé le 1er novembre 1911).
....

A.................................... *le*.................................... 191 .

(SIGNATURE)

(1) Les abonnements partent du premier de chaque mois. On peut envoyer un mandat-poste. A défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile. *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de Poste.*

Adresser ce Bulletin rempli et affranchi à M. BOULANGER, Administrateur du **CONCOURS MÉDICAL** ***132**, rue du Faubourg Saint-Denis, **PARIS***

(Voir au dos.)

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités)....................................
médecin à .... *dépt de*....................................
membre de (1)....................................
ou présenté par MM. (2) ....
déclare adhérer au **SOU MÉDICAL** *et envoie au trésorier la somme de* **VINGT FRANCS**, *montant de ma cotisation pour l'année courante.*

A...................................., *le*....................................

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membre du Sou médical.

Envoyer ce Bulletin affranchi avec le mandat inclus, au trésorier du **SOU MÉDICAL** Dr GASSOT, à CHEVILLY (Loiret).

(Voir au verso.)

Je demande les Statuts et des renseignements pour les combinaisons (1) suivantes :
M. A. *Indemnité Maladie, Accidents.*
P. *Pension de retraite à 60 ans.*
R. *Pension de retraite à 65 ans.*
V. *Caisse des veuves.*

A..................................le..................................191 .

(Signature)

(1) Rayer ce qu'on ne choisit pas.

Adresser ce Bulletin rempli et signé
à M. le Dr Mignon, secrétaire général, au Vésinet (Seine-et-Oise).

LE CONCOURS MÉDICAL

Journal de Médecine, de Chirurgie et d'Intérêts professionnels

En 1879, le docteur A. Cézilly fonda le journal *Le Concours Médical*, et en même temps groupa ses lecteurs dans la Société civile du *CONCOURS MÉDICAL*, chargée d'étudier d'abord et de réaliser ensuite, après discussion, les organisations qui seraient reconnues nécessaires.

Le Concours Médical, seul, donne dans ses colonnes, une place égale aux questions scientifiques et aux questions professionnelles qui intéressent le médecin.

La partie scientifique est faite pour le seul praticien ; elle comporte des articles de clinique et de thérapeutique courante, qui peuvent trouver leur application dans toutes les clientèles.

La partie professionnelle est une tribune de libre discussion. Le but principal du journal est d'intéresser le praticien aux choses de sa profession, de l'instruire de ses droits et devoirs, de le conseiller dans ses ennuis de tous les jours.

Par sa Petite Correspondance hebdomadaire, le *Concours* répond aux questions qui lui sont posées et aux conseils qui lui sont demandés.

Le *Concours* est le *journal de tous pour tous*, l'ami, le conseiller du praticien.

Confrères, voulez-vous être tenus au courant de toutes les questions professionnelles et connaître comment doivent être solutionnées les mille difficultés avec lequelles vous êtes aux prises chaque jour, abonnez-vous au « CONCOURS MÉDICAL ».

LE SOU MÉDICAL

Le « Sou Médical », ligue de protection et de défense professionnelles fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans plus de 10.000 affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc.

Il a créé en outre une caisse de garantie destinée à garantir ses **membres jusqu'à concurrence de 2.000 francs** contre les **actions civiles en dommages-intérêts** qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et dès maintenant cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Pour plus de détails sur les avantages offerts par le **Sou Médical**, lire dans ce numéro, page 462, **la Chronique de la défense professionnelle**.

ge, y ajoutera le montant de la sienne propre, et collera sur la carte un timbre mixte représentant le total des deux contributions.

Le timbre *patronal* (**vert**) sera employé lorsque le patron versera sa seule contribution, et que le salarié versera par l'intermédiaire d'une Société de secours mutuels.

Le timbre des *assurés* (**rouge**) correspondra aux versements faits par l'assuré, par l'intermédiaire d'une Société de secours mutuels, par exemple.

Le timbre des *propriétaires* (**bleu**), versant pour leurs métayers. Ceux-ci ne sont pas obligatoirement assujettis à la loi ; ils font partie de la catégorie des *assurés facultatifs*.

Les assurés obligatoires hommes verseront 9 fr. par an, soit 0 fr. 75 par mois ou 0 fr. 03 par journée de travail.

Les femmes verseront 6 fr. par an, soit 0 fr. 50 par mois ou 0 fr. 02 par journée de travail.

Les mineurs au-dessous de 18 ans verseront, à partir du moment où leur travail sera rémunéré, 4 fr. 50 par an, soit 0 fr. 375 par mois ou 0 fr. 05 par journée de travail.

Les employeurs verseront une somme égale à la somme versée par les salariés qu'ils emploient, à raison de la durée de cet emploi.

La contribution de l'employeur sera due à raison de l'emploi de salariés dont la retraite sera déjà liquidée ou de salariés étrangers. Elle ira alors à un fonds de réserve spécial.

L'employeur ou l'assuré par la faute duquel l'apposition des timbres n'aura pas eu lieu sera condamné par le juge de simple police : 1° à une amende égale à la valeur des versements omis, qui sera versée au fonds de réserve ; 2° au paiement des versements à sa charge.

Qu'entend-on par les mots « par la faute duquel l'apposition des timbres n'aura pas eu lieu » ? C'est là une expression vague qui semble laisser beaucoup de place à l'arbitraire du juge.

Mais l'interprétation se précisera vite.

L'employeur qui n'aura pas pu coller le timbre prescrit pourra se libérer de la somme à sa charge en la versant à la fin de chaque mois, directement ou par la poste, au greffier de la justice de paix ou à la caisse à laquelle l'assuré est affilié.

II

Adhésion facultative à la Législation des accidents du travail

La loi du 18 juillet 1907 (Voir *Agenda-Memento du Praticien*, page 110) permet à tout employeur non assujetti — et le médecin rentre dans cette catégorie — de se placer sous le régime de la législation spéciale concernant les responsabilités des accidents du travail (Loi du 9 avril 1898 et autres, voir *Agenda-Memento*, pages 100 et suivantes).

Les formalités consistent dans le dépôt par le patron, à la mairie de sa résidence, d'une déclaration, dont il lui est remis gratuitement récépissé, et qui est transcrite sur un registre spécial. L'employeur doit présenter en même temps un carnet destiné à recevoir l'adhésion des salariés, et qui est visé par le maire.

La législation des accidents du travail devient dès lors applicable aux salariés qui auront donné leur adhésion, signée et datée en toutes lettres par eux, sur le carnet spécial ci-dessus visé. L'adhésion des illettrés, des mineurs, des femmes mariées est reçue par le maire, sans autorisation du père, tuteur ou mari pour ces derniers.

La cessation de l'assujettissement nécessite une déclaration spéciale faite à la mairie, mais n'a point d'effet vis-à-vis des salariés qui ont donné leur adhésion auparavant.

Cet assujettissement volontaire a pour effet de substituer à la responsabilité civile indéterminée des articles 1382 et suivants du Code civil, les indemnités forfaitaires de la loi de 1898, loi que les médecins connaissent presque tous. Il entraîne, lorsque le médecin est assuré contre les accidents causés à ses domestiques, une modification nécessaire de la police d'assurances qu'il y a lieu de mettre en harmonie avec le nouveau risque qu'elle doit couvrir.

J. DUMESNY.

CONSULTATIONS JURIDIQUES

Formalités à observer pour les Autopsies.

En réponse à diverses questions sur les formalités qu'il y a lieu d'observer pour procéder à une autopsie, Me Gatineau a donné la consultation suivante :

Mon cher docteur,

Pour pratiquer une autopsie d'une personne blessée dans un accident, afin de déterminer les causes du décès, il faut l'autorisation de la famille ; sinon il y a lieu de s'adresser à la justice, c'est-à-dire agir contre la famille devant le tribunal ou même en référer devant le président du tribunal pour faire commettre un médecin expert, chargé de pratiquer l'autopsie.

Les formalités à remplir sont indiquées dans une ordonnance du préfet de police du 6 septembre 1839. Aux termes de l'art. 1er, on ne peut procéder à l'autopsie avant un délai de 24 heures depuis la déclaration du décès à la mairie et sans qu'une déclaration préalable ait été faite au maire, dans les communes autres que Paris.

Art. 2. Cette déclaration doit indiquer que l'opération est autorisée par la famille et faire connaître en outre l'heure du décès, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération.

Une circulaire du ministre de l'Intérieur du 24 décembre 1866 défend de procéder à l'autopsie avant la vérification du décès par le médecin de l'état-civil et sans une déclaration préalable à l'autorité municipale qui doit se faire représenter à l'opération.

Quant aux autres questions posées par le Dr R., voici les réponses :

Rien dans la loi n'oblige à mettre en œuvre deux praticiens.

Puisqu'il faut le consentement de la famille hors le cas d'expertise ordonné par justice, le médecin est celui agréé par celle-ci.

On peut opérer n'importe en quel endroit, d'accord avec la famille et l'autorité municipale.

En cas d'accident du travail comme en toute autre matière, la famille peut faire faire l'autopsie en remplissant les formalités ci-dessus, ou provoquer la nomination d'un médecin expert, chargé de pratiquer cette opération, en appelant en cause le chef d'entreprise. S'il y a urgence, on peut s'adresser au président du tribunal en référé.

Votre bien dévoué

G. Gatineau,

8 avril 1911. Avocat à la Cour d'Appel,
Conseil du « Sou Médical ».

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le Respect des Situations acquises.

Depuis plusieurs années, le corps médical organisé poursuit la suppression des monopoles médicaux par l'application du libre choix du médecin. Nous sommes bien d'accord sur le principe en lui-même, nous différons sur son application.

Les médecins détenteurs des monopoles acceptent bien la liberté de confiance pour le malade, mais c'est pour un avenir très éloigné et, faisant passer leur intérêt immédiat avant l'intérêt général, ils réclament *actuellement* le respect des situations acquises.

Je suis médecin mutualiste, comme beaucoup de mes confrères. Je comprends les craintes des praticiens vivant péniblement de postes peu rétribués dans des mutualités ou des administrations, mais j'éprouve néanmoins des scrupules à les suivre quand ils opposent aux revendications de la masse le respect des situations acquises.

Que faut-il entendre par situation acquise ? Un jeune confrère passe sa thèse et s'installe. Il cherche à se créer une clientèle par les moyens ordinaires. Il se rend empressé à tout appel, se met à la disposition de tous les malades riches ou pauvres, à toute heure du jour et de la nuit ; il est zélé, dévoué à ses clients, aimable, complaisant, exact, quitte son domicile le moins possible, se prive de plaisirs et de vacances. Peu à peu ses efforts sont récompensés, il acquiert une réputation locale, il est recommandé par des clients satisfaits, sa clientèle prospère, augmente progressivement, il arrive au bout de quelques années à *acquérir une situation* qui lui permettra de vivre et peut-être de se créer un foyer. Cette clientèle lui est personnelle, il ne la doit qu'à ses efforts soutenus et à son travail.

Mais bientôt, sans modifier sa manière d'être, il voit quelques clients l'abandonner : celui-ci parce qu'il entre dans une société mutuelle de compatriotes ou de gens de sa profession, ou d'anciens élèves de telle ou telle école ; tel autre parce qu'employé des postes ou d'administration. Pendant quelque temps encore, il conserve la clientèle de la femme et des enfants qui viennent à leur tour à l'abandonner. Ils entrent dans la société du chef de famille, société qui a développé son cadre d'action en créant une mutualité familiale. De ce fait, ce confrère perd des clients, qui n'ont eu à lui adresser aucun reproche, qui le quittent pour s'adresser à un autre médecin, qu'ils ne connaissent pas, mais qui les soigne gratis ou presque gratis.

Quelle opinion professe-t-on pour un médecin qui fait de la publicité, envoie des circulaires à domicile, offre une diminution sur les tarifs en usage, en un mot fait du racolage et du drainage, de clientèle ? On l'accuse de manquer aux règles de la déontologie. Pourtant, si nous réprouvons ces procédés modernes et anticonfraternels, nous devons reconnaître qu'ils constituent néanmoins un effort. Le confrère incriminé tente quelque chose, il risque une somme d'argent pour une publicité qui ne donnera peut-être aucun résultat.

Or, que se passe-t-il pour le médecin monopoliseur, mutualiste ou fonctionnaire ?

Sa Société envoie à tous ses adhérents des circulaires, des annuaires les informant que M. X., médecin, habite à telle adresse, qu'il a des consultations à telle heure ; qu'il les soignera à bas prix sinon pour rien. Cette publicité n'occasionne aucun frais au praticien ; c'est un racolage efficace puisqu'il se trouve imposé, comme médecin, au sociétaire, qui doit l'adopter s'il veut jouir des avantages du groupement auquel il appartient.

N'est-ce pas une véritable ristourne qu'il fait à la société en lui consentant des rabais, en payant une cotisation de membre honoraire, en prenant ou plaçant des billets de tombola, etc.

Or, que n'a-t-on dit contre les médecins qui font des ristournes aux blessés du travail ou aux cliniques ouvrières où ils reçoivent les soins ? Ces fraudes sont aussi peu excusables dans un cas que dans l'autre.

Le médecin que nous avons ici en vue s'était créé une clientèle, par son seul travail, ou méritait par son zèle et son dévouement la confiance de son malade. Il ne devait rien à l'intrigue ou à la faveur.

Tel n'est pas le cas du médecin monopoliseur. Il est obligé de solliciter ce poste, de se faire recommander par une personnalité quelconque. La puissance de ce tiers est la seule cause efficace de sa nomination. Il consent de plus à aliéner son indépendance pour devenir l'employé ou le salarié d'une collectivité. Il propose ou accepte des prix inférieurs à ceux en usage. Il nuit ainsi à ses intérêts, ce qui est son droit, mais il nuit aussi à l'intérêt de ses confrères, ce qui est un acte répréhensible. Il accepte d'être imposé à un malade, au lieu de s'attirer sa confiance par l'exercice honorable de sa profession. Ainsi nous avons

d'une part un confrère qui doit sa clientèle uniquement à son travail, d'autre part un confrère qui doit la même clientèle à la faveur, à l'intrigue, en violation des droits sacrés du malade. Où est la situation acquise ? Est-ce celle du médecin indépendant ou celle du médecin dépendant. A mon sens, le premier a une situation acquise, le second une situation usurpée.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Un jugement du Tribunal de Bernay. Sage-femme condamnée. La plaque portant la mention de « Maladies des Dames » devra disparaître.

On ne saurait trop insister sur l'intérêt que présente la concentration de tous les documents de jurisprudence dans une matière aussi spéciale que l'exercice illégal de la médecine. Le nombre de causes étant restreint, il ne peut y avoir qu'avantage pour les syndicats à mettre sous les yeux d'un tribunal un jugement antérieurement rendu sur la même espèce.

Chaque fois que nous trouvons un texte, nous nous en emparons ; mais il en est qui nous échappent, car tout est loin d'être publié ; si nos confrères comprennent bien l'utilité du « *précédent* », ils n'hésiteront pas à nous communiquer leur jugement.

Dans l'*Année médicale*, je relève une décision très importante et il faut féliciter nos confrères de Bernay et leur distingué conseil judiciaire d'avoir eu la très bonne pensée d'incorporer dans leurs conclusions une astreinte concernant la plaque de sage-femme agrémentée des mots fatidiques : « Traitement des maladies des dames ».

Après l'exposé des faits, le tribunal, se basant sur le nombre des ordonnances émanant de la sage-femme, estime à cent francs le tort fait à chacun des confrères et ajoute :

Attendu qu'il résulte d'un constat et qu'il n'est pas contesté que, sur la maison occupée par elle, la dame Breton a fait apposer une plaque portant l'inscription : « Maladies des dames », que le traitement des maladies ne rentrant pas dans ses attributions légales, il y a lieu de prescrire l'enlèvement de cette inscription qui est de nature à amener chez elle des malades que seuls les médecins ont le droit de soigner, etc., etc.

Par ces motifs :

La condamne à faire disparaître de la plaque apposée à la porte d'entrée de sa maison la mention « Maladies des dames », dans le délai de quinze jours de la prononciation du présent jugement sous contrainte de dix francs par jour de retard.

La portée de ce jugement est bien plus grande qu'on peut le croire au premier abord, car ce dont nous nous plaignons, c'est de la récidive éhontée que ne craignent pas de commettre les gens que nous poursuivons. Au lendemain d'une condamnation, ils reprennent leur trafic de plus belle ; or, la suppression de la plaque, c'est la suppression de l'amorce, de la réclame. Qu'un tribunal aille plus loin dans cette voie et empêche la publicité tapageuse dans les grands quotidiens, c'est de même ordre et cette interprétation n'a rien d'impossible.

En tout cas, le jugement de Bernay marque un avantage certain et il faut ne pas oublier de nous en servir à l'occasion.

Dr Ch. LEVASSORT.

Ce jugement me paraît en outre présenter une particularité sur laquelle je n'ai pas de renseignements ; en juin 1910, la femme Breton était condamnée pour exercice illégal par le tribunal correctionnel. Nos confrères n'ont pas pu ou pas voulu se porter alors partie civile ; mais, si j'ai bien compris, se basant sur ce jugement, nos confrères ont poursuivi au civil pour le préjudice causé par le fait d'exercice illégal. Le tribunal a parfaitement admis cette manière de faire et a rendu le 13 décembre 1910 le jugement que je viens d'analyser.

J'avais donc raison de dire au début de cet article qu'il y avait un intérêt capital à centraliser nos documents ; ce jugement de Bernay offre, en effet, cet avantage de nous montrer que, postérieurement à un procès correctionnel et en nous basant sur une condamnation, nous pouvons poursuivre au civil la réparation du préjudice causé.

Dr Ch. L.

Chronique de l'Assistance médicale gratuite

Le Médecin doit se tenir au courant des Questions d'assistance.

Nombreuses sont les lettres que nous recevons, au *Concours* et au « Sou médical » relatives à des questions d'assistance médicale gratuite. Nos confrères sont, pour la plupart, peu au courant du fonctionnement des lois de 1893, de 1905, etc.

Et cependant, le rôle social du praticien s'accroît chaque jour. Toutes les lois sociales fonctionnent avec le concours du corps médical, que ce soit pour l'A. M. G. ou pour la protection du premier âge, qu'il s'agisse de désinfection et de la loi de 1902, ou des certificats à faire aux vieillards, infirmes et incurables : toujours le législateur met en action le médecin peu ou prou.

D'autre part, des conflits éclatent : un maire se refuse à décider l'application des règlements préfectoraux, sous prétexte d'économies ; ici, c'est une commission administrative en lutte avec le corps médical ; là, c'est un confrère qui ne peut se faire payer une note d'assistance.

Immédiatement, pour le praticien, la pensée d'avoir recours au *Concours* et au « Sou », pour le tirer d'embarras.

Certes, c'est avec plaisir que nous rendons service à nos adhérents ; mais quelques-uns, cepen-

dant, ignorent par trop les lois qui nous régissent. Ils allégueront pour excuse que personne, à la Faculté, ne leur a donné pareil enseignement médico-juridique. Mais pourtant, la lecture attentive des lois, règlements ou des livres spéciaux peut leur fournir des renseignements élémentaires et suffisants.

C'est dans ce but que, cette année, nous avons édité l'*Agenda-Memento du Praticien,* qui a été distribué gratuitement à chacun de nos abonnés. C'est dans un désir de vulgarisation que nous y avons inséré tous les textes de lois qui peuvent intéresser le médecin. Et même, pour les questions complexes, comme l'assistance et l'hospitalisation, nous avons écrit des chapitres spéciaux pour développer et expliquer certains passages de ces lois. Mais, n'oublions pas, non plus, que le corps médical se plaint parfois du mauvais fonctionnement de nos lois. A-t-il raison de se plaindre ? A qui doit-il adresser ses réclamations ? Sous quelle forme ? Faut-il demander la modification d'un texte de loi ? Avons-nous préparé la rédaction du texte nouveau ?

Nous avons déjà abordé ces questions aux Congrès des Praticiens à Lille et à Paris ; mais, si nous voulons nous tenir au courant et nous instruire, si nous voulons aussi que l'on nous écoute, il faut également voir ce qui se passe et ce qui se dit dans les Congrès qui se font sans nous.

Voici, par exemple, le Ve Congrès national d'assistance publique et privée, qui va se tenir à Nantes, du 3 au 8 juillet 1911. Les médecins y seront-ils nombreux ? Et pourtant, nous voyons à l'ordre du jour la question suivante : L'infirmière dans l'assistance à domicile, dont le rapporteur est le Dr Drouineau, de la Rochelle. Médecins de campagne ou de grandes villes, n'avons-nous jamais eu la pensée et le désir d'être assistés d'infirmières, dignes de ce nom, que nous pourrions mettre auprès de nos malades, comme se place une garde auprès d'une accouchée ?

Cela existe, me répondront certains. Eh bien, mes chers confrères, faites-le savoir au Dr Drouineau ; dites-lui comment fonctionnent ces œuvres, leurs avantages, leurs inconvénients, etc. Ecrivez-le nous, au *Concours,* car nous ne saurions rester étrangers à cette question.

Vous nous communiquerez ce fruit de votre expérience et nous montrerez comment vous comprenez les soins à domicile donnés utilement aux malades pauvres, lorsque leur hospitalisation est impossible ou contre-indiquée.

Les médecins du service sont-ils secondés en cas de nécessité par des infirmières expertes et disciplinées ? Là où ce complément d'assistance existe, quelle organisation y pourvoit ? Sont-ce des religieuses gardes-malades ? des laïques munies du diplôme d'infirmière ou de sage-femme ? Quelle situation pécuniaire et morale leur est faite et quel avenir leur est assuré ? Qui paie les frais ? (Communes, œuvres privées, sociétés mutuelles, etc.). Enfin, paraîtrait-il pratique de généraliser l'institution, en créant un personnel ambulant dans les hôpitaux de rattachement ? D'autre part, quelles précautions sont à prendre pour éviter que cette institution favorise l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie, et aussi pour que le traitement à domicile ne devienne pas plus coûteux que le traitement hospitalier ?

Les adhérents au Congrès recevront, entre autres publications, un volume d'environ 400 pages, intitulé l'*Assistance française,* qui n'est point mis dans le commerce et qui contient l'exposé général de la constitution et des résultats des divers services, établissements et œuvres d'assistance ou de bienfaisance de la France.

Ce Congrès est organisé par la *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.* C'est très souvent que nous allons, pour vous, mes chers confrères, pour élucider des problèmes d'assistance, au siège de cette société, 49, rue de Miromesnil. Toujours, nous avons reçu le meilleur accueil du secrétaire général, M. Rondel, Inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; beaucoup d'entre vous le connaissent ; il nous fait l'honneur d'être un fidèle des banquets de l'Union et du *Concours* en novembre. Nous tenons, une fois de plus, à le remercier de ses conseils si autorisés, et pour nous, si précieux.

Il nous semble que nous rendrons service à nos confrères en leur signalant les brochures que cette société a publiées.

C'est la *législation française* en vigueur sur l'assistance et la bienfaisance, recueil de lois décrets, règlements. Ce recueil est tenu à jour par des suppléments, dont le sixième vient de paraître ces jours-ci. Nous y trouvons tout ce qui a trait à la législation des hôpitaux, de l'A. M. G., des enfants assistés, des vieillards, infirmes et incurables, les asiles d'aliénés publics ou privés, etc.

Signalons encore les extraits des principales *statistiques* françaises sur l'assistance publique, publiées depuis un demi-siècle.

C'est le livre de M. Rondel, *La Commune et l'Assistance obligatoire,* livre concis, mais très clair, indiquant d'une façon précise les devoirs des communes pour assurer les soins aux indigents, aux malades, aux enfants, aux infirmes et aux incurables.

Enfin, nous indiquons la brochure de M. Ogier, la Commune et l'Assistance facultative, qui donne tous les renseignements pratiques sur l'administration des hôpitaux et des hospices (1).

Le grand défaut du médecin, c'est de vivre au jour le jour, sans trop se soucier des événements du lendemain. Et cependant, n'est-ce pas notre devoir de nous inquiéter comment nous aurons à soigner nos malades, tout en obéissant aux lois de notre pays ? N'est-ce pas aussi un rôle social qui nous incombe que de signaler les modifications que nous voudrions voir apporter à notre législation d'assistance, pour le plus grand bien des déshérités de la fortune ?

Mais, pour cela, il faut lire autre chose que des

(1) Ces livres sont en vente dans nos Bureaux, le 1er avec ses suppléments au prix d'1 fr. 50 et les 3 autres, 1 fr. chacun.

ouvrages de médecine ; il faut regarder et écouter autour de soi, envoyer des délégués dans des congrès qui, bien qu'extra-médicaux, parlent de questions médico-sociales. Allons, confrères, le législateur a compté sur nous pour l'application de nombreuses lois. Répondons à son appel, en étudiant ces lois, en les commentant et les critiquant, tout en signalant les points qui seraient à modifier, tant pour les désiderata du corps médical que pour l'intérêt de ceux pour lesquels nous sommes faits, pour nos malades.

Dr Paul BOUDIN.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel Dieu de Lyon :

Clinique de M. le Professeur JABOULAY.

Névralgie faciale.

Nous allons opérer aujourd'hui une femme atteinte d'une affection nerveuse de la face, affection extrêmement douloureuse, qui a résisté au traitement médical et a récidivé après une intervention chirurgicale. Nous nous proposons de la traiter par la section et l'arrachement des deux bouts du nerf innervant les régions douloureuses.

La malade, âgée de soixante-neuf ans, vaque aux soins de son ménage. Nous ne retrouvons pas chez elle d'antécédents nerveux ni de névrose familiale. Cependant un de ses frères est atteint de névralgie sciatique.

Personnellement, notre malade n'a jamais été nerveuse, ni hystérique, ni épileptique.

Elle se portait bien, lorsqu'à cinquante-cinq ans, elle ressent brusquement, un matin, des douleurs très vives dans la lèvre inférieure droite. C'était une sensation d'éclair douloureux, qui ne dura d'ailleurs pas longtemps, mais n'a cessé que pour reparaître plus intense. Elle prit alors des médicaments analgésiques variés : aspirine, pyramidon,... tout y a passé en pure perte, puisqu'un an et demi après, elle vient à l'Hôtel-Dieu et entre dans le service. Nous sommes intervenus et nous avons pratiqué la section et l'arrachement du nerf mentonnier. Cette femme a été soulagée un an à dix-huit mois. Puis, les douleurs sont revenues. Le nerf s'est en effet régénéré. Nous en avions arraché quinze centimètres environ ; la régénération se faisant d'un millimètre par jour, celle-ci a exigé près de deux cents jours pour être complète.

Contre ses douleurs, la malade reprend des cachets qui la calment un peu. Mais bientôt, les douleurs deviennent subintrantes. N'y tenant plus, elle revient à l'hôpital, et rentre, au commencement de la semaine, dans le service.

Ainsi, voici une femme qui n'a pas de nervosisme dans son histoire, et qui, à cinquante-cinq ans, sans avoir la syphilis, le paludisme ou de l'albuminurie, fait une lésion douloureuse de la lèvre inférieure. Les éclairs douloureux, d'abord calmés par les médicaments, y résistent ensuite. Une intervention pratiquée avec succès, dix-huit mois après, est bientôt suivie de la réapparition des douleurs.

Cette femme est très maigre ; elle est cachectique. Elle ne se nourrit pas, parce que, chaque fois qu'elle essaye de remuer la bouche, les éclairs douloureux reparaissent.

Nous n'avons rien trouvé du côté de l'appareil respiratoire, circulatoire ou urinaire de la malade contre-indiquant l'anesthésie générale.

Nous avons examiné attentivement et négativement le système nerveux, au *point de vue* hystérie, épilepsie et ataxie.

Quand vous interrogez cette femme, vous apprenez que jamais les douleurs n'ont été plus intenses. Leur localisation a varié depuis l'intervention pratiquée il y a une quinzaine d'années. Elle siégeaient auparavant dans la lèvre inférieure ; aujourd'hui elles remontent du côté de la lèvre supérieure. A droite, bien légèrement à gauche, passent des éclairs douloureux ressemblant à une brûlure, une torsion, un arrachement. Ces douleurs disparaissent vite, mais malheureusement reviennent avec une grande rapidité et une grande fréquence, dès que la malade parle ou veut manger. Du fait de ces douleurs, elle ne peut plus se livrer à aucune occupation.

L'examen du côté névralgié est négatif. Les parties molles de la lèvre supérieure et inférieure sont normales à la palpation. La pression des orifices de sortie des nerfs mentonnier et sous-orbitaire est indolore. Il n'y a pas de points de Valleix.

Examinant de plus près les parties constituant la région névralgiée, vous voyez la peau saine ne présenter aucun trouble trophique. Elle n'a cependant pas sa sensibilité ordinaire. Sa sensibilité à la douleur est diminuée. La malade sent moins la piqûre que du côté opposé. Vous pourriez rapporter cette hypoesthésie à l'opération d'il y a quatorze ans, à la résection du nerf men-

tonnier. Mais depuis quatorze ans, le nerf s'est régénéré. Et puis, sa résection n'expliquerait pas l'hypoesthésie du côté de la lèvre supérieure.

Les différents muscles peauciers de la face se contractent bien. Ils ne sont pas paralysés.

L'examen de la muqueuse buccale ne montre ni ulcération, ni écorchure. Il n'y a rien d'anormal du côté de la cavité buccale. Si la malade n'a plus de dents, c'est qu'elle s'est fait édenter comme tous les malades atteints de névralgie faciale, ce qui, d'ailleurs, ne sert à rien.

La vascularisation ne présente rien d'extraornaire dans les périodes intermédiaires aux crises. L'innervation motrice du facial est intacte ; ce nerf n'est pas frappé fonctionnellement.

Si l'on fait réveiller une petite crise, de la rougeur de la région apparaît, due à la vaso-dilatation. Puis surviennent des contractions fibrillaires des muscles peauciers. Il n'y a pas d'augmentation de la sécrétion lacrymale, ni de la sécrétion des glandes sudoripares.

Rien, enfin, du côté de l'appareil auditif.

Ainsi, nous sommes en présence d'une femme cachectique parce qu'elle souffre trop et qu'elle ne se nourrit pas, de peur de réveiller ses douleurs. Cette femme est apyrétique et a ses appareils viscéraux en assez bon état pour supporter une éthérisation. Elle ne paraît pas avoir été nerveuse ni épileptique et souffre abominablement dans le côté droit de la face. Ses douleurs sont spontanées, subintrantes, provoquées par la parole et la mastication. En dehors des crises, la région névralgiée ne présente rien d'anormal, sauf une hypoesthésie marquée. Pendant la crise, vaso-dilatation et contraction des fibres musculaires des muscles peauciers. Rien d'anormal du côté du globe oculaire et de l'orbite.

Où faut-il localiser le siège de l'affection ? Il est bien évident qu'il s'agit d'une affection nerveuse. Quel est celui des trois nerfs principaux de la région qui est pris ? Est-ce le nerf moteur, le facial; est-ce le nerf vaso-moteur, le grand sympathique ; ou bien est-ce le nerf sensitif, le trijumeau ou nerf de la V[e] paire ?

Vous savez que le facial est un nerf moteur ; il participe un peu à l'affection, puisque pendant les crises nous voyons de petites secousses musculaires. Mais cela est tout à fait accessoire ; ce n'est pas dans ce nerf que passent les éclairs douloureux.

Le grand sympathique, lui aussi, est pris secondairement : je vous ai signalé la rougeur de la joue au cours de la crise. Cette dilatation vasomotrice n'est cependant pas la cause de la névralgie.

Nous devons localiser la névralgie dans le nerf de la V[e] paire. Le trijumeau, une fois sorti de la protubérance annulaire où il est né, monte vers la base du crâne. Au niveau du rocher, il aborde le ganglion de Gasser. Du bord convexe de ce ganglion s'échappent trois branches : le nerf ophtalmique, le nerf maxillaire supérieur et le nerf maxillaire inférieur.

Vous connaissez le trajet de ces trois nerfs. Je vous rappellerai cependant que le nerf maxillaire supérieur innerve la lèvre supérieure, et que, parmi les sept branches du nerf maxillaire inférieur, se trouve le nerf dentaire inférieur. Ce nerf, après avoir traversé le maxillaire inférieur, se termine par le filet mentonnier.

C'est donc dans le trijumeau qu'il faut localiser la névralgie. Deux branches de ce nerf sont prises : ce sont le nerf maxillaire supérieur et le nerf dentaire inférieur, branche du maxillaire inférieur.

Demandons-nous quelle est l'affection qui a frappé ces deux nerfs ?

S'agit-il d'une névrite ? Vous savez que cette lésion fait dégénérer les cylindraxes et les fragmente. Sa symptomatologie est bien différente de celle que nous avons ici. Elle s'accompagne de troubles trophiques ; les malades ne sentent rien ; ils ont perdu la sensibilité aux trois modes, mais souffrent néanmoins de façon abominable.

Nous ne sommes point en présence de telles lésions. Il s'agit d'un trouble irritatif, d'une névralgie, d'un trouble nerveux *sine materia*.

Qu'est-ce qui produit cette névralgie ?

Parfois, elle est due à des lésions périphérique. Mais ici, nous avons bien palpé, nous n'avons rien trouvé qui pût l'expliquer. Au niveau du canal du dentaire inférieur et du sous-orbitaire, les os ne sont pas épaissis, ils sont plutôt ramollis. Ces canaux sont plus larges que d'habitude ; ce n'est donc pas dans leur intérieur que les nerfs sont comprimés.

Du côté de la base du crâne, vous ne trouvez rien non plus.

En remontant plus haut, dans le crâne même, vous pourriez avoir une tumeur du ganglion de Gasser. Mais, vous auriez alors une névralgie totale. Et puis, si cette femme avait une tumeur du ganglion de Gasser depuis plus de quatorze ans, elle présenterait des troubles trophiques graves ; le globe oculaire serait détruit. Elle aurait perdu la vision de l'œil droit.

Voulez-vous remonter plus haut, vers l'étage inférieur de la base du crâne ? Des ostéopériostites syphilitiques peuvent prendre les trous où passe le trijumeau. Mais alors, la névralgie est localisée dans les trois branches de ce nerf, et les nerfs craniens sont pris, eux aussi ; le moteur oculaire commun, entre autres, est toujours paralysé. Les malades présentent, dans ce cas, de la chute de la paupière supérieure et de la déviation du globe oculaire en dehors. Vous savez, en effet, que ce nerf innerve le muscle droit interne et l'élévateur de la paupière supérieure.

Cette femme ne présente aucun de tous ces symptômes ; nous n'avons donc pas à penser à une localisation spécifique au niveau des trous de la base du crâne.

Quelquefois, existe une lésion plus profonde : c'est la sclérose bulbo-protubérantielle. Mais cette sclérose n'est pas primitive. Elle est consécutive à la sclérose de la colonne de Clarke et du tractus intermedio-lateralis, chez les ataxiques. Chez cette femme, nous n'avons pas trouvé de signes d'ataxie ; nous n'avons pas à nous arrêter à l'idée d'une sclérose intra-bulbaire.

Enfin des varices artérielles du bulbe et de la protubérance peuvent être en contact avec les origines du trijumeau.

Mais le plus souvent, il n'y a pas de lésion. Il en est de la névralgie faciale comme de l'épilepsie. Pour ces deux affections, nous sommes dans un état d'ignorance absolue.

Comment expliquer l'hypoesthésie que je vous ai signalée ? Sous l'influence des crises, il s'est produit, dans l'intérieur des gaines nerveuses, une dilatation des artérioles qui compriment ainsi les tubes nerveux du dentaire inférieur et du maxillaire supérieur.

Je crois qu'après avoir réséqué ces deux nerfs, je pourrai vous montrer qu'ils sont sains macroscopiquement. L'examen histologique vous montrera des tubes nerveux en bon état. En somme, aucune lésion mascroscopique ni microscopique.

En définitive, cette femme est atteinte d'une névralgie essentielle, d'une prosopalgie localisée dans deux nerfs : le dentaire inférieur et la partie terminale du maxillaire supérieur, et cela sans que nous en sachions la cause.

Vous voyez que cette affection a évolué progressivement. Les crises douloureuses, d'abord calmées par les médicaments, se sont rapprochées et sont devenues de plus en plus intenses. La névralgie de la face ne guérit jamais. Elle présente cependant des pseudo-guérisons, qui ne sont que des accalmies dues à un traitement médical ou chirurgical, à des injections d'alcool ou à de grands chocs moraux.

Il est de règle que la névralgie de la face réapparaisse à des périodes plus ou moins espacées.

Elle peut se compliquer de troubles trophiques, de zona dans le territoire névralgié. Elle peut prendre aussi la totalité du trijumeau. Chez notre malade, je vous ai signalé l'envahissement du nerf maxillaire supérieur, alors qu'il y a quinze ans, seul le dentaire inférieur était pris. La névralgie peut continuer à monter et prendre l'ophtalmique.

Du fait de cette marche progressive, des individus atteints de névralgie faciale en arrivent à se suicider. D'autres deviennent morphinomanes, cocaïnomanes ; d'autres enfin tombent épileptiques.

Le pronostic de cette affection est extrêmement grave, à cause des douleurs terribles qu'elle occasionne, à cause des résolutions extrêmes que prennent les malades.

Son traitement, je vous l'ai dit, n'amènera que des accalmies.

Je vous ai déjà signalé quelques-uns des médicaments que cette femme avait employés ; on peut donner, sans résultat, tous les analgésiques, entre autres la trinitrine et l'aconitine.

Le traitement local peut donner de bons résultats. On a employé les courants continus, et on a obtenu une amélioration. En deux ou trois mois, avec 80 milliampères, on fait disparaître des névralgies faciales. Mais ce n'est là qu'une guérison apparente.

Comment ces courants peuvent-ils agir, faire disparaître les douleurs ? Je crois que c'est en disjoignant les neurones du trijumeau. Pour que la douleur passe, il faut que ces neurones se touchent, qu'ils ne soint pas écartés l'un de l'autre. Je crois que les courants continus font disjoindre les neurones du trijumeau. Le courant sensitif est ainsi interrompu. C'est ainsi que j'explique la cessation des douleurs après l'emploi de *l'électricité*.

Les injections d'alcool, — deux centimètres cubes d'alcool à 90° pendant huit jours, — donnent aussi des améliorations suivies de récidive.

Ce que nous voulons faire chez cette femme, c'est un traitement chirurgical.

De nombreuses interventions sont à notre disposition.

On s'est d'abord adressé aux branches périphériques du trijumeau ; on les a sectionnées et arrachées aussi loin que possible.

On est remonté à la base du crâne, et on a essayé d'atteindre les branches du ganglion de Gasser. Cette opération, que nous avons pratiquée plusieurs fois, est une intervention grave, qui se complique souvent de méningo-encéphalite, d'hémorragie artérielle ou veineuse. Il y a un gros déchet opératoire. Et les individus qui guérissent perdent l'œil du côté correspondent.

On a laissé le ganglion de Gasser en place, et on a coupé le tronc du trijumeau dans le crâne. Je l'ai fait, il y a deux ans ; depuis le malade est resté bien guéri.

A côté de ces opérations directes, on en a fait d'indirectes. On a coupé le sympathique cervical. Vous savez en effet que le trijumeau reçoit des fibres du sympathique ; aussi a-t-on réséqué le ganglion supérieur du sympathique. On a fait aussi la ligature de la carotide primitive et de la carotide externe.

Enfin, on a trépané le crâne pour intervenir sur le neurone cortical du trijumeau. J'ai fait

deux fois cette opération et j'ai obtenu ainsi une grosse amélioration.

Chez notre malade, nous ne voulons pas faire une intervention si compliquée. Nous allons nous adresser aux nerfs périphériques, et refaire l'intervention pratiquée il y a une quinzaine d'années.

Avec la rugine, nous décollerons le cul-de-sac gingivo-labial inférieur, au niveau de la deuxième prémolaire. Nous disséquerons le nerf mentonnier. Après l'avoir sectionné, nous en arracherons le bout central et le bout périphérique en les enroulant sur une pince. Nous en ferons autant pour le nerf sous-orbitaire en décollant le cul-de-sac gingivo-labial supérieur. Nous terminerons ainsi sans avoir fait d'incision extérieure.

Les suites immédiates seront simples.

Au point de vue des résultats éloignés, je crois qu'après un an, un an et demi, cette femme verra ses douleurs recommencer, mais nous aurons fait une opération simple, facile, sans aucune gravité, que l'on peut répéter plusieurs fois. Ce n'est que dans les cas rebelles, non soulagés par ces interventions, qu'il peut être indiqué de recourir aux interventions plus graves que je vous ai signalées.

Ajoutons que cette malade présentant quelques douleurs du côté opposé, nous croyons devoir nous borner à pratiquer, dans la même séance, des injections d'alcool sur les trajets nerveux de ce côté.

(*Leçon recueillie pour le* Concours Médical.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Prolapsus rectal chez l'enfant.

Dans une leçon à l'hôpital des Enfants-Malades, M. le Dr Broca a étudié la question du prolapsus du rectum et de son traitement.

« On a prétendu, dit le Dr Broca, que les frottements étaient susceptibles de provoquer des ulcérations circulaires, analogues à celles du phimosis, au point de jonction des deux cylindres constituant l'invagination dans le prolapsus du rectum total. C'est là chose fort douteuse ; il est plus probable que les prétendus rétrécissements cicatriciels attribués à l'irritation des prolapsus du rectum ne sont que des cicatrices congénitales annulaires du rectum, au-dessus desquelles le rectum s'est dilaté ampullairement, pour ensuite se prolaber.

« Nombreuses sont les opérations proposées et décrites en la matière.

« Les uns ont conseillé d'enlever entièrement le prolapsus, rappelant les précautions à prendre pour procéder à la suture du cul-de-sac péritonéal et l'empêcher d'être infecté par les matières fécales.

« D'autres ont tenté de donner des soutiens nouveaux au rectum au moyen de pexies, supérieures ou inférieures. — Les uns sont allés chercher l'S iliaque, l'ont tiré en haut le plus possible et l'ont fixé à la paroi abdominale ; mais le relâchement de ce soutien ne tardait pas à se faire. — Les autres ont recouru à une rectopexie inférieure, appliquant la paroi postérieure du rectum contre celle du sacrum.

« Ce sont là moyens chirurgicaux bons à tenter chez l'adulte ou chez des enfants à prolapsus déjà ancien et non soigné, mais que je me suis toujours refusé à mettre en œuvre chez mes petits malades.

« Chez des sujets de deux ou trois ans, c'est au rachitisme dont ils sont affligés qu'il faut s'attaquer.

« Traitez leur état général, mettez fin à leurs troubles digestifs et, du même coup, vous leur rendrez la force musculaire dont ils sont privés. Aux diarrhéiques donnez un régime constipant; un régime de relâchement aux constipés.

« Localement, réduisez le prolapsus dès qu'il se produit, puis maintenez-le réduit : empêchez autant que possible le rectum de sortir. Réduisez au minimum les efforts expulsifs des prolabés. Qu'ils ne s'attardent pas des heures sur leur vase ; mettez-les à heure fixe sur une couche, où ils se débarrasseront de leurs résidus en huit ou dix minutes. Au besoin, aidez-les à une défécation rapide par l'administration de lavements, de suppositoires, d'huile de ricin. Qu'ils opèrent étant couchés. Les premières fois le prolapsus se reproduira ; prenez une compresse garnie de vaseline, remettez le rectum en place, et comprimez les fesses de l'enfant tant qu'il criera. Cela fait, laissez-le couché une ou deux heures. Usez d'un peu de patience et vous verrez le prolapsus s'atténuer jusqu'au jour où il disparaîtra complètement.

« Ce traitement n'a rien de bien transcendant ; il exige une grande patience. Une attention d'une demi-heure, tous les matins, de la part de la mère, suffirait à triompher de cette infirmité de ses petits.

« Je vous le répète, je me suis toujours refusé à opérer le prolapsus chez l'enfant. Et je ne me suis pas mal trouvé de cette abstention, qui n'a nui à aucun de mes malades. Un élève d'Hartmann a fait sa thèse sur cette question ; il a pris mes carnets, est allé visiter mes petits sujets et les a trouvés guéris. »

La latence des pleurésies chez l'enfant.

M. le Dr F. Blanc (de Vergèze, Gard) a beaucoup insisté dans sa thèse sur la difficulté du diagnostic des pleurésies, surtout avec gros épanchement, chez l'enfant, et sur la fréquence relative de la latence de ces pleurésies.

« Mise à part, dit-il, la pleurésie sèche dont les symptômes sont souvent, on le sait, réduits aux frottements révélés par l'auscultation,— de nombreux signes cliniques accumulés par les médecins permettent depuis longtemps d'as-

seoir le diagnostic de pleurésie à épanchement et d'en soupçonner la variété.

« Et pourtant, un fait demeure très classique, lui aussi : de volumineux épanchements pleuraux peuvent rester insoupçonnés ; bien que cliniquement révélables, ils sont longtemps ignorés, jusqu'au jour fortuit où un examen complet du malade ou la nécropsie en démontre l'existence. Ce fait est d'une réalité incontestable, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte ; il est aussi vrai des pleurésies séro-fibrineuses ou hémorragiques, que des pleurésies purulentes que révèle si souvent une vomique.

« La réaction pleurale s'est faite légère, à peine marquée, et la pleurésie, parfaitement nette pour qui la cherche, est restée latente ».

La pleurésie séro-fibrineuse a rarement un début brusque, impressionnant chez l'enfant.

« Cependant, il existe quelques cas où le petit malade, en proie à une température élevée, présente des phénomènes convulsifs, une dyspnée intense ; il accuse, suivant son âge, un point de côté localisé quelquefois à la région mammaire, mais souvent aussi à l'abdomen, si bien que les vomissements, l'accélération du pouls, le facies angoissé, tiré, ont alors pu en imposer, dans quelques cas, pour une appendicite. Pour éviter de telles erreurs, le médecin d'enfants doit se souvenir qu'il doit toujours *ausculter* avec une grande attention les poumons d'un enfant qui se plaint pourtant du ventre. Le conseil est classique, mais méritait d'être rappelé ici, d'autant que ces symptômes physiques présentent aussi quelques particularités à noter : l'épanchement est rapidement constitué, la phase de pleurésie sèche est réduite à son minimum, et le plus souvent échappe au médecin ; la matité est bientôt très nette ; tandis que, par contre, on a signalé assez fréquemment la conservation des vibrations thoraciques malgré un épanchement considérable; le souffle est fort et ne rappelle que de très loin le souffle pleurétique, doux, voilé, lointain de l'adulte ; les signes pseudo-cavitaires sont fréquents ; l'égophonie et la pectoriloquie aphone sont rares et d'ailleurs difficiles à rechercher ; enfin, plus rarement que chez l'adulte, la tuberculose est en cause dans la pleurésie chez l'enfant, et nous devons insister tout particulièrement sur les épanchements en rapport avec le pneumocoque.

« Ainsi décrite, la pleurésie avec épanchement doit être très attentivement cherchée pour éviter de la confondre avec de multiples affections de l'appareil broncho-pulmonaire chez l'enfant : la pneumonie lobaire, la broncho-pneumonie, la spléno-pneumonie, la pleuro-pneumonie.

« Plus que toute autre, la pleuro-pneumonie pourra égarer le diagnostic ; matité, diminution ou abolition du murmure vésiculaire, souffle en rapport à la fois avec le minime épanchement et le foyer pneumonique, sont autant de symptômes en présence desquels le doute sera toujours permis.

« Les caractères différentiels seront : le début plus brusque, le grand frisson unique et plus violent que ceux de la pleurésie, souvent multiples, le point de côté toujours vif, la température initiale plus élevée, la toux plus fréquente, les crachats rouillés quand le petit malade crachera, la matité sans perte d'élasticité au doigt, les vibrations locales exagérées, les râles crépitants, le souffle à timbre métallique, l'absence d'égophonie, et souvent de pectoriloquie aphone. Enfin, en cas de doute, la ponction exploratrice ne devra jamais être négligée.

« Quant à la radioscopie et à la radiographie, elles pourront apporter une contribution utile au diagnostic même des épanchements pleurétiques, quand la question de l'opacité de ce même liquide sera définitivement jugée. »

Le Régime dans les Néphrites chroniques.

D'après M. le Dr Castaigne, dans le *Journal méd. français*, il faut se garder d'être systématique dans l'application des régimes alimentaires aux cours des néphrites chroniques, et les grandes indications sont les suivantes :

« Dans les néphrites aiguës et dans les poussées aiguës au cours des néphrites chroniques, le régime lacté s'impose, avec quelques fruits.

« Dans les néphrites chroniques albumineuses simples, le régime lacté est inutile est dangereux, car il débilite les malades sans faire disparaître l'albumine. On conseillera un régime peu toxique, légèrement salé et composé d'aliments frais.

« Dans les néphrites chroniques hydropigènes avec rétention chlorurée seule, sans rétention azotée, tous les aliments albumineux, même la viande, peuvent être autorisés. On proscrira uniquement le chlorure de sodium.

« Dans les néphrites chroniques urémigènes avec rétention chlorurée et azotée, on doit recourir à l'alimentation hypo-azotée et hypochlorurée avec de temps en temps une cure temporaire plus sévère pour accentuer la désintoxication de l'organisme.

« En résumé, pour instituer une thérapeutique rationnelle, il faut se baser sur une étude complète du degré de l'insuffisance rénale ».

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des Brûlures.

Heureuses les brûlures vierges ! Peu d'affections en effet ont été traitées avec autant de diversité et d'empirisme que les brûlures, sur lesquelles, journellement encore, on applique de l'huile, du beurre, de la pelure de pommes de terre, de la pelure d'oignons, des fruits pilés, du crottin de cheval frit, de l'encre, voire même de l'urine.

Parmi les très nombreux procédés scientifiques, trois ou quatre seulement se sont imposés à la pratique médicale et, fait assez curieux, il semble que les adeptes de chacun d'eux aient voulu sys-

tématiquement méconnaître les autres. Que l'une ou l'autre méthode soit plus spécialement indiquée suivant la nature et le degré de la brûlure, c'est là un fait incontestable. D'autre part, sous prétexte que le liniment oléo-calcaire est actuellement frappé de désuétude, l'acide picrique considéré comme dangereux chez les enfants et les débilités, les pommades aux essences antiseptiques comme n'ayant aucune action kératoplastique, il ne faudrait pas se baser sur ces seules observations, qui ont certes leur valeur, pour déclarer la faillite de l'une ou l'autre des méthodes précitées.

Ayant soigné de nombreux accidentés du travail, notamment des brûlés, j'ai pu constater personnellement, ce qui m'a été confirmé du reste par de très nombreuses expériences faites dans les services, et dans les consultations de chirurgie des hôpitaux de Paris, que le Néol et la Teinture d'iode peuvent rendre les plus grands services dans le traitement des brûlures.

Il est inutile, je pense, de faire ici l'apologie de la teinture d'iode que les communications de Lucas-Championnière, de Reclus, de Walther et d'autres ont remis en honneur en chirurgie.

La constitution et les propriétés du Néol ont été établies et déterminées sur les données nouvelles relatives aux rayons ultra-violets et à l'utilisation de l'ozone. Il est bien évident que ce gaz, ou oxygène très condensé, est encore beaucoup trop méconnu en thérapeutique. Son activité est de beaucoup supérieure à celle de l'oxygène dont la puissance d'action est cependant déjà suffisamment intéressante pour avoir été la raison même de la vogue extraordinaire de l'eau oxygénée.

Je crois devoir désigner aux Praticiens que nous possédons actuellement avec le Néol et la Teinture d'iode deux produits qui se complètent merveilleusement et qui,selon moi,sont indispensables et suffisants pour tous les cas de pratique chirurgicale.

Pas plus dans le traitement des brûlures que dans celui de toutes les plaies, récentes ou anciennes,ces deux médicaments ne se contre-indiquent. Dans la plupart des cas, et toujours lorsqu'il s'agit de brûlures récentes, le Néol suffit seul et produit une cicatrisation remarquable. Dans les cas de plaies infectées ou dans les brûlures anciennes, la teinture d'iode permet une stérilisation puissante et immédiate qui ne peut que favoriser l'action ultérieure du Néol. Sans insister sur ce qui a été dit et redit dans la littérature médicale depuis quelque temps sur l'importance qu'il y a à utiliser une teinture d'iode récente et d'un titre beaucoup plus faible que celui du Codex de 1908, je signalerai toutefois que son application sur les brûlures est extrêmement douloureuse. De plus, il ne faut pas oublier que de tous les accidents d'iodisme qu'il faut toujours prévoir, c'est certainement dans les brûlures où les phénomènes d'intoxication sont le plus à craindre. Je n'ai, au contraire, jamais trouvé le plus petit phénomène d'intolérance par l'emploi du Néol et cette même constatation a été faite dans les cas d'application de Néol chez les grands brûlés des hôpitaux (Lariboisière, Hôtel-Dieu, Necker), ainsi que sur de vastes brûlures chez des enfants de tout âge, qui furent soignés au Néol à Bretonneau et aux Enfants-Malades

En déterminant une analgésie presque immédiate, le Néol assure d'une façon parfaite et très rapide la kératogénèse et la kératoplastie. Son application est d'ailleurs facile. On crève les phlyctènes, on panse au Néol au 1/5, ou même au 1/3; on recouvre les compresses d'une feuille de ouate ordinaire non hydrophile, pour éviter le dessèchement trop rapide. Le premier pansement est renouvelé le lendemain, puis on ne panse plus que tous les deux jours. Cette remarque a en effet son importance, car le Néol déterminant un appel leucocytaire intense, il est inutile d'exciter par trop le bourgeonnement des plaies. De l'état plus ou moins septique de la lésion dépendra le renouvellement plus ou moins fréquent des pansements. D'autre part, s'il se produit de l'érythème dû au pansement humide, on se trouvera très bien de protéger les bords de la plaie par une de ces pommades antiseptiques préconisées justement et plus particulièrement pour le traitement des brûlures. — Dr H. C., *ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris.*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Albumino-réaction des expectorations. — La réaction de Wassermann dans la syphilis latente. — Traitement de la fissure anale par les courants de haute fréquence. — Méningo-typhus d'emblée. — Radiumthérapie du cancer de l'œsophage.

M. Roger fait à l'*Académie de médecine* une communication sur la *recherche de l'albumine dans les expectorations.*

La recherche de l'albumine dans les expectorations constitue une méthode qui semble appelée à rendre en clinique de réels services. Sa technique est simple. Un crachat, récemment émis, est délayé dans de l'eau. On ajoute quelques gouttes d'acide acétique pour coaguler le mucus. On filtre, et, dans le liquide clair qui s'écoule, on recherche l'albumine par les procédés habituels. Le plus simple consiste à chauffer le liquide après l'avoir additionné de chlorure de sodium. L'opération n'est guère plus compliquée que la recherche de l'albumine dans les urines.

Dans un travail précédent, M. Roger avait posé, sur la valeur de l'albumino-réaction des crachats, les conclusions suivantes : *a*) les crachats des tuberculeux renferment toujours de l'albumine ; *b*) une réaction négative permet de rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire en évolution ; *c*) la réciproque n'est pas exacte, le passage de l'albumine dans l'expectoration pouvant être lié aux affections les plus diverses.

Depuis ce travail, l'auteur a poursuivi ses

recherches et il possède actuellement un total de 1638 cas, dans lesquels l'albumine a été recherchée dans les expectorations. Sauf quelques exceptions discutables, l'albumino-réaction a été constamment positive chez les tuberculeux. L'analyse chimique des crachats permet donc d'aider au diagnostic de la tuberculose. Une réaction négative conduit à éloigner l'idée de tuberculose ; une réaction positive fournit non une certitude, mais un important élément de présomption. L'albumino-réaction est également utile pour déterminer si un foyer tuberculeux est en activité ou s'il est momentanément guéri.

Dans les affections inflammatoires, comme la pneumonie et les broncho-pneumonies, dans les congestions pulmonaires aiguës, le processus morbide détermine un exsudat albumineux, généralement abondant, qui disparaît, plus ou moins rapidement, après la défervescence. La recherche de l'albumine n'a d'importance qu'après la terminaison de l'évolution aiguë.

Dans les bronchites simples, aiguës ou chroniques, l'expectoration est purement muqueuse. Si l'on trouve de l'albumine, c'est qu'il existe une particularité surajoutée (congestion pulmonaire, albuminurie, etc.)

— MM. Maurice Letulle et A. Bergeron présentent à l'*Académie de médecine* une étude sur la *réaction de Wassermann comme moyen de recherche de la syphilis latente.*

MM. Letulle et Bergeron ont recherché le Wassermann chez 90 malades chroniques, et ils ont obtenu 39 résultats positifs, ce qui donne une proportion de 43 pour 100. Sur 11 aortites chroniques, 7 épreuves furent positives ; sur 3 cas d'anévrysmes de l'aorte, 2 réactions ont été positives. Sur 6 cas de myocardite, les 6 épreuves furent négatives, ce qui n'est pas absolument concordant avec les constatations anatomo-pathologiques qui ont montré, depuis longtemps, le rôle joué par la syphilis dans maintes affections chroniques du myocarde. Dix-huit brightiques sur 24 ont réagi positivement au Wassermann. Le quart de ces brightiques étaient donc des syphiliques ignorés. Trois cancéreux sur 6, 10 hémiplégiques sur 16 ont fourni un résultat positif.

Par conséquent, si l'on accorde créance à la réaction de Wassermann — et on lui attribue généralement une haute valeur quand elle est *positive* — on voit avec quelle fréquence le spirochète de Schaudinn sert d'agent pathogène à une foule d'affections plus ou moins incurables, anévrysmes, aortites, mal de Bright, cancer, hémiplégies, etc.

M. Reynier ajoute aux cas de M. Letulle deux faits personnels, dans lesquels la recherche de la réaction de Wassermann (qui fut positive) a permis d'éviter des opérations, dont l'une entre autres était décidée. Il estime que cette recherche peut rendre de grands services et devrait être généralisée.

— MM. Bensaude et Ronneaux, à propos d'une récente communication de M. Siredey, rappellent, à la *Société médicale des hôpitaux,* les heureux résultats du *traitement de la fissure anale par les courants de haute fréquence.*

Dû au professeur Doumer, qui le fit connaître en 1877, ce traitement est journellement employé par les médecins électriciens, qui sont tous d'accord pour en reconnaître l'efficacité. Il semble toutefois être ignoré d'une grande partie du corps médical, et, alors que les traités d'électrothérapie l'indiquent comme le traitement le plus efficace de toute la thérapeutique électrique, la plupart des manuels de médecine et de chirurgie sont restés muets à son sujet.

Les auteurs ont vu cette méthode réussir toujours dans la fissure anale vraie, c'est-à-dire caractérisée par la triade symptomatique : ulcération, contracture sphinctérienne, et douleurs violentes déterminées par la défécation et survenant par crises assez longtemps après elle. La guérison est aussi la règle dans les cas de fissure tolérante, n'entraînant que des sensations de cuisson et de tiraillements au passage des selles, à condition que le traitement soit continué assez longtemps.

— M. Sacquépée étudie, à la *Société médicale des hôpitaux, les accidents méningés d'emblée dans la fièvre typhoïde* (méningo-typhus d'emblée).

Rien n'est mieux connu que le début habituel de la fièvre typhoïde, *insidieux et progressif.* Parfois cependant, à cette allure traînante font place des accidents immédiatement graves, survenant de manière brusque au milieu d'une santé jusque-là normale ; cette modalité anormale s'accompagne très souvent de phénomènes méningés et justifie alors la dénomination de « méningo-typhus d'emblée », généralement assignée aux cas de ce genre.

Signalés depuis plus d'un demi-siècle, ces accidents sont parfaitement connus au point de vue clinique, mais il est certains points encore obscurs de leur histoire. Ainsi, la fréquence du méningo-typhus éberthien vrai est notablement moins élevée qu'on a pu le croire. Le début méningé est, en effet, commun dans les fièvres paratyphoïdes où il se rencontre dans un cinquième des cas graves. Si l'on distrait les méningo-typhus paratyphoïdes, on arrive à cette conclusion que le méningo-typhus de la dothiénentérie est exceptionnel. Sur un total d'environ 500 malades, M. Sacquépée n'a rencontré que 4 fois seulement ces accidents méningés.

Les accidents méningés d'emblée surviennent généralement dans les fièvres typhoïdes graves. Certaines constatations faites *in vivo* permettent d'expliquer, au moins en partie, la raison de cette gravité : telles, la coexistence de troubles des fonctions rénales et la coexistence d'une autre infection sanguine, aggravante de l'infection éberthienne.

Quant à la nature elle-même du méningo-typhus d'emblée, elle comprend deux groupes de faits :

Un premier groupe, de méningites vraies, avec infection des méninges par le bacille ty-

phique ou par d'autres microbes, en particulier le streptocoque,

Un second groupe d'états méningés sans infection des méninges.

— M. Guisez fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *traitement radiumthérapique de certaines formes de cancer de l'œsophage.*

Le radium semble avoir une action réelle sur le cancer de l'œsophage, action qui se traduit immédiatement par l'augmentation du calibre de l'œsophage. Il en résulte une déglutition meilleure et, conséquemment, une augmentation du poids. La durée de la survie a varié de quatre à cinq mois, jusqu'à dix-huit mois. Ces résultats sont supérieurs à tous les autres traitements proposés jusqu'à présent. Même si l'on se place uniquement au point de vue de l'alimentation, cette méthode est bien supérieure à la gastrostomie.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement des intoxications alimentaires

En présence d'une intoxication alimentaire on doit chercher :

1° A *évacuer les poisons* le plus rapidement et le plus complètement possible ;

2° A *soutenir les forces du malade* ;

1° *Pour évacuer les poisons*, on aura recours suivant les cas au *lavage de l'estomac*, au *lavage du sang*, *aux purgatifs*, *aux vomitifs* et, comme moyens adjuvants, à *l'administration abondante de boissons.*

Le *lavage d'estomac*, dont on doit user chaque fois que faire se peut, est un procédé de choix. On le pratique au moyen du tube de Faucher, avec de l'eau bouillie simple ou avec une eau légèrement minéralisée.

Voici en quelques mots le manuel opératoire. L'extrémité percée d'yeux du tube de caoutchouc est soigneusement enduite de glycérine et introduite ensuite au fond du pharynx du malade.

On commande alors à celui-ci de déglutir lentement : le tube est ainsi avalé peu à peu jusqu'à un point de repère tracé d'avance qui indique que l'extrémité déglutie est arrivée dans l'estomac. On adapte l'entonnoir à l'extrémité libre du tube et on emploie la méthode du siphon en ayant soin toutefois de ne jamais vider complètement l'estomac de peur que la muqueuse au moment de l'aspiration ne vienne s'engager et à être blessée dans les yeux de la sonde. On peut ainsi faire passer plusieurs litres de liquide et retirer, à condition d'être appelé assez tôt, une assez grande quantité de poison.

Dans les cas très graves, on est autorisé à s'adresser immédiatement au *lavage du sang.* Pour ce faire, on commence d'abord par pratiquer une saignée de 50 à 300 gr. suivant l'âge et l'état du sujet et ensuite on injecte dans la veine une quantité de sérum variant de 100 à 500 gr., quelquefois plus.

Dans les cas d'intensité moyenne et quand le lavage d'estomac ne peut être pratiqué pour une cause ou pour une autre, on songera à l'emploi de *purgatifs* surtout si l'on est appelé longtemps après l'apparition des premiers accidents.

On pourra donner alors soit un purgatif huileux :

Huile de ricin.............. de 20 à 60 gr.

soit mieux, un purgatif salin, par exemple :

Sulfate de soude.....	10 à 45 gr.	suivant l'âge.
Citrate de magnésie..	5 à 15 gr.	—
Sirop de framboises..	120 c. c.	
Eau gazeuze.....q.s.	250 c.c.	

à prendre en une seule fois.

En cas d'intolérance gastrique absolue, donner :

Lavement purgatif du codex n° 1.

L'emploi des *vomitifs* n'est indiqué que dans les cas où il est permis de supposer que les poisons séjournent encore dans l'estomac ou quand les tentatives de lavage gastrique sont restées infructueuses. Pour atteindre le but proposé, le mieux est de faire une injection de 1 cc. de la solution suivante :

Chlorhydrate d'apomorphine......	0 gr. 10
au distillée....................	10 c.c.

Chez des enfants au-dessous de cinq ans, l'apomorphine ne doit jamais être employée ; on usera de :

Poudre d'ipéca fraîche.... de 0 gr. 20 à 0 gr. 50

à diviser en 3 paquets que l'on prendra dans un peu d'eau sucrée, à cinq minutes d'intervalle.

Après chaque prise d'ipéca, ingestion de quelques gorgées d'eau tiède.

L'emploi des vomitifs est contre-indiqué dans les cas où il y a tendance au collapsus et dans le cas où le sujet a déjà eu des vomissements abondants.

L'expérience a montré, au cours de certaines épidémies de botulisme, que les malades ayant ingéré le plus de liquide sont ceux qui ont le mieux résisté. Il est donc recommandé de *faire boire abondamment* les personnes présentant une intoxication alimentaire, afin de solliciter leur émonctoire rénal et d'entraîner une certaine quantité de toxines par les urines. On prescrira dans ce but de l'eau légèrement bicarbonatée, de la tisane de queues de cerises, de buchu, d'uva ursi, aromatisée ou non avec du café, du thé, de l'alcool.

2° *Afin de soutenir les forces du malade*, deuxième condition à remplir pour mener complètement à bien le traitement, on fera des piqûres de :

Caféine :
- 0 gr. 10 au-dessous de deux ans.
- 0 gr. 20 de deux à quatre ans.
- 0 gr. 25 de quatre à six ans.
- 0 gr. 40 à 0 gr. 60 jusqu'à quinze ans.
- 0 gr. 50 à 1 gr. au-dessus de cet âge.

L'huile camphrée donne aussi d'excellents résultats.

Enfin l'éther à doses élevées, 10, 20, 30 cc. (Lemoine) a donné des succès dans des cas désespérés.

On fera bien également d'injecter du sérum, 400 à 500 c.c., dans les cas menaçants (Delobel).

Enfin il sera bon de donner du champagne et de réchauffer l'abdomen et les extrémités inférieures.

N. B. — Dans l'empoisonnement par les champignons, quand le poison a eu le temps d'être absorbé, il est recommandé d'ajouter au traitement classique une injection de sulfate neutre d'atropine dont l'action physiologique est diamétralement opposée à celle de la muscarine. On injecte :

Sulfate neutre d'atropine... un quart à un demi-milligramme.
Eau distillée .... 1 c. c.

Dr P. Siguret,
(Saint-Nectaire).

EXAMEN CLINIQUE DES URINES

Dosage de l'urée dans les urines.

La seule recherche qualitative de l'urée dans une urine est sans intérêt, car toute urine en contient, et il n'est pas un seul médecin qui, en faisant réagir sur l'urine l'acide nitrique n'ait constaté la formation d'un précipité cristallin d'azotate d'urée. La proportion d'urée existant dans une urine est donc seule intéressante, car dans certaines affections hépatiques, de 20 à 26 gr. par litre (urine normale), elle peut tomber à 12, à 15 gr.

Le dosage de l'urée repose toujours sur sa facile décomposition à froid en azote et gaz carbonique, sous l'influence des hypobromites ; en opérant en milieu alcalin, le gaz carbonique se dissout et l'azote seul se dégage ; de la quantité d'azote recueillie, on déduit par un simple calcul la teneur de l'urine en urée. En opérant ainsi à froid, l'azote de l'urée est seul déplacé, celui de l'ammoniaque et de l'acide urique ne se dégage qu'à chaud ; quant à celui des autres produits azotés existant dans l'urine (créatinine, leucine, tyrosine, biliverdine, bilirubine), il faut, pour le mettre en liberté, décomposer au préalable l'urine par l'acide sulfurique à chaud (procédé Deniges ou Kjeldahl).

La présence du sucre dans l'urine ne nuit en rien au dosage de l'urée ; au contraire Méhu a constaté qu'en l'absence du sucre, l'hypobromite ne dégage que les 92 centièmes de l'azote de l'urée ; aussi a-t-il conseillé, lorsqu'on se trouve en présence d'une urine non diabétique, d'additionner cette urine d'une certaine quantité de sucre.

L'albumine n'entrave pas non plus le dosage, mais si elle se trouve dans l'urine en proportion assez notable, la mousse qu'elle produit gêne la réaction. Il faudra donc s'en débarrasser avant de procéder au dosage ; à cet effet on prendra un volume connu d'urine, on coagulera l'albumine par la chaleur, laissera refroidir, filtrera, lavera le filtre à l'eau distillée et ramènera le volume de l'urine à sa valeur primitive par addition d'eau distillée : c'est sur l'urine ainsi désalbuminée que l'on dosera l'urée.

Dosage. — La solution d'hypobromite de soude nécessaire au dosage se prépare de la façon suivante :

Soude caustique d. 1.33...	100 cmc.
Eau distillée.............	10 cmc.
Brome pur.............	10 cmc.

On verse dans un ballon l'eau, puis le brome, et enfin la lessive de soude, en agitant lentement, et refroidissant avec soin pour éviter toute élévation de température, ce qui transformerait l'hypobromite en bromate. Le réactif doit être conservé dans un endroit frais et obscur.

On prépare en outre une solution de sucre contenant

Sucre de canne	3 gr.
Eau distillée	Q. s. ad. 100 cmc.

Le dosage s'opère toujours en plaçant 2 centimètres cubes d'urine dans un appareil spécial, l'additionnant de 2 cmc. de solution de sucre, puis de 10 à 15 centimètres cubes de solution d'hypobromite. On abandonne, après agitation, l'opération à elle-même pendant 2 minutes, et on lit le volume d'azote dégagé. La réaction terminée, on s'assure qu'il y avait excès d'hypobromite à la couleur jaune du liquide et à l'effervescence qui se produit par addition d'une nouvelle quantité d'urine ; s'il n'en était pas ainsi, il faudrait recommencer en employant une plus grande quantité d'hypobromite. Soit N le sombre de centimètres cubes d'azote recueillis en partant de 2 cmc. d'urine ; la quantité d'urée en grammes contenue dans 1 litre d'urine est donnée par la formule ;

$$x = N \times 1{,}281.$$

Le nombre x ainsi trouvé n'est exact que si N a été mesuré à la température de 15° et à la pression de 760. Les variations de pression ne donnant que des erreurs négligeables, de l'ordre du milligramme, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il n'en est pas de même des variations de température ; il faut ajouter 0 gr. 004 par chaque centimètre cube de gaz et par degré de température au-dessous de 15° et en retrancher 0 gr. 004 par centimètre cube de gaz et par degré au-dessus de 15°.

Uréomètres. — Les appareils proposés pour le dosage de l'urée sont nombreux ; l'un des plus précis a été proposé par M. Denigès et a été modifié depuis par divers auteurs. Son inconvénient est son prix de revient ; il n'est donc pas à la portée des praticiens. Les deux appareils qui me semblent les plus pratiques sont l'uréomètre de Noël et celui de Regnard.

L'uréomètre de Noël est représenté par la figure 1. On remplit d'eau l'éprouvette E jusqu'à environ 2 centimètres au-dessus du zéro de la

cloche graduée C. Dans l'éprouvette E, on place 15 centimètres de la solution alcaline d'hypobromite de soude, et dans le petit tube T on introduit à l'aide d'une pipette, 2 centimètres cubes d'urine, et 2 centimètres cubes environ, de solution sucrée ; on ajuste le bouchon en laissant libre l'ouverture de dégagement O. On s'assure que le niveau de l'eau en E coïncide bien avec le zéro de la graduation de la cloche, puis, soulevant cette cloche de la main gauche, on incline l'éprouvette E'. Quand l'azote ne se dégage plus, on refait coïncider les niveaux de l'eau dans C et E et on lit le volume d'azote recueilli.

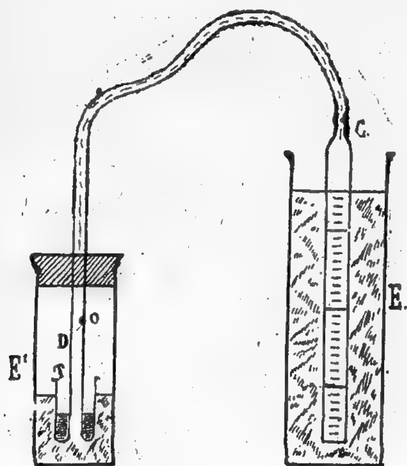


Figure 1.

Cet appareil, très pratique, présente deux inconvénients : le premier, c'est d'être fragile ; le second, c'est de donner des résultats un peu faibles ; le volume du récipient qui contient l'hypobromite étant considérable, une partie de l'azote dégagé y reste et ne passe pas dans l'éprouvette graduée. Pour remédier à ces inconvénients, M. le Dr Liotard a remplacé l'éprouvette E' (fig. 2) par le flacon d'un compte-gouttes émeri à tige

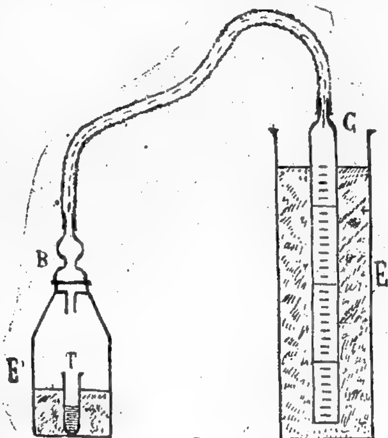


Figure 2.

centrale adaptée au bouchon ; cette tige a été coupée à son plus grand diamètre ; de tels flacons se trouvent dans toutes les pharmacies ; au tube T soudé au tube D, il a substitué une éprouvette libre ou mieux un petit flacon à granules homéopathiques. Le bouchon B est relié d'une façon permanente à l'éprouvette graduée par un bon caoutchouc, ou mieux par un caoutchouc à vide. L'opération se fait exactement comme avec l'appareil de Noël. Cet appareil a l'avantage d'être peu coûteux, de plus le médecin peut se le construire lui-même, les différentes pièces qui le composent se trouvant aisément dans le commerce.

L'appareil de Regnard est également facile à construire et peu coûteux (fig. 3). Il se compose

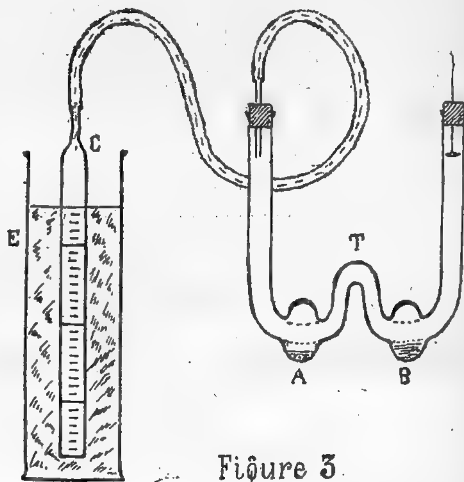


Figure 3

de : 1° un tube à boule ; 2° un appareil gradué destiné à recueillir l'azote et absolument identique à celui de l'appareil Noël.

Dans la boule A on met 2 centimètres cubes d'urine, en B 10 centimètres cubes d'hypobromite. On adapte les bouchons. Les niveaux de l'eau doivent être identiques en E et dans la cloche à dégagement C ; on arrive à ce résultat en baissant la petite baguette de verre I placée à cet effet dans le bouchon de l'une des branches du tube à boule. On incline le tube à boules pour mettre en contact les 2 liquides, et, quand le dégagement a cessé, on fait de nouveau coïncider les niveaux en C et E et on lit le volume d'azote recueilli. Les médecins peuvent aisément construire eux-mêmes cet appareil, la cloche graduée C et le tube à boule T se trouvant aisément dans le commerce.

En résumé, le dosage de l'urée dans l'urine est simple ; il nécessite, il est vrai, l'emploi d'un appareil spécial; mais cet appareil est peu coûteux et facile à construire ; j'ai indiqué ici les appareils qui me semblent les moins compliqués et les plus pratiques ; il en existe d'ailleurs beaucoup d'autres ; presque tous sont faciles à employer, mais leur principal inconvénient est d'être fragiles et coûteux.

V. Volmar,
Ingénieur-chimiste,
Licencié ès sciences.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. Nº 22 Dimanche 28 MAI 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'Assistance médicale gratuite dans le Département du Nord. — A quel prix on y estime le sauvetage d'une mère et de son enfant ?

Nous dédions le récit suivant aux protagonistes de la Repopulation, à ces savants personnages, célibataires ou époux sans enfants, qui, en d'officielles commissions, déplorent la faiblesse de la natalité française, larmoyent sur la mortalité infantile et proposent les moyens les plus saugrenus pour arrêter notre pays sur la fatale pente de la Décadence. Ils y trouveront peut-être l'occasion de faire une fois œuvre pratique, et si, dans leur impuissance, ils ne peuvent plus faire éclore de jeunes citoyens, peut-être pourront-ils encourager ceux qui les empêchent de mourir dès leur naissance ?

***

Les faits se passent dans le Nord, pays fertile en surprises pour tout ce qui concerne la médecine sociale et en particulier l'assistance. Nous aurions eu peine à les croire exacts, ou tout au moins non entachés d'exagération, s'ils ne nous avaient été rapportés par le président du Syndicat de Cambrai, notre honorable collègue au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, M. le Dr Bombart, et si nous n'avions en main une lettre de l'intéressé et un document officiel que nous reproduisons ci-dessous.

Il faut savoir d'abord que, dans le département du Nord, qui vient le 3e dans l'ordre de la richesse nationale classée par départements, les honoraires des médecins de l'Assistance varient, pour un accouchement, de 6 à 10 francs selon les communes. Il va sans dire que presque chaque fois, c'est une intervention dystocique, l'accouchement simple rentrant généralement dans le domaine de la sage-femme.

On serait tenté de croire qu'il y eut là une erreur de tarif, erreur que les douze Syndicats

médicaux du Nord ont laissé généreusement se perpétuer. On pourrait supposer que l'Administration s'efforce d'atténuer à chaque occasion les conséquences de cette erreur.

Il n'en est rien et le fait suivant montre avec quel esprit d'étroite économie la Préfecture du Nord interprète les règlements de l'assistance médicale gratuite.

Un médecin de l'Assistance médicale gratuite fut appelé d'urgence un beau matin auprès d'une parturiente. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, dont l'enfant se présentait par l'épaule. La malade avait subi une hémorragie redoutable, elle était en danger de mort. Le praticien, après une tentative de version infructueuse, crut devoir, en cette grave circonstance, faire appel à un confrère qui habitait à 5 kilomètres du domicile de la malade.

Ce dernier accourut aussitôt, opéra péniblement une version des plus difficiles et se hâta de faire la délivrance artificielle. Il était temps, car la pauvre femme, absolument exsangue, était sur le point de succomber. Jamais, nous affirme notre confrère, il ne s'était trouvé en présence d'une situation aussi dramatique.

Après avoir savouré la satisfaction bien légitime d'avoir arraché une mère de famille à la mort, le médecin, qui n'était pas riche, songea à réclamer à M. le Préfet du Nord le montant de ses honoraires ; il reçut en réponse la lettre suivante que nous croyons devoir publier dans son intégralité :

PRÉFECTURE du NORD

Division de l'Assistance et de l'Hygiène Publique

1er Bureau

NOTA. — Rappeler exactement en marge de la réponse, l'indication du bureau et des deux numéros ci-dessus.

Objet : Commune de X.

Assistance médicale gratuite

Service des Accouchements

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Lille, le 7 avril 1911.

LE PRÉFET DU NORD
à Monsieur
le Docteur X., à Z.

Monsieur,

En réponse à votre lettre en date du 1er avril courant, j'ai l'honneur de vous informer que les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite reçoivent un traitement fixe annuel pour assurer dans toutes ses parties le service médical des assistés soignés à domicile. En dehors de ce traitement fixe, les praticiens ne peuvent prétendre qu'aux seules allocations dont le paiement est autorisé par le règlement.

Or, dans le cas signalé, il s'agit d'un accouchement qui a présenté une certaine gravité et qui a motivé votre intervention en outre de celle du praticien appelé par la malade.

Le médecin appelé, le Dr Y., est en même temps médecin de l'assistance de la commune. Il est désintéressé de l'opération par son traitement fixe. Mais comme son intervention est motivée par un accouchement, il a droit à l'allocation de 8 francs fixée par la Commission départementale pour la commune de X... et qui lui sera payée après production du mémoire réglementaire.

Quant aux honoraires auxquels vous avez droit personnellement, ils sont fixés par le 2e § de l'article 6 du règlement qui stipule « *qu'en cas de maladie grave et d'extrême urgence, le médecin du service peut appeler pour une seule consultation, au chevet d'un malade, un médecin de son choix, etc... Le prix de la consultation du médecin consultant sera de 5 frs le jour et de 10 frs la nuit.* »

Vous pouvez donc me faire parvenir un mémoire établi en double exemplaire sur papier libre, format in quarto, arrêté en toutes lettres et signé par vous, puis contresigné par M. le Maire de X..., pour obtenir le paiement de vos honoraires spécifiés ci-dessus.

Il ne m'est pas possible, en présence de prescriptions formelles du règlement élaboré par le Conseil général, de vous faire allouer une autre indemnité.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Préfet du Nord,
Le Secrétaire général délégué,
Signature illisible.

Est-il besoin d'ajouter le moindre commentaire à cette lettre qui, dans son style administratif, avec son respect des règlements et des formes, est un chef-d'œuvre d'inconsciente ironie ?

« Docteur, vous êtes accouru en toute hâte de cinq kilomètres au pressant appel d'un confrère, pour tenter de conserver deux existences à la France qui se dépeuple chaque jour. Vous avez procédé à une opération délicate et pénible et vous nous réclamez à nous, Département, de légitimes honoraires. C'est très bien, c'est parfait. Aussi en vertu des règlements, faites-nous parvenir de suite un mémoire établi en double exemplaire sur papier libre, format in-quarto (car ceci est fort important !) arrêtez-le en toutes lettres, signez, puis, faites dix kilomètres, cinq à l'aller, cinq au retour, pour implorer le contre-seing de M. le Maire du village où vous avez soigné la malade ; apportez-nous le tout à Lille et nous vous octroierons généreusement... *cent sous* ! »

« Le document que je vous communique n'est pas le seul que je possède, nous écrit philosophiquement notre confrère du Nord : j'ai eu dans ma carrière, qui date déjà de 17 ans, à faire souvent des accouchements et des interventions graves (forceps, versions, délivrance artificielle, curettage) pour l'A. M. G. Jamais je n'ai pu obtenir de la Préfecture plus de 8 francs. »

Nous ne savons ce qui doit provoquer le plus notre surprise, de l'admirable dévouement de ces petits praticiens qui, éternelles dupes d'une exploitation éhontée, marchent quand même au secours des pauvres diables qui récla-

ment leurs soins, ou de l'incommensurable inconscience de cette Administration qui continue mécaniquement d'appliquer ses règlements dans toute leur iniquité.

Il ne s'est donc trouvé personne pour crier au Conseil général du Nord que c'est une honte de taxer en France cinq francs le prix du sauvetage d'une mère et de son enfant ? Est-ce par peur d'être dissous en vertu du fameux article 13 de la loi de 1892 que les douze syndicats médicaux du Nord ont laissé s'établir et laissent se perpétuer d'aussi inconcevables abus ?

J. Noir.

Une lutte de classes dans l'Internat ?

Nous venons de lire avec stupeur l'article suivant dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 14 mai 1911.

Chronique Médicale Bordelaise

TRADITIONS

Jeudi dernier, c'était le traditionnel Banquet des Anciens qui, pour la *trente-deuxième* fois depuis sa fondation, réunissait dans un accord toujours parfait les jeunes internes et leurs aînés.

A Bordeaux, comme à Lyon et dans toutes les autres villes universitaires, les internes en exercice assistent en groupe compact à ces agapes de famille et leur donnent un *air de franche gaieté* et d'exubérance bruyante qui vont tout droit au cœur des anciens et font chanter dans leur mémoire les joyeux souvenirs de l'internat de leur temps.

A Paris, on dirait que les jeunes internes boudent les vieilles barbes : cette année, une douzaine environ a répondu à l'appel des organisateurs, ce qui est un succès sans précédent puisque, le plus souvent, leur nombre dépasse à peine la moitié de ce chiffre. Pourquoi cette abstention ? Je l'ignore. Peut-être parce qu'à Paris il est indispensable de ne pas faire comme tout le monde. Et cela est tellement dans les usages, que ce fut un étonnement général et une surprise fort agréable du reste, quand, l'an dernier, à l'occasion du « Congrès de l'Internat », cinq Parisiens (et parmi eux des plus notables) se rendirent à notre invitation.

Hélas ! cette entente ne devait pas durer longtemps. Sur le moment, pénétrés sans doute par l'atmosphère de tolérance que répand autour d'elle notre terre girondine, les représentants de Paris insistèrent pour que le prochain Congrès de l'Internat se tînt chez eux cette année ; et l'internat de Lyon, qui avait le premier pris la parole pour se mettre sur les rangs, s'effaça gracieusement devant le désir manifesté par les délégués parisiens.

Mais ces derniers avaient compté sans leurs collègues demeurés inclus dans la capitale ; quand ils firent connaître la décision, votée sur leur intervention directe, ils furent pris à partie et mis à mal, je veux dire en minorité, si bien que la demande qu'ils avaient faite à Bordeaux fut rapportée, et par suite le Congrès de l'Internat qui devait avoir lieu à Paris en 1911, remis aux calendes grecques. « La grosse difficulté que je prévois, m'avait dit un des délégués, c'est une assemblée réunissant à la fois à Paris internes de cette ville et internes de province. Je connais assez la mentalité rétrograde de beaucoup de mes camarades pour être certain de rencontrer sur ce point, de leur part, une farouche hostilité. J'espère quand même que nous triompherons et que nous arriverons à les convaincre, parce que les idées que vous défendez me paraissent absolument justes et que je les partage entièrement. »

Ces prévisions ne se sont pas justifiées, et j'avoue en toute sincérité que j'en ai été profondément surpris. Ce n'est point que je me sois jamais illusionné sur l'opinion très particulière qu'ont de nous, provinciaux, les Parisiens ; mais jamais je n'aurais pu croire que les traditions de politesse et de courtoisie, d'hospitalité aimable et charmante, de tact infini qui ont fait durant des siècles la juste réputation de Paris, fussent à ce point perdues.

Même si ces Messieurs les Internes de Paris nous considèrent comme des inférieurs, je ne vois pas en quoi le fait de nous trouver réunis autour d'une même table verte implique une diminution de leur valeur. En général, les gens nettement supérieurs non seulement n'ont pas peur de souffrir de l'infériorité des autres, mais ils sont, au contraire, heureux des circonstances qui leur permettent précisément de faire la preuve facile de leur évidente supériorité. Si donc nos camarades parisiens n'ont pas saisi cette occasion, c'est qu'à leurs propres yeux, leur valeur courait un certain risque.

Et ce qui m'étonne par dessus tout, c'est que le porte-parole d'une semblable opinion, celui qui en a été le champion éloquent et approuvé, n'est autre que le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président de l'Association des Anciens internes de cette ville... Vraiment, je n'en suis pas encore revenu !

René Cruchet.

Le *Concours Médical* qui est de partout, qui ne s'inféode à aucune chapelle ni à aucune région, tient à enregistrer l'écho ci-dessus ; mais, (pourquoi ne pas l'avouer ?) c'est avec l'espoir qu'il provoquera un autre son de cloche, des explications plausibles à un geste qui veut être expliqué.

Si ces explications ne venaient pas, forcés nous serions de conclure que les praticiens de province ont parfois quelque raison de suspecter la solidarité de leurs confrères de Paris.

Et, à l'heure où disparaissent dans nos rangs tant de marottes hiérarchisantes, aussi condamnées que les formes du gouvernement monarchique, dont elles furent contemporaines, il serait à retenir, pour en rire ou en pleurer, que l'Internat parisien croit encore que c'est arrivé !

Serions-nous alors assez loin de l'esprit égalitaire dont il faisait preuve au temps des luttes héroïques contre les médecins *supérieurs* du projet Bouchard ?

Décidément, non, cela n'est pas possible. La parole est aux intéressés pour dissiper le malentendu.

C'est au seul firmament que les étoiles se classent en différentes grandeurs et tournent sans cesse sans vouloir se rencontrer.

H. J.



PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur Hayem.

La ration alimentaire chez l'adulte et chez l'enfant.

Je vais consacrer cette leçon à l'étude de la ration alimentaire. Vous savez que le mot ration est employé pour désigner l'alimentation normale, alors que le mot régime s'applique plutôt à l'état pathologique.

La ration alimentaire est donc la totalité des aliments nécessaires pour faire face aux besoins de l'organisme, en tenant compte des conditions (âge, travail, climat) où se trouve cet organisme. J'envisagerai d'abord l'homme normal, fournissant un travail modéré (celui d'une profession libérale, par exemple), et vivant dans un climat de température moyenne (12 à 18 degrés). La ration dépendant du poids du corps, je la ramènerai, pour simplifier les chiffres, au kilogramme. Comme la radiation cutanée entre en jeu et dépend de la surface du corps, je considérerai l'homme adulte, complètement développé et non obèse : l'*obésité rentre* dans le cadre pathologique.

En matière de ration alimentaire, il faut tenir compte d'un principe appelé le principe de l'équivalence, d'après lequel un aliment peut être remplacé par un autre qui lui est isodynamique, c'est-à-dire dont la combustion fournit le même nombre de calories. On doit aussi tenir compte des coefficients d'utilisation des aliments. Voici, d'après Alvater, ce que fournit de calories 1 gramme des principales matières alimentaires :

Matières protéiques	animales	4 cal. 25
	végétales	4 cal. 55
	mixtes	4 cal.
Matières grasses	animales	8 cal. 95
	végétales	8 cal. 35
	mixtes	8 cal. 70
Matières amylacées		4 cal.
Sucres	Sucres assimilables	3 cal. 60
	Alcool	7 cal.

Vous voyez que les matières grasses sont celles qui, de beaucoup, fournissent le plus de calories. Si vous voulez savoir combien il faut donner de chacun des aliments pour obtenir 100 calories, vous vous reporterez au tableau suivant, déduit du précédent :

Matières protéiques	animales	23 gr.
	végétales	28 gr. 19
	mixtes	25 gr.
Matières grasses	animales	11 gr. 18
	végétales	11 gr. 97
	mixtes	11 gr. 23
Matières amylacées		25 gr.
Sucres assimilables		27 gr. 78

En pratique, une fraction de ces matières reste inutilisée. Cette fraction, pour une nourriture ordinaire, mixte, s'élève à 4 1/2 pour 100 environ.

Si l'on considère maintenant chaque aliment en particulier, on arrive à une série considérable de chiffres, portant sur plusieurs centaines d'espèces alimentaires. Sans entrer dans des détails inutilisables pour le praticien, nous retiendrons que 100 gr. de viande de veau donnent 117 à 164 calories en moyenne ; 100 gr. de viande de bœuf, 200 à 240 calories ; 100 gr. de viande de porc frais 280. Le mouton, qui est une viande grasse, donne au moins 300 calories, 390 pour la poitrine de mouton. Bien entendu, cette indication est globale : si le sujet ne mange pas la graisse et la laisse sur son assiette, le calcul devient faux. Ces indications sont intéressantes, mais il ne faut pas exagérer leur valeur. Pour la volaille, les chiffres sont assez variables : 67 calories pour le poulet, 160 pour le pigeon, 325 pour l'oie, celle-ci étant une viande grasse. Les poissons maigres fournissent peu de calories, 70 en moyenne ; la sardine à l'huile 209. L'huître ne donne que 50 calories, le lait pur 68, l'œuf de poule entier 140, la crème 188, le fromage à la crème 415, et le beurre — un des aliments les plus calorigènes — 770 calories.

Viennent les amylacés. Cent grammes de pain blanc procurent 260 calories ; les haricots secs 315 ; les biscuits secs 320 ; le sucre 385. Les herbacés sont peu calorigènes. La pomme de terre donne 65 calories, la châtaigne, 240, les raisins secs (en raison du sucre), 280, les amandes (à cause des matières grasses) 334, le chocolat (riche en sucre et en graisse), 580 calories.

Ces points établis, la ration est assez facile à déterminer. Parmi tous les chiffres proposés, nous adopterons ceux de M. Maurel (de Toulouse) calculés pour fournir 40 calories par kilogramme, soit 2400 pour un adulte de 60 kilogr. Pour un travail moyen, la dépense en calorique va de 40 à 50 calories, soit 2400 à 3000 calories pour 60 kilogr. Elle peut s'élever à 4000 au cas de travail fatigant, chez les gens de sports, les athlètes. C'est là presque un maximum.

Les chiffres varient avec les circonstances extérieures, les saisons, les climats. La température extérieure fait varier d'un tiers environ la dépense. Celle-ci est un tiers plus forte en hiver qu'en été. En arrondissant un peu les calculs, pour les rendre plus faciles à retenir, nous arrivons aux données générales suivantes :

Il faut 30 calories par kilogr. dans les pays chauds, ce qui explique pourquoi les habitants

des pays chauds sont généralement plus sobres. Dans la zone tempérée, comme la nôtre, la dépense est de 35 calories en été, 40 dans les saisons intermédiaires (printemps, automne) et 45 en hiver. Dans les pays froids, elle est de 50 calories. Nous avons donc la progression facile à retenir de 30, 35, 40, 45 et 50 calories. Reste à déterminer comment on doit obtenir ce nombre de calories. Les expériences montrent que le régime, pour être toléré, a besoin d'être composé d'une certaine manière. Le mieux est d'introduire 4 fois plus de matières hydrocarbonées que de matières azotées. Si nous prenons les tableaux de Maurel, nous trouvons la série de chiffres qui suit, pour les divers climats et les diverses saisons : comme matières atozées, 1 gr. (pays chaud) ; 1 gr. 25 (zone tempérée en été) ; 1 gr. 50 (printemps, automne) ; 1 gr. 75 (hiver) et 2 gr. (pays froids), par kilogr. ; comme matières ternaires, 4 gr., 5 gr., 6 gr., 7 gr. et 8 gr. Il convient de tenir compte de la digestibilité difficile des graisses, et de l'inégale valeur calorifique de celles-ci.

M. Maurel estime qu'on peut introduire 0 gr. 50 d'alcool et 1 gr. de graisse par kilogr. Il n'est pas bien nécessaire qu'il y ait de l'alcool dans le régime. J'admets cependant que, chez les gens normaux, ces 30 gr. d'alcool ne sont pas nuisibles. Pour ce qui est de la graisse, 60 gr. me semble trop théorique. C'est peut-être trop élevé pour l'été et pas assez pour l'hiver. Les gens des régions du Nord consomment beaucoup plus de graisse que ceux du Midi et ils obéissent en cela à un instinct. Ils recherchent l'aliment qui, sous un petit volume, donne beaucoup de calories. Il convient d'ajouter à ces chiffres la ration d'eau et de sel.

A quel règne les aliments seront-ils empruntés? Je laisse de côté les régimes exclusifs, qui doivent être d'exception. La ration normale est une ration mixte.

Je vais, enfin, compléter cette question en étudiant la ration selon les âges.

Pour l'enfant nouveau-né, la nourriture, le lait, lui est donnée par allaitement maternel, par allaitement artificiel ou mixte.

A la campagne, où les enfants s'élèvent bien, il est difficile de réglementer l'allaitement maternel. Cela ne paraît pas être, d'ailleurs, d'une utilité primordiale. Mais, dans les villes, la réglementation des tétées a une assez grande importance. La physiologie montre que la digestion du lait de la mère est soumise à des lois particulières. On adopte généralement aujourd'hui, les règles données par M. Marfan. Pour M. Marfan, dans les six premiers mois, les tétées doivent avoir lieu toutes les 2 h. 1/2, de 5 h. du matin à 11 h. du soir, ce qui fait 8 tétées en 24 heures. Après le sixième mois, les quantités de lait prises étant plus considérables, les tétées ont lieu toutes les 3 heures. Pendant les premiers mois, la mère se sert de ses deux seins à chaque tétée. Plus tard, elle donne alternativement l'un et l'autre sein. Quand tout est normal, la tétée dure 10, 15 minutes au plus. Habituellement, on ne se préoccupe que peu de la quantité de lait prise par les enfants. C'est un point, d'ailleurs, mal résolu. On se contente d'assurer la régularité des tétées. Lorsque l'allaitement au sein est fait par une nourrice mercenaire, le médecin doit s'enquérir des qualités et de la santé de la nourrice. On se fera présenter l'enfant de la nourrice en ayant soin de s'enquérir si c'est bien le véritable enfant. On est fréquemment trompé.

J'arrive à l'allaitement artificiel. Il exige des précautions nombreuses. Quel aliment donnera-t-on ? Aujourd'hui, on ne choisit guère que le lait de vache. On se le procure facilement, et il offre encore plus de garanties que les autres laits. On aura recours au lait de vache pur, aussi frais que possible. A défaut, on s'adressera au lait stérilisé, bien que celui-ci prédispose, lorsqu'il s'agit de tout jeunes enfants, à la maladie de Barlow, qui est une sorte de scorbut infantile. Budin recommandait le lait non coupé. La pratique actuelle, celle de Marfan, utilise le lait coupé d'eau bouillie sucrée à 10 %. Le coupage se fait au 1/3 jusqu'au 4e mois, au 1/4 jusqu'au 5e mois. La méthode de Terrien est d'un emploi commode. Elle consiste à mettre, dans chaque biberon 20 à 25 gr. d'eau sucrée et à compléter le biberon par du lait pur, de façon à avoir la quantité que l'enfant doit prendre. De sorte que, comme la quantité de lait augmente avec l'âge, la dilution diminue d'elle-même. Le biberon le meilleur est le plus simple : une bouteille de capacité déterminée, avec une tétine. Les tétées, dans l'allaitement artificiel, sont plus espacées que dans l'allaitement au sein, le lait de vache étant plus difficile à digérer que le lait de femme ; on supprime, pou r cela, une tétée.

Voici le tableau de Marfan relatif à l'allaitement artificiel :

1er jour : 1 ou 2 biberons ; lait coupé avec partie égale d'eau sucrée à 10 % ; 8 gr. par biberon ; tétée toutes les 3 heures.

2e jour : 6 biberons ; même liquide ; 8 à 12 gr. par biberon.

3e jour : 7 biberons ; même liquide ; 12 à 20 gr. par biberon.

4e jour : 7 biberons ; même liquide ; 30 à 40 gr. par biberon.

Du 7e au 30e jour : 7 biberons ; lait coupé avec 1/3 d'eau ; 45 à 90 gr. par biberon.

Une remarque, en passant, pour bien comprendre ce tableau. De 45 à 90 gr. par biberon ne veut pas dire une latitude allant de l'un à l'autre. Cela signifie 45 gr. pour le 7e jour, et progressivement jusqu'à 90 gr. pour le 30e jour.

2e mois : 7 tétées : même liquide ; 90 à 100 gr. par biberon.

3e mois : 7 tétées ; même liquide ; de 100 à 120 gr. par biberon.

4e mois : 7 tétées ; liquide composé de 3 parties de lait de vache pour une partie d'eau sucrée ; de 100 à 120 gr. par biberon.

5e mois : 7 tétées ; lait pur sucré à 2 % ; 120 à 125 gr. par biberon. Du 6e au 9e mois : 6 tétées ; 150 à 175 gr. par biberon.

Jusqu'au 8e mois, la règle est de ne donner que du lait. On peut continuer le lait jusqu'au 13e mois ; après, il devient insuffisant.

A partir du 8e mois, on peut introduire autre chose dans l'alimentation, les bouillies, avec une cuillerée à café de farine dans du lait. Après quelques semaines, on supprime deux tétées que l'on remplace par des bouillies. Puis, on fait des bouillies plus copieuses, avec 2 ou 3 cuillerées à café de farine. Après un an, on peut ajouter à ces bouillies un jaune d'œuf. Certains enfants refusent les bouillies ; on essaiera en ce cas les soupes au pain, au tapioca , ou les panades. Si l'enfant refuse le laitage, ce qui est rare, on peut donner une soupe au bouillon léger. L'œuf ne doit arriver qu'au 15e mois, les viandes après le 18e mois au moins (le blanc de poulet bien broyé d'abord), la purée de pomme de terre à partir du 15e mois, les confitures au 18e mois, les purées de légumes, de lentilles, après la 2e année. Quant au sevrage, il a lieu généralement vers le 18e mois, en le retardant si cette époque coïncide avec le début de l'été.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Nécessité de l'exérèse totale des amygdales palatines infectées.

Dans une intéressante thèse soutenue à Paris, M. le Dr Louis Lesca, d'Ondres (Landes), a étudié la question de l'exérèse totale des amygdales palatines infectées :

« Après avoir été pratiquée presque exclusivement dans les cas où les amygdales étaient notablement hypertrophiées, l'exérèse fut impitoyablement rejetée comme dangereuse dans de nombreux cas et comme antiphysiologique chez la plupart des malades, étant donnée la fonction phagocytaire qu'on leur attribua.

« En réalité, l'ablation des amygdales palatines n'a pas tant d'inconvénients qu'on se le figure ; leur exérèse totale n'a jamais été suivie d'accidents généraux de quelque durée. Il arrive que fréquemment les amygdales ne parviennent pas à triompher dans leur lutte contre l'infection ; elles se transforment alors en foyers dangereux pour l'organisme, occasionnant des amygdalites à répétition, des troubles auriculaires, des abcès péri-amygdaliens. Parfois même, elles infectent tout l'organisme.

« Il est aujourd'hui démontré que les amygdales peuvent être la porte d'entrée du bacille de Koch, soit que ce dernier passe à travers elles sans laisser de traces, comme il le fait pour l'intestin, soit qu'il se cantonne tout au fond des cryptes et qu'il occasionne alors des adénites chroniques du cou. Ce sont surtout les petites amygdales enchatonnées, qui sont parfois tuberculeuses.

« Il est aussi admis par tout le monde que les bacilles du rhumatisme articulaire aigu envahissent l'organisme par les amygdales. On a d'ailleurs vu fréquemment les douleurs articulaires disparaître après leur exérèse. Les amygdales infectées doivent être enlevées *totalement*. Sans cela, le moignon qui reste, contenant des bacilles dans le fond de ses cryptes, on voit se reproduire rapidement les troubles qui avaient déjà nécessité une première intervention. L'anse froide permet, avec une technique spéciale, celle de Vacher (d'Orléans) en particulier, une exérèse rapide et totale. C'est, croyons-nous, le meilleur procédé pour l'ablation complète des amygdales même les plus enchatonnées ».

Cause d'erreur dans la recherche toxicologique du mercure.

M. Garnier, de Nancy, a relaté, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, une analyse qu'il eut à faire d'une potion dans laquelle du sublimé avait dû être introduit dans un but criminel.

L'auteur commença par soumettre à la dialyse ce qui restait de la potion ; au bout de 48 heures, le liquide extérieur fut évaporé jusqu'à réduction du volume à 2 c.c. ; à ce moment, le résidu donna les réactions des chlorures avec le nitrate d'argent ; avec l'iodure de potassium, on obtint des stries jaune rougeâtre, disparaissant dans un excès de réactif ; l'acide sulfhydrique détermina la formation d'un précipité noir insoluble dans l'acide nitrique ; ces réactions étaient très faibles, ce qui prouvait que le sel mercuriel n'avait traversé le dialyseur qu'en minime proportion.

« M. Garnier détruisit alors par le procédé au chlorate de potasse le liquide resté à l'intérieur du dialyseur ; la solution obtenue fut débarrassée de l'excès chlore par un courant d'acide sulfureux puis traitée par l'hydrogène sulfuré, lequel produisit un précipité noir qui résistait à l'action de l'acide nitrique et qu'on fit dissoudre dans l'eau régale ; le liquide ainsi obtenu devait contenir du bichlorure de mercure régénéré ; M. Garnier fit évaporer la liqueur, et, après réduction à faible volume, il essaya les réactions par l'hydrogène sulfuré et par l'iodure de potassium, qui donnèrent un résultat négatif.

« M. Garnier prit alors une certaine quantité de sublimé, qu'il soumit aux mêmes opérations, et les réactions par l'hydrogène sulfuré et par l'iodure de potassium furent également négatives. Il

n'y avait pas alors à hésiter ; le sel mercuriel avait été entraîné pendant l'évaporation.

« Les chimistes doivent donc être avertis de cette cause d'erreur qui pourrait les porter à conclure à l'absence du mercure, ; au lieu d'évaporer la liqueur dans laquelle on a régénéré le bichlorure de mercure, on la soumet à l'électrolyse, et l'on pèse le métal déposé, qu'on caractérise ensuite à l'état d'iodure. On peut encore recourir au procédé de Rose, qui consiste à ajouter de l'acide chlorhydrique et un excès d'acide phosphoreux, à abandonner à 30-40 degrés pendant 12 heures, à laver, sécher et peser le précipité de calomel ».

La vaccinothérapie.

M. A. Mauté, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon, a publié, dans la *Presse médicale*, les résultats de sa pratique vaccinothérapique. Cette méthode, quoique née en France, est encore peu connue et cependant les succès qu'elle a procurés ne se comptent plus.

« Tels qu'ils sont employés actuellement, les vaccins sont des émulsions microbiennes convenablement dosées et stérilisées soit par la chaleur soit par un procédé chimique. Leur préparation est rapide et peut être faite pour ainsi dire extemporanément, ce qui permet d'employer comme souche vaccinifère, non plus un échantillon microbien quelconque, correspondant bactériologiquement à l'infection à combattre, mais l'échantillon microbien *provenant du malade même à traiter*, échantillon qui est isolé, soit des lésions accessibles, soit du sang, soit des urines. Les cultures primitives sont plus ou moins difficiles à obtenir, suivant le microbe considéré. Le staphylocoque, notamment, pousse très facilement, et dans la furonculose, on peut même le prélever sur un élément déjà ouvert, car il est rare que le furoncle soit le siège d'infection secondaire.

La force du vaccin est calculée d'après le nombre de microbes contenus dans un centimètre cube d'émulsion injectable.

L'injection se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, en prenant les précautions aseptiques d'usage. Au niveau de la piqûre il existe peu ou pas de réaction, sauf pour le vaccin antigonococcique qui est assez douloureux. On noterait cependant une légère rougeur, le soir ou le lendemain, si la piqûre était faite trop superficiellement et n'était pas franchement sous-cutanée. L'injection intra-dermique produit, en effet, une sorte d'intra-dermo-réaction cutanée analogue à l'intra-dermo-réaction à la tuberculine, et que j'ai signalée notamment dans la blennorragie.

Au niveau des lésions elles-mêmes, il se produit souvent, dès le lendemain, une réaction qui peut être notée facilement lorsqu'il s'agit d'écoulements, comme dans la blennorragie, ou de lésions localisées visibles, comme dans la furonculose. Dans ces cas, on note une véritable réaction de foyer, analogue à celle qui se passe chez les tuberculeux après injection de tuberculine. Existe-t-il des furoncules en évolution ; il est rare qu'ils rétrocèdent. En général, ils évoluent rapidement vers une suppuration abondante et plus fluide que d'habitude. S'il persiste, comme on le voit souvent, des indurations inflammatoires consécutives à des furoncules ayant déjà suppuré et qui semblaient secs, ces foyers inflammatoires se remettent souvent à suppurer pour aboutir rapidement à la résolution. Parfois aussi, l'injection est suivie d'une poussée de folliculite soit au niveau des lésions furonculeuses en évolution, soit sur toute autre partie du tégument, cela surtout si la dose indiquée est dépassée ou si les injections sont trop rapprochées. On peut même dans ce cas produire de véritables poussées furonculeuses. Quant à la réaction générale, s'il s'agit d'un malade non fébrile, elle est le plus souvent nulle.

La question de doses est importante à considérer et variable, cela s'entend, avec la nature bactériologique de l'infection à traiter.

La vaccination devra s'adresser seulement aux cas aigus, subaigus et chroniques. Dans cet ordre d'idées, les recherches ont porté sur les infections gonococciques, colibacillaires, streptococciques et surtout staphylococciques. On a traité également avec succès des malades chez lesquels on n'avait pas déterminé exactement le microbe en cause ».

Déductions prophylactiques et thérapeutiques tirées de la pathogénie du rhumatisme.

Après avoir étudié les différentes causes des affections dites rhumatismales (ralentissement de la nutrition, dystrophie et bradytrophie, mauvaise hygiène alimentaire et kinésique), M. le Dr Le Gendre a, dans une communication à l'Académie de médecine, précisé les règles prophylactiques et thérapeutiques qui découlent de ces considérations pathogéniques :

1° Réglementer avec le plus grand soin l'hygiène de l'appareil locomoteur dès le jeune âge, chez tous les enfants et plus spécialement chez les descendants de rhumatisants : exercice suffisant, mais jamais excessif, régulier surtout, quotidien, de tous les organes du mouvement ;

2° Mettre en état de défense ces organes contre les agents cosmiques et plus particulièrement contre le refroidissement, par un entraînement méthodique, progressif, à l'accoutumance au froid, par la stimulation des fonctions cutanées : au lieu de se défendre passivement contre les influences cosmiques, il vaudrait mieux activer le jeu des réflexes vasomoteurs et des excrétions cutanées par les frictions sèches et alcooliques, les lotions froides, l'hydrothérapie d'endurcissement.

D'autre part, quand la disposition rhumatismale, c'est-à-dire la diminution de résistance de l'appareil locomoteur aux agents cosmiques et aux agressions endogènes s'est révélée, il faut rechercher et tarir, dans la mesure où cela est possible, les sources d'infection et d'intoxication que peut réceler l'organisme ; on les découvrira par un examen clinique attentif du fonctionnement du tube digestif et de ses glandes annexes, des cavités naso-pharyngiennes, des glandes endocrines, par l'analyse du sang et des urines. S'il y a des rhumatisants à hypera-

cidité urique, lactique ou oxalique, il paraît y en avoir d'hypoacides.

On tarira les sources d'intoxication par les moyens les meilleurs actuellement connus ; on favorisera l'activité des émonctoires ; on modifiera dans la mesure possible l'état chimique défectueux des humeurs. Tout cela sans préjudice des médications qui peuvent modérer les réactions rhumatismales ou agir sur leurs conséquences anatomiques, médications empruntées à la pharmacie, surtout à la physiothérapie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La cure de l'obésité. — Médicaments soustraits à la dissolution dans l'estomac. — Sept cas d'infection paratyphoïde.

M. Albert Robin fait à l'*Académie de médecine* une communication sur la *cure de l'obésité.*

Les traitements proposés contre l'obésité, dit M. Robin, se réduisent à cinq types :

1° Les cures de famine, dont les dangers sont trop évidents pour qu'il soit nécessaire d'y insister ;

2° Les cures, type Ebstein, dont l'effet est de restreindre l'alimentation en diminuant l'appétit ;

3° Les cures, type Dancel, fondées sur la réduction des boissons ou sur le régime sec. Elles sont nuisibles chez les arthritiques et les uricémiques puisqu'elles entravent l'élimination des déchets ;

4° Les cures médicamenteuses avec l'iodure de potassium, l'iode, la thyroïdine, etc., qui ne donnent des résultats qu'au prix de risques trop grands pour qu'il soit permis de les faire courir au patient ;

5° Les régimes dits scientifiques, avec calcul de calories, pesées d'aliments, etc. Exacts théoriquement, ils sont trop compliqués pour le praticien et pour le malade.

A ces cinq types de traitement, l'auteur oppose, en se basant sur les modifications des échanges respiratoires chez les obèses, la cure hygiéno-diététique suivante, qui a l'avantage de permettre au sujet de manger à sa faim et de boire à sa soif ;

a) A huit heures du matin, premier déjeuner qui se composera d'un morceau de viande, de poulet ou de jambon froid, d'un petit morceau de pain (15 gr. environ), et d'une tasse de thé léger, très chaud, sans sucre, ni lait.

Aussitôt après ce repas, faire une promenade à pied, d'une demi-heure au moins, mais dont la durée sera toujours limitée par la sensation de fatigue ou d'essoufflement.

b) A onze heures, deuxième repas composé d'un ou deux œufs à la coque, de deux mouillettes de pain, et d'une tasse d'eau chaude teintée avec un peu de thé. Après ce repas, promenade à pied, comme ci-dessus ;

c) A midi et demi, troisième repas composé de viande froide, poulet froid, jambon à discrétion ; une assiettée de salade verte, avec un peu de sel et de jus de citron. Un plat à discrétion de légumes verts cuits à l'eau salée, sans beurre ni jus. Fruits à volonté ; 50 gr. de pain. Comme boisson, une grande tasse d'eau chaude aromatisée avec un peu de thé.

Sortir après la dernière bouchée et faire une promenade d'au moins une demi-heure.

d) A cinq heures et demie, une grande tasse d'eau chaude aromatisée avec un peu de thé.

e) A sept heures et demie, même repas qu'à midi, mais on peut y ajouter, si l'appétit est très vif, du poisson froid, ou un plat de viande chaude, sans sauce.

Le repas de onze heures et le thé de cinq heures ont pour but de modérer l'appétit du sujet.

La cure sera prolongée jusqu'à ce que le malade soit revenu, sinon au poids qu'il devrait avoir pour sa hauteur, au moins à des proportions acceptables. Elle sera interrompue si le sujet éprouve de la fatigue ou de la faiblesse, si la quantité d'urine descend au-dessous de son taux initial, si l'urine se fonce et laisse déposer des sédiments rosaciques.

La cure terminée, supprimer d'abord le repas de onze heures du matin, puis permettre peu à peu des dérogations au régime, en procédant par prudence.

M. de Fleury approuve M. Robin de faire maigrir les obèses tout en les nourrissant. Les cures d'amaigrissement, trop vivement conduites et mal surveillées, en effet, peuvent aboutir au réveil d'une tuberculose qui dormait et qui, désormais, marche rapidement.

En dépit des apparences, l'obésité et la tuberculose sont unies par des liens d'incontestable parenté. Les cures d'amaigrissement rapide peuvent révéler ainsi une tuberculose jusque-là latente. Ces cures rapides ont un autre inconvénient : la récidive fréquente à brève échéance de l'obésité.

— M. Linossier parle, à la *Société médicale des hôpitaux, de l'insuffisance des moyens employés pour soustraire un médicament à la dissolution dans l'estomac.*

Il est des cas où l'on a intérêt, dans un but thérapeutique, à faire pénétrer une substance dans l'intestin, sans la mélanger au contenu stomacal.

Il en est ainsi dans les circonstances suivantes : quand un médicament risque d'être décomposé par le suc gastrique (par exemple, la pancréatine) ; quand un médicament exerce sur l'estomac une action irritante (par exemple, l'iodure de potassium pour certains sujets).

Le procédé usuel pour y arriver consiste à enrober le médicament dans une enveloppe inattaquable par le suc gastrique et facilement soluble dans le suc pancréatique. La kératine, le gluten, la gélatine formolée, ont été plus particulièrement employées pour constituer ces enveloppes.

De telles capsules ont été aussi utilisées pour l'exploration des fonctions pancréatiques. Sahli fait ingérer des capsules de glutoïde (gélatine traitée par le formol) renfermant de l'iodoforme ;

d'autres, des capsules de gluten, renfermant de l'iodure de potassium. L'apparition de l'iode dans l'urine est supposée fournir la preuve que l'enveloppe de la capsule a été dissoute par le suc pancréatique.

Si, en effet, on place de telles capsules dans du suc gastrique, on voit qu'elles y restent inaltérées tandis qu'elles se développent dans la trypsine, et cette expérience semble justifier leur utilisation dans les circonstances sus-indiquées. Mais, si la capsule renferme un sel soluble, tel que l'iodure de potassium, on peut s'apercevoir que le sel s'est diffusé dans le liquide ambiant à travers la paroi intacte, et la précaution de constituer cette paroi avec une substance insoluble dans le suc gastrique a été absolument illusoire.

Au contact de l'eau, la paroi organique de la capsule s'imbibe ; dès que l'inbibition a atteint la face interne, l'iodure se dissout dans l'eau d'inbibition et fuse en dehors de la capsule. Ce passage est rapide et se fait en moins d'une minute.

L'objection, toutefois, n'est valable que s'il s'agit de médicaments solubles, diffusibles par osmose. Des substances insolubles dans l'eau (tel l'iodoforme) peuvent être protégées de l'action du suc gastrique par ce mode capsulaire.

— MM. Debove, Trémolières et Cain rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* sept cas *d'infections paratyphoïdes* qu'ils ont eu l'occasion d'observer en septembre et octobre 1910 à l'hôpital Beaujon.

Quatre de ces infections étaient dues au bacille paratyphique B., une au bacille de Gaertner, et deux à des paratyphiques intermédiaires, soit 4 types bactériologiques différents.

A ces 4 types bactériologiques n'ont pas correspondu 4 types cliniques caractérisés. Des quatre malades infectés par le bacille paratyphique B, trois présentèrent des symptômes analogues à ceux de la fièvre typhoïde, tandis que le quatrième fut atteint de troubles assez particuliers (début brusque, constipation, céphalée, oscillations thermiques accusées, prostration, taches rosées). L'infection due au bacille de Gaertner n'a pas répondu au type observé d'habitude. Son début a été progressif et non brusque. Les selles ont été normales alors que l'infection Gaertnérienne donne d'ordinaire des troubles gastro-intestinaux notables.

En somme, l'étude des observations de cette petite épidémie permet de constater une fois de plus la variété symptomatique des septicémies paratyphoïdes. Les infections dues à des bacilles très voisins et jusqu'aux infections du même type bactériologique peuvent débuter et évoluer de manières différentes.

Les modalités symptomatiques variables de ces septicémies ne diffèrent guère des formes cliniques si nombreuses de la fièvre typhoïde. Les unes et les autres forment un groupe de fièvres d'allure habituellement continue que la clinique permet de dissocier difficilement ; la brusquerie du début, l'abondance des sueurs, l'irrégularité de la courbe thermique peuvent mettre sur la voie du diagnostic ; mais, seules, les recherches de laboratoire en fournissent la certitude. L'hémoculture est le plus sûr moyen de diagnostic. La séro-agglutination peut donner aussi d'utiles renseignements, à condition, comme l'ont montré M. Netter et M. Sacquépée, d'être positive à un taux élevé pour un seul microbe et non pour les autres microbes du même groupe. Enfin, l'ensemencement des urines peut suppléer, au besoin, l'hémoculture.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement des vers intestinaux.

Les vers que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'intestin sont : les oxyures, les ascarides, les tænias et les trichocéphales. Chacun de ces groupes comporte un traitement spécial.

I. Traitement des oxyures.

a. Traitement local.

On agit localement contre les oxyures soit par les lavements médicamenteux, soit par les pommades et les suppositoires.

Les lavements médicamenteux les plus employés sont : les lavements d'eau salée, d'eau sucrée, d'eau glycérinée, ou les infusions de quassia à 20/1000. Les lavements d'eau de chaux, d'assa fœtida à 3 % ou sommités d'absinthe à 10/100 d'eau comportent également des succès. Lorsqu'on emploie les lavements médicamenteux, il est toujours bon de les faire précéder d'un grand lavement évacuateur et de recommander au porteur de vers de garder le plus longtemps possible le lavement oxyuricide.

Parmi les pommades et les suppositoires les plus recommandés, on peut citer : l'onguent mercuriel et les suppositoires avec 0,05 cent. d'onguent napolitain ou 0,10 cent. de calomel.

Le traitement local est utile, mais rien ne vaut la médication par voie buccale.

Les anthelminthiques de choix sont : la santonine et le semen contra. La santonine se prescrit seule ou associée au calomel. Elle *ne doit jamais* être prise à jeun. On la donne à la dose de 0,01 cent. par année d'âge et par jour. On donne le calomel à la dose de 0,05 cent. par jour et par année d'âge. Le traitement doit être fait plusieurs jours.

Le semen-contra se donne à la dose de 1 à 2 gr. La naphtaline est à déconseiller.

Lorsqu'on entreprend la lutte contre les oxyures, il est bon d'empêcher toute contagion possible par les doigts et, pour ce, tenir les ongles coupés courts ou attacher les mains du porteur d'oxyures.

II. Ascarides.

On peut être appelé dans deux cas : ou bien le ver n'a pas produit d'accidents, ou bien il a produit des accidents d'obstruction intestinale.

Dans le premier cas on s'adresse aux trois vermifuges suivants : la santonine que l'on prescrit comme plus haut, seule ou associée au calomel ; le semen-contra que l'on ordonne dans une infusion d'eau bouillante à la dose de 0.50 cent. par année d'âge, ou bien la mousse de Corse : 5 à 10 gr. chez l'enfant, 15 à 30 gr. chez l'adulte, prise avec du lait, ou bien le sirop de mousse de Corse à la dose de 30 à 60 gr.. Il est bon de balayer l'intestin le lendemain avec un purgatif.

Quand il y a des accidents d'obstruction intestinale il est nécessaire de faire précéder le vermifuge d'un purgatif énergique.

III. Tænias.

On ne doit instituer le traitement que lorsque le tænia a un développement suffisant. Un bon traitement comprend : la préparation du malade, la destruction du ver et quelques mesures auxiliaires à prendre pour assurer son expulsion complète :

Traitement préparatoire : Il consiste à donner quelques jours avant l'administration de l'anthelminthique, une alimentation riche en condiments fortement sapides : viandes salées, fumées, harengs marinés, etc.

Toutefois, il est toute une classe de malades dont l'estomac ne saurait s'accommoder d'un tel régime ; dans ce cas, on doit se résoudre à la diète lactée qui n'est qu'un pis-aller, car elle favorise l'absorption des principes actifs des tænicides. La veille au soir du traitement, on administre un lavement de 5 à 600 gr. d'eau de guimauve.

2° *Destruction du parasite* : Trois traitements sont surtout employés : le traitement par *les semences de courge ou de citrouille* ; le traitement par l'extrait éthéré de fougère mâle, et le traitement par l'écorce de grenadier. Pour tous ces traitements, le malade doit toujours garder le lit.

Les *semences de courge ou de citrouille* trouvent leur emploi chez les enfants, les vieillards et les adultes débilités. Elles sont prescrites aussi fraîches que possible, mondées, pilées et réduites en pâte avec du sucre, délayées ensuite dans du lait ou avec un looch d'amandes. La dose est de 50 gr. chez l'enfant de 5 à 10 ans, de 60 à 100 gr. chez l'adulte. Deux heures après, on donne 20 gr. d'huile de ricin chez l'enfant, 30 à 40 gr. chez l'adulte, on obtient alors généralement l'expulsion du ver.

La *fougère mâle* est prescrite sous forme d'extrait éthéré fraîchement préparé, seule ou le plus souvent associée au calomel, suivant la formule :

Extrait éthéré de fougère mâle....	0 gr. 50
Calomel........................	0 gr. 05

Pour une capsule n° 12.

C'est là la dose pour un adulte vigoureux. La femme en effet ne prendra que 10 capsules, l'enfant de 10 à 14 ans, 8, et l'enfant de 5 à 6 ans, 6. Le malade absorbe ces capsules deux par deux à 10 minutes d'intervalle ; trois heures après si le tænia n'est pas rendu, on fait absorber 60 à 100 gr. de sirop d'éther et l'un des purgatifs ci-après :

Eau-de-vie allemande.........	àà suivant l'âge
Sirop de nerprun.............	

ou :

Poudre de scammonée...........	0 gr. 05

par année d'âge, ou un purgatif salin.

Dans ce cas, le purgatif ne doit être pris que 6 heures après l'administration du vermifuge (Boas). On évitera avec soin de donner comme purgatif l'huile de ricin, qui favoriserait l'absorption de l'acide filicique, un des principes les plus toxiques de la fougère mâle. Chez l'enfant qui accepte difficilement les capsules on peut donner l'électuaire suivant :

Extrait éthéré de fougère mâle.	1 à 4 gr.	suivant l'âge.
Calomel.............	0 gr. 05 à 0 gr. 20	
Eau de fleurs d'oranger...	àà 10 gr.	
Sucre en poudre.........		
Gélatine.............	q.s. pour une gelée	

Et trois heures après :

Poudre de scammonée..................	0 gr. 05

par année d'âge.

L'écorce de racine de grenadier s'emploie sous forme de macéré décocté.

On prescrit l'écorce aussi fraîche que possible, concassée ou réduite en poudre à la dose de 0,10 à 0.60 suivant l'âge. On laisse macérer à froid pendant 24 heures dans un litre d'eau. On réduit par évaporation à feu doux à 300 cc. environ. On passe sur une toile ; on sucre avec 30 gr. de sirop d'écorces d'oranges et on administre le liquide en 2 ou 3 fois à 1/4 d'heure d'intervalle. Une heure après, on administre pour expulser le ver et prévenir en même temps les effets toxiques du tænifuge, 10 à 30 gr. d'eau-de-vie allemande ou 10 à 40 gr. d'huile de ricin suivant l'âge.

Pour assurer l'expulsion complète du tænia, il est bon que le malade se présente à la garde-robe sur un vase plein d'eau tiède pour éviter la rupture du ver.

Si par hasard le traitement échouait, il faut attendre trois mois avant de le recommencer.

IV. Tricocéphales.

Pour la destruction des tricocéphales, il faut compter trois jours de traitement.

Pendant ces trois jours, on prend le matin, à jeun, quatre cachets de un gramme de thymol de 3/4 d'heure en 3/4 d'heure. La troisième jour, en même temps que le dernier cachet on prend 0,15 centigr. de calomel (Grasset). Il est bon de prendre en même temps, et ce, chaque jour, deux grands lavements boratés ou boriqués à 10 p.1000. Le régime à observer pendant ces trois jours doit être le régime lacté.

Dr G. Siguret,
de Saint-Nectaire.

THÉRAPEUTIQUE

Avantages thérapeutiques de l'iode albuminique.

Nous voudrions attirer l'attention sur l'observation suivante et sur les conclusions qu'elle comporte, intéressantes pour le praticien.

Marguerite... 11 ans. Avenue de Turenne. Limoges.

Cette enfant très chétive, pesant 24 kilogs présentait de nombreuses hypertrophies ganglionnaires strumeuses. A l'aine gauche on constate plusieurs adénites crurales et de même à la région cervicale postérieure et latérale.

Cette polyadénite existe depuis 2 ans. Elle a résisté à tous les traitements.

Au mois de septembre 1910, nous voyons cette enfant qui revient des bords de la mer, et après un examen approfondi nous constatons l'existence des seules adénites avec une respiration soufflante à l'angle costo-vertébral droit (adénopathie trachéo-bronchique). Nous instituons un traitement reconstituant et iodé. Le sirop iodotannique, le lactophosphate de chaux, l'arsenic, l'iodure, les bains salés, les frictions alcooliques furent tour à tour ou simultanément essayés sans résultat. L'iodure amenait parfois du larmoiement et un peu d'acné.

Des frictions de pommade iodée sur les adénites ne firent pas non plus diminuer la lésion.

Ces divers traitements durèrent jusqu'en février 1911.

A cette époque, nous avons fait prendre à la malade deux, puis trois tablettes d'iodoglidine par 24 heures et pendant 14 jours de suite, chaque tablette étant prise à la fin du repas de midi et du soir.

A la fin de cette période, les adénites inguinales avaient totalement disparu ainsi que les ganglions de la nuque. Les lésions sous-maxillaires avaient diminué mais sans disparaître.

Nous cessons l'iode et donnons l'arsenic pendant 10 jours. Etat stationnaire.

Reprise de l'iodoglidine pendant encore 14 jours. Atténuation très sensible de l'adénopathie.

Enfin, à la suite d'une égale durée de traitement par ce remède, nous avons constaté la disparition *totale* des lésions ganglionnaires (avril 1911). Aucune toxicité, aucune intolérance digestive n'apparurent.

Que signifie cette observation précise, on pourrait dire typique ?

Elle montre les différences thérapeutiques existant au point de vue de l'activité curative entre l'albumine iodée et les autres préparations d'iode utilisées habituellement en pareil cas.

L'iodoglidine, en effet, est un composé organique d'iode et de glidine (protéine *végétale* pure non coagulée et surnutritive). Cette combinaison est stable et lentement dissociable. Certains auteurs, Lauribar, Martin Saint-Laurent, Boruttau, admettent que la stabilité de ce corps chimique est supérieure à celle des substances analogues et qu'il faut expliquer par sa lente émission d'iode, son activité prolongée, l'utilisation physiologique totale du métalloïde et sa non-toxicité. Il existerait, d'après ces auteurs, une action puissante de l'iode ionique exerçant des effets modificateurs supérieurs à ceux des iodures.

Notre observation nous paraît corroborer ces notions nouvelles. Elle démontre en effet que la combinaison organique de l'iode et de l'albumine végétale a seule produit la disparition d'adénites scrofuleuses ayant jusqu'alors résisté à tous les traitements et cependant chaque tablette d'iodoglidine renferme seulement 5 centigr. d'iode. La quantité de principe actif a donc moins d'importance que la façon médicamenteuse de l'utiliser. Au point de vue toxicité et troubles secondaires, notre observation étant isolée n'a pas grande signification. Mais le remède a été bien supporté par l'estomac alors que l'iodure ne l'avait pas toujours été. Il n'y aurait là d'ailleurs rien d'étonnant, car si l'on s'en rapporte aux observateurs déjà nommés, la tolérance locale et générale de l'iodoglidine est nettement admise.

Ce n'est pas d'ailleurs dans l'estomac que ce médicament est dissocié, mais dans l'intestin. Il l'est d'une façon progressive, rendant impossible une irritation de la muqueuse ou l'irruption dans l'organisme d'une quantité trop élevée et toxique d'iode, car l'élimination rénale ne peut être proportionnée à cette absorption massive.

Il n'y a même pas dans l'intestin des formations putrides anormales puisque l'on n'observe pas d'éruptions cutanées, et que suivant Feré, il faut rapporter à des troubles intestinaux les dermites observées avec l'usage des iodures et des bromures.

Enfin, si l'on admet que l'iode absorbé l'est en trop faible quantité pour être toxique, il n'y a là qu'une supériorité pratique puisque son activité curative est nettement supérieure.

Dr E. DEBAT.

HYDROLOGIE

Les appendicites curables par le traitement médical et plus spécialement par la cure hydro-minérale,

Par le Dr MAZERAN (de Châtel-Guyon).

Une pratique de bientôt 14 ans, une statistique de quatre cents cas d'appendicites traités médicalement m'ont permis de tracer des règles à peu près définies sur la façon de se conduire en présence d'une appendicite chronique.

Nombreux sont les cas qui guérissent spontanément ou par un traitement médical rationnel. Dans quel cas convient-il d'espérer la guérison

médicale? tel est le problème que je vais tâcher de résoudre.

Actuellement, *la douleur dans la fosse iliaque* droite, qu'elle soit aiguë, spontanée ou constante, est le critérium appendiculaire. Suivant les dispositions d'esprit du médecin, on dit appendicite ou typhlite. C'est le plus souvent un de ces diagnostics de sentiment guidés uniquement par la crainte de l'accident possible ou la peur d'émouvoir son client. Or ce « modus faciendi » est critiquable, car on peut, à l'heure actuelle, se montrer plus rigoureux pour l'appréciation diagnostique des douleurs de la fosse iliaque droite.

En effet, il y a tout un chapitre clinique qu'il faut bien connaître, c'est celui des *pseudo-appendicites*. Le voici résumé :

J'élimine d'emblée toutes les affections viscérales susceptibles d'en imposer pour une appendicite : j'entends : les cholécystites, les crises néphrétiques, les reins voyageurs, les douleurs pyloriques, les ovarites, etc. Je ne m'occupe que des manifestations intestinales pseudo-appendiculaires.

L'*appendicalgie* si tenace, si fréquente, si désespérante.

L'*adénite péricæcale*, que l'on rencontre si souvent chez l'enfant.

La forme adhérentielle péricæcale de la péritonite sous-hépatique de MM. Tripier et Paviot.

Le cæcum mobile en torsion.

Les tumeurs de la région iléo-cæcale.

La lithiase intestinale dont les décharges uratiques ou phosphatiques déterminent, après la crise, des endolorissements suspects.

La colite muco-membraneuse, dans sa forme de typhlocolite de Dieulafoy, avec zone de contracture.

La typhlite que l'on doit réhabiliter, car son allure fluxionnaire est absolument distincte de l'appendicite vraie.

Toutes ces affections peuvent simuler l'appendicite. Il faut toujours y penser, les dégager du complexus symptomatique. On y arrive par un examen minutieux et une observation attentive.

Reste maintenant les *appendicites chroniques* vraies. Il s'agit de déterminer celles que l'on peut grouper sous le chef de *médicales* et de réunir les autres, les *chirurgicales*.

1° Appendicites médicales. — D'une façon générale, la constatation d'un symptôme intestinal susceptible d'expliquer la réaction appendiculaire en diminue la gravité pronostique. D'autre part, la bénignité de l'appendicite est en raison directe de l'intensité des troubles intestinaux. Donnons quelques exemples.

a) La *constipation*, surtout si la stase est cæcale, entretient l'irritation mécanique, favorise la fermentation microbienne. Par conséquent, si nous la supprimons, nous avons des chances de modifier l'appendicite. Donc constipation, élément de succès.

b) La *fausse diarrhée*. — Symptôme extrêmement fréquent établi par M. Albert Mathieu. A une très grosse importance, car si le constipé banal peut invoquer cette cause comme genèse de son appendicite, le faux diarrhéique ne la soupçonne pas. Or cette paradoxale diarrhée, véritable constipation, entretient la chronicité appendiculaire. Donc deuxième élément de succès.

c) La *dyspepsie intestinale*, qu'elle soit gastro-hépato ou pancréatogène, peut créer, développer, entretenir l'appendicite chronique. La thérapeutique moderne est puissante pour ce genre d'affection. Troisième élément de succès.

d) La *colite muco-membraneuse* donne par propagation de la typhlo-colite et de l'appendicite ; le traitement de cette affection triomphe de localisations morbides. Autre élément de succès, par conséquent.

e) L'*absence de crises à répétition* est un signe avantageux, surtout si le patient n'a, à son actif, qu'une crise initiale.

f) L'*absence de défense musculaire* est encore un élément favorable ; il le sera d'autant plus que la région iliaque droite ne présentera ni empâtement ni tissu adhérentiel.

2° Appendicites chirurgicales. Certains signes paraissent, par leur constance, leur modalité, leur réunion chez le même individu, être des indicateurs de l'intervention chirurgicale.

a) La *douleur*, lorsqu'elle est bien localisée, persistante, exacerbante diurne et nocturne ; lorsqu'elle n'est pas supprimée ou très atténuée par la sangle en tissu souple, plaquant l'intestin et l'immobilisant ; lorsqu'elle oblige le malade à dormir sur le côté droit (signe de Berthomier).

b) Les *petites crises d'occlusion intestinale*, incomplètes et passagères, se produisant à la faveur des spasmes et réactions coliques (A. Mathieu) dont le point de départ est appendiculaire.

c) Le *toucher rectal* douloureux lorsqu'on atteint la zone appendiculaire ;

d) Le *signe de la décompression* de Blumberg.

c) *Les crises fréquentes à répétition* avec douleurs persistantes intercalaires.

f) Le *signe de la sonnette*. La main mobilisant le côlon sigmoïdien (cordon) détermine de la douleur appendiculaire (sonnette).

g) La *fièvre*, bien analysée par M. Faisans ; véritable fébricule du type vespéral, toujours peu intense, caractérisée par un écart anormal de 6 à 10 dixièmes entre la température du matin et celle du soir, s'élevant par la mobilisation intestinale (examen prolongé, heurt, déplacements, etc.).

h) *Amaigrissement.* Signe capital, fatidique. Alors même que tous les symptômes intestinaux ont disparu, si le malade, malgré une alimentation normale, continue à maigrir progressivement, il n'y a pas à hésiter, l'opération s'impose ; sinon on voit le patient entrer dans une phase d'asthénie généralisée et l'on assiste au développement du tableau si vrai, si clinique, qu'a tracé M. Faisans de l'appendicite chronique simulant la tuberculose.

Ce sont là, très schématiquement exposées, les bases d'appréciation me permettant d'imposer l'opération ou de la rejeter.

Sur mes quatre cents malades et si mon enquête a été bien conduite, douze seulement ont été opérés, les autres ont guéri ou patientent, amélio-

rés. Ce résultat, dont je m'énorgueillis pour ma station, me permet les déductions suivantes :

1° L'appendicite chronique est le plus souvent *entérogène* ; elle explique de cette façon les heureux résultats de la cure de Châtel-Guyon.

2° En présence d'une appendicite chronique présentant les caractères de l'appendicite médicale que nous venons de décrire, la cure de Châtel-Guyon s'impose.

3° Les appendicites chroniques à caractères chirurgicaux laissent supposer qu'elles sont *lymphogènes,* à processus intra-pariétal nécrosant, et ne justifient pas, même à titre d'essai, la cure de Châtel-Guyon.

BIBLIOGRAPHIE

Les interventions médicales d'urgence, par G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de Médecine. Paris. Un vol. in-8 écu, cartonné. 6.00.

Si les deux termes de médecine et de chirurgie ne s'excluaient pas l'un l'autre, ce volume aurait dû avoir pour titre : *Manuel de petite chirurgie médicale*. C'est qu'en effet, il est consacré, pour sa plus grande partie, à l'exposé des interventions manuelles que la pratique courante impose actuellement à tous les médecins.

Autrefois, la petite chirurgie du médecin ne consistait guère en autre chose qu'à faire une saignée ou à poser des ventouses ; aujourd'hui elle s'est considérablement développée, car, de plus en plus, l'emploi de la sérothérapie et des injections hypodermiques, sans compter l'exploration diagnostique des cavités séreuses par diverses sortes de ponctions oblige à des interventions quasi opératoires qui se renouvellent presque journellement. Tout praticien doit maintenant savoir faire une ponction lombaire ou une ponction articulaire, tout comme le médecin d'il y a un siècle devait savoir poser un séton ou un cautère.

Les descriptions de la technique de toutes ces petites opérations sont encore éparses dans la littérature médicale et l'auteur a pensé qu'il pouvait être utile de les réunir dans un même volume, ce qui l'a amené à écrire ce manuel. Mais son œuvre serait incomplète et vraiment peu clinique si, à côté de la partie technique, il n'avait consacré une large place à l'étude des indications et des contre-indications de ces diverses interventions. S'il est indispensable de savoir les pratiquer avec habileté, il est encore bien plus nécessaire de connaître les cas où leur emploi s'impose et ceux où il peut constituer une faute.

A propos de chacune d'elles, des questions très importantes de diagnostic clinique et d'indications thérapeutiques se posent, qu'il a *cherché* à élucider le plus simplement possible.

On nous objectera peut-être que dans ce manuel, il n'est question que de méthodes thérapeutiques très simples et parfois même presque banales ; notre réponse sera que, si elles sont telles pour les vieux praticiens, elles sont loin d'être aussi connues des débutants et que, pour tous, il y aura un intérêt majeur à ne les employer qu'à bon escient.

D'autre part, l'enseignement donné aux étudiants laisse trop souvent dans l'ombre l'étude de ces diverses interventions, qui sont pratiquées devant eux dans tous les services d'hôpital, sans beaucoup d'explications. C'est pour combler cette lacune que le professeur Lemoine a publié ces leçons qui, faites pour des élèves, rendront peut-être encore service à bien des praticiens.

La neurasthénie rurale. *Fréquence. Causes sociales et individuelles. Etudes psychologiques et cliniques de la neurasthénie chez le paysan contemporain,* par le Dr Raymond Belbèze. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-16 : 3 fr. 50.

L'auteur de ce livre, qui a étudié la neurasthénie dans le milieu purement rural où il vivait, a tiré des 200 observations qu'il a pu recueillir des conclusions intéressantes, qu'il expose dans un ouvrage fortement documenté.

La névrose lui est apparue, même chez les ruraux primitifs, comme une affection du psychisme supérieur, faisant en quelque sorte *régresser* le neurasthénique. Son extrême fréquence (30 0/0 environ des sujets) serait conditionnée par la détresse économique locale qu'aggrave une intense dépopulation, et beaucoup aussi par la *neurasthéniculture* contemporaine, qu'elle soit familiale, scolaire ou littéraire. L'insuffisance alimentaire actuelle, la consanguinité, et surtout l'intoxication exogène ou endogène ont pour lui la valeur de causes efficientes. *Séméiologiquement parlant, l'aboulie lui est* apparue comme un fait essentiel et même primitif, et la *peur* (surtout la peur de la responsabilité) comme un signe de la *plus haute importance. La* réflexion douloureuse, la *phrontidophilie,* pour employer un néologisme de l'auteur, ainsi que l'exagération des actes aperceptifs seraient aussi des symptômes caractéristiques. Après une étude des neurasthénies féminine et infantile, et des frontières de la névrose, l'auteur pose brièvement de fermes conclusions pronostiques et s'occupe du traitement où il expose ses vues personnelles, que leur originalité et leur importance pour le sociologue, le psychologue et le praticien rural (et même urbain) rendent intéressantes et tout à fait *actuelles.*

Le professeur Rémond (de Metz) présente excellemment cet ouvrage au lecteur.

La défense de l'organisme et le rôle des leucocytes dans les cures thermales, par L. Salignat (de Vichy). *Société de Thérapeutique.*

Annuaire des Eaux minérales. Stations climatiques et Sanatoriums de la France et de l'Etranger, par le Dr Victor Gardette, Médecin consultant à Châtel-Guyon, Directeur de la *Gazette des Eaux.* Prix 1 fr. 50. Maloigne, Editeur.

Technique de stérilisation, par le Dr E. Gérard, professeur de Pharmacie et de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Lille. Deuxième édition augmentée. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-16 cartonné avec 72 fig.: 6 fr.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Ruses d'apaches

Un nouveau truc d'assureurs pour voler un blessé

La hernie de force donne droit à une indemnité de 8 à 25 % ; la hernie de faiblesse n'est point indemnisée ; on juge des efforts que fait l'assureur pour faire croire à l'expert, trop souvent prêt à se laisser convaincre, qu'il s'agit d'une hernie de faiblesse.

En voici un exemple : Un nommé Michel P..... s'était fait une hernie au cours de son travail. La Compagnie prévenue dépêche son agent près du patron auquel il dit : « Il faut « faire acheter de suite un bandage pour her- « nie double, bien qu'il n'y ait qu'une hernie « à droite. Cela coûtera un peu plus cher, mais « ce sera un préventif pour une 2e hernie fu- « ture, et contrairement à ce que l'on répète « tous les jours, nous sommes humains, géné- « reux et pleins d'attentions pour les blessés. »

Le blessé se rend chez le bandagiste et demande, muni d'une lettre de son patron, un bandage double. Etonnement du bandagiste qui ne comprend pas la ruse de la Compagnie, insistance du blessé qui ne comprend pas davantage. On lui remet donc un bandage double qu'il ne porte que quelques jours, heureusement pour lui, comme vous allez le voir.

Le jour de l'expertise arrive ; comme par hasard l'expert est un de ceux qui ont une sympathie toute particulière pour ces pauvres Compagnies ; il veut prouver aussi qu'il s'agit d'une hernie de faiblesse.

Il y a bien un rapport de l'expert commis par le Juge de Paix pour savoir, à propos du 1/2 salaire, s'il s'agissait d'une hernie du travail ; celui-ci, qui a vu le blessé quelques semaines après l'accident, a été obligé de conclure à une hernie du travail. Mais M. l'expert ami de la Compagnie déclare malgré cela qu'il s'agit d'une hernie de faiblesse.

Le blessé mécontent soumet à son médecin le rapport de l'expert. Ce médecin indépendant trouve ce rapport si manifestement inexact qu'il prie la Commission d'examen des blessés instituée par le Syndicat des médecins de la Seine de se réunir pour examiner le blessé.

Il est intéressant ici de mettre en parallèle le rapport de l'expert, et le rapport des cinq médecins de la Commission syndicale :

Pour prouver la hernie de faiblesse l'expert dit :	*La Commission syndicale établit la hernie de force en disant :*
A. Il y a lieu de remarquer que la paroi abdominale de Michel M. présente une faiblesse évidente, il a le ventre tombant.	A. Quand le blessé est debout, il a le ventre un peu proéminent avec un peu d'obésité. *Mais la paroi abdominale paraît munie de muscles résistants*, sans région affaiblie, sans éventration. Quand il est couché, il n'a pas le ventre en besace, ni étalé en grenouille, cette paroi ne semble donc pas être faible, elle ne paraît pas prédisposée à la hernie.
B. En outre lorsque le sujet tousse, le pli inguinal gauche se soulève aussi quoique beaucoup moins vivement que le droit.	B. La toux ne détermine pas de soulèvement du pli inguinale ni à gauche, ni à droite.
C. L'anneau inguinal gauche est manifestement et anormalement élargi, il y a donc pointe de hernie à gauche.	C. Dans l'anneau inguinal gauche, le doigt introduit ne sent pas de propulsion par la toux.
D. La hernie de Michel P..... est donc vraisemblablement une hernie de faiblesse.	D. Les plus grandes probabilités sont donc pour que la hernie se soit produite lors de l'accident avec tous les caractères de la hernie de force.

Or que serait-il arrivé si le blessé avait eu la malencontreuse idée de continuer à porter le bandage herniaire double, que la généreuse Compagnie lui avait si philanthropiquement payé. Ce bandage aurait laissé des traces à droite et à gauche. Alors l'expert ami des assureurs se serait écrié :

« La preuve que Michel M. a bien une hernie « constitutionnelle, et non pas une hernie d'effort, « c'est qu'il s'est présenté à mon expertise por- « teur d'un bandage herniaire double pour her- « nie à droite et à gauche. Il le portait depuis « longtemps, malgré ses dénégations, car ce « bandage avait laissé de profondes empreintes « sur la région inguinale. »

Ajoutons encore que, malgré ce certificat des cinq médecins de la Commission du Syndicat de la Seine concluant à une hernie de force et absolument contraire dans ses constatations et ses conclusions aux constatations et aux conclusions de l'expert ; malgré les conclusions de l'expert du Juge de Paix concluant aussi à une hernie de force ; malgré le certificat d'un médecin d'une grande administration de l'Etat concluant également à une hernie de force ; la-

Cour d'appel de Paris a refusé d'ordonner une contre-expertise et accepté les conclusions contraires d'un seul expert.

Nous conclurons à notre tour que l'expert peut donc malgré l'évidence être favorable aux Compagnies, il sait qu'on refusera toujours une contre-expertise, même et surtout s'il a commis une erreur grossière ou s'il a eu une complaisance coupable en faveur de la Compagnie.

Il ne faut plus, paraît-il, qu'il y ait d'arrêts obligés de reconnaître la faute d'un expert, comme cela a eu lieu plusieurs fois. En 1908, sur 21.405 expertises ordonnées pour l'ensemble du territoire, il y a eu cent contre-expertises, pas même 5 pour mille. Dans tous les autres cas, malgré des certificats émanant d'individualités ou de collectivités médicales indiscutablement honnêtes et compétentes, on a purement et simplement entériné le rapport du seul expert du Tribunal de première instance. Mais alors pourquoi ne pas dire ouvertement : « *En cas d'accident un expert choisi suivant le bon plaisir du Tribunal et désigné par les assureurs fixera seul en dernier ressort et sans appel le taux de l'incapacité du blessé* ». Pourquoi cette parodie de la justice, ce semblant de recours en appel que l'on a l'air d'accorder au blessé, puis que la Cour refuse toujours (sauf 4 fois sur mille) une contre-expertise même lorsque les juges sont en présence du plus contesté des rapports de l'expert le plus illustre par les conséquences funestes de ses plus grotesques erreurs ?

Sans doute, on veut décourager les blessés, sans doute on veut faire comprendre à la commission du Syndicat des médecins de la Seine qu'on fait fi de son opinion scientifique, et qu'il suffira qu'un blessé se présente avec un rapport de cette commission pour qu'il soit toujours débouté. Cette commission du Syndicat de la Seine pouvait gêner ceux des experts parisiens qui monopolisent les expertises non seulement à Paris, mais encore en faisant la tournée au dehors...., quand ils ont le bonheur d'être médecins de famille de magistrats de province.

Ces dénis de justice, s'ils ne portaient les plus graves préjudices à d'honnêtes ouvriers, n'auraient rien pour nous déplaire. Ils nous aideront en effet à démontrer plus facilement la nécessité de la réforme des expertises. Dans le cas particulier, cette affaire est d'autant plus utile, que le procès a été plaidé pour l'ouvrier par Me Chautemps, député. Et si, dans quelques jours, le procès en cour d'assises d'un liquidateur établit que des magistrats ont eu des complaisances fâcheuses pour des liquidateurs dévoués à de gros banquiers, il ne faudra pas être surpris qu'au jour choisi par nous, un débat à la Chambre établisse aussi que des magistrats ont eu trop de complaisance pour des médecins experts à la dévotion des gros assureurs. Ce jour-là, on aura à examiner dans quelles conditions des magistrats font payer deux millions par an à des experts qui, malgré la loi, malgré la jurisprudence, ont touché de gros honoraires, sans jamais fournir leur compte par vacations.... et pour cause.

Déjà la crainte du scandale a diminué le gros pillage des deniers de l'assistance judiciaire, car si nous sommes bien renseignés, trois compères-experts qui, pour expertiser un blessé, avaient suivant l'antique usage, réclamé trois cents francs, se sont vu octroyer cent quatre-vingts francs, somme qu'ils ont empochée sans protester, tout comme de simples médecins marrons qui après avoir, dit-on, réclamé 300 fr., se contentent de 200.

DIVERNERESSE.

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX

Le relèvement des Honoraires

La première réunion de la Commission de 16 membres nommés par le *Comité de Vigilance*, le *Concours Médical*, l'*Association générale* e l'*Union des Syndicats* en vue de satisfaire au desideratas du Congrès de 1910 touchant le relèvement des honoraires médicaux, aura lieu, le vendredi 2 juin 1911 à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à 8 h. 1/2 du soir, au local ordinaire des séances du Comité *de vigilance*.

Dr L. BRESSELLE.
(Le Vésinet.)

Dédié au Dr Bresselle, rapporteur du relèvement des honoraires dans nos Congrès

Nous découpons dans les *Nouvelles Rennaises* du 3 mai 1911 l'entrefilet suivant :

Les médecins de Rennes augmentent leurs prix.

Le Syndicat général des Médecins d'Ille-et-Vilaine nous adresse le communiqué suivant, dont l'intérêt n'échappera pas aux familles :

Les médecins syndiqués de Rennes, réunis au Présidial, le 27 mars dernier, ont décidé à l'unanimité, en présence de l'augmentation générale du prix de la vie à Rennes, que le prix minimum de leurs visites sera dorénavant établi de la façon suivante :

2 francs pour les ouvriers et assimilés
3 francs pour la petite aisance ;
5 francs pour les clients ne rentrant pas dans les précédentes catégories.

Le prix des visites de nuit (de 9 heures du soir à 6 heures du matin) sera triplé.

Le prix des visites demandées le dimanche (sauf pour les maladies en cours), ainsi que celui des visites demandées le soir, de 7 heures à 9 heures, sera doublé.

Hélas, il faisait déjà cher vivre à Rennes, il y fera désormais non moins cher de mourir !

Le 10 mai, 2e artiele :

Nos médecins sur la sellette.

Les médecins de Rennes se déclarent mal payés, mais ils laissent entrevoir aux familles comment se tirer d'affaire.

L'établissement du nouveau tarif des honoraires des médecins à Rennes ne va pas tout seul. Du côté du public il y a étonnement ; mais, chose curieuse, les

protestations partent plutôt du côté des médecins eux-mêmes, lesquels se plaignent en certain nombre de n'avoir pas été consultés.

— La responsabilité de l'initiative revient entièrement au docteur Patay, président de notre syndicat, nous dit l'un d'eux qui désire garder l'anonymat. Je crains qu'il n'ait fait de l'excès de zèle ou qu'il n'ait obéi aux instigations de jeunes médecins vivant difficilement et s'efforçant naturellement par tous les moyens de compenser l'insuffisance de leur clientèle.

— Ce qui me choque, nous déclare un autre, et ce qui a, je le crains, choqué le public plus encore que moi, c'est la sécheresse du considérant invoqué par le syndicat : « Vu l'augmentation générale du prix de la vie... » On dirait d'une maraîchère cherchant un argument pour majorer de deux sous sa botte de carottes. Pourquoi n'avoir pas atténué la chose, en y joignant par exemple l'assurance de la continuation du dévouement du corps médical rennais envers les pauvres, les humbles, dévouement qui a toujours existé parmi nous, et qui, je l'espère pour mes confrères, ne se ralentira pas en raison des difficultés croissantes du remplissage du buffet !

A présent, nous sommes chez le docteur Patay, président du Syndicat. M. Patay sourit dans sa barbe assyrienne. Il est accueillant, explicite, et grâce à lui, nous allons entendre la confession générale des médecins, l'exposé d'une situation qu'après tout, il vaut mieux que le public connaisse, puisqu'on lui demande de payer :

— Je ne sais qui me blâme parmi mes confrères, nous déclare nettement le docteur Patay, mais dites bien que je revendique hautement l'initiative dont d'autres se débarrassent. Connaît-on la situation des médecins dans notre pays ? Elle est déplorable. La nécessité de figurer crée, vis-à-vis le public, vis-à-vis les confrères mêmes, les illusions les plus dangereuses, en ce sens qu'elles contribuent à faire croire que les médecins gagnent beaucoup d'argent et à diriger les jeunes gens vers une carrière où leur venue aggrave encore l'encombrement déjà démesuré. En réalité, écoutez-moi bien : Tout jeune homme qui aborde aujourd'hui la médecine sans avoir quelque chose derrière lui se voue à une fin misérable, j'insiste : mi-sé-ra-ble.

Tenez, nous sommes soixante-quatorze médecins à Rennes. Mettons qu'il y en ait dix qui soient des favorisés ; vingt-cinq qui vivotent. Eh bien ! et les autres ? Je vous citerais parmi nous des besoigneux. Outre ma situation de président du Syndicat, j'exerce celle de président de l'Association des Médecins d'Ille-et-Vilaine. Croiriez-vous qu'il nous arrive sans cesse des demandes de nos membres, et qu'après quarante années d'exercice, beaucoup sont trop heureux de recevoir les 800 francs de pension avec laquelle ils ne mourront pas tout à fait de faim ? Et les veuves ? et les orphelins ? et tel descendant d'un vieux docteur autrefois à la tête de la faculté rennaise qui végète aujourd'hui dans une noire misère à Paris ?....

Du reste, continue le docteur Patay, il est faux de dire que la décision a été prise à l'insu de l'un ou de l'autre. Tous les membres du Syndicat étaient convoqués pour la délibération, et les vingt-six qui étaient présents, ont unanimement signé la communication que vous avez publiée la semaine dernière. Il y en avait des vieux et des jeunes, de ceux qui ont beaucoup de clientèle et de ceux qui s'efforcent de leur mieux pour en conquérir. Vous comprendrez que je ne vous autorise pas à reproduire leurs noms, mais sans indiscrétion, vous pouvez dire que le journal la *Pratique médicale*, dont le directeur est le docteur Ferrand, vient d'en féliciter publiquement notre Syndicat. Autant admettre que tous les médecins sont d'accord.

— Mais, objectons-nous, s'il en est qui transgressent l'engagement syndical ?

— Nous n'avons pas encore de sanctions, nous en aurons peut-être.

— Permettez-vous une autre question très importante ? Comment agiront les médecins pour les maladies longues exigeant des visites fréquentes ? Est-ce qu'ils ne continueront pas à établir une sorte de forfait, comme par le passé ?

—Le forfait ! s'exclame le docteur Patay, mais c'est l'absurdité même ! La maladie sera décomptée d'après le nombre des visites et suivant le tarif désormais en vigueur : 2 francs pour les ouvriers, 3 francs pour la petite aisance, 5 francs pour la bourgeoisie. Si la maladie dure quarante jours et qu'il y ait cinquante visites, ce sera 100, 150 ou 250 francs.

— Ne craignez-vous pas, hasardons-nous, que les familles, qui jusqu'à présent n'osaient pas demander au médecin de restreindre ses visites, ne s'y décident en raison de la dépense ?

— Oh ! les familles payant bien n'ont jamais hésité à prévenir poliment le médecin « qu'on le rappellerait en cas de besoin », lorsqu'elles ont estimé que les visites avaient tendance à se multiplier. Il n'y a à rester indifférentes que celles qui sont assurées à une société de secours payant pour elles, ou... les mauvais payeurs.

Tel est l'exposé vraiment suggestif des raisons des médecins exprimées par leur porte-parole le plus autorisé. Si on l'a bien suivi, il en résulte un enseignement pratique dont les familles peuvent faire leur profit ; à savoir que les médecins acceptent — ou accepteront désormais volontiers — qu'elles limitent elles-mêmes le nombre des visites. La délicatesse dont on faisait preuve à cet égard dans beaucoup de maisons est considérée comme superfétatoire par le corps médical rennais désormais résolu à travailler aux pièces et à n'exiger rien de plus.

Las ! où est le bon temps où les médecins ne prenaient pas plus de trente sous pour nous envoyer en terre et suivaient, par-dessus le marché notre enterrement ?

Jean de l'Hermine.

Nous félicitons le Dr Patay des paroles courageuses et énergiques qu'il a prononcées. Il réclame toute la responsabilité de son geste et déclare carrément que c'est lui qui s'est mis à la tête du mouvement syndical à Rennes, pour le relèvement des honoraires médicaux.

Nous voyons trop souvent, hélas ! des confrères trembler devant le public et ne pas oser avouer leurs votes syndicaux, pour ne pas nous écrier : « Très bien, confrère Patay. Vous êtes un des rares à avoir le courage de vos opinions ! Avec un président tel que vous, le Syndicat de Rennes fera sûrement de la bonne besogne. Car vous ne vous confinez pas aux vagues discours. Vous agissez, c'est préférable. Combien de syndicats médicaux, pavés de bonnes intentions, ne feraient-ils pas mieux de vous imiter, plutôt que de remettre au lendemain le geste énergique de l'action et de la marche en avant. Ah ! si les syndicats voulaient.... »

P..B.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Une circulaire médicale de M. le Ministre de l'Intérieur.

M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, vient d'adresser à tous les maires de France, par l'intermédiaire de ses préfets, une circulaire assez singulière.

Ce document commence par un exposé succinct des symptômes et de l'évolution des *teignes*. M. Monis explique aux maires qu'il y a plusieurs espèces de teignes, et comment ils pourront les reconnaître ; c'est ainsi que la teigne faveuse », favus, est « caractérisée par des croûtes sordides » Comme tout cela se passe en dehors du corps médical, il fallait bien, n'est-ce pas, donner aux maires la clef du diagnostic des teignes. Mais, direz-vous, comment reconnaît-on que des croûtes sont « sordides », ou ne le sont pas ? Ceci sera, je pense, l'objet d'une prochaine circulaire.

Ensuite, M. le Ministre fait savoir aux maires que le meilleur traitement de la teigne est, actuellement, la radiothérapie, qui abrège considérablement la durée de cette maladie. Comme cela n'est guère l'usage de voir nos ministres informer officiellement les maires des progrès de la médecine ou de la chirurgie, on se demande où il veut en venir.

Eh bien ! voici l'explication. M. le Ministre expose aux maires l'argumentation suivante, en trois points :

Premier point : le traitement radiothérapique des teignes est pratiqué à Saint-Louis à la perfection. « Des milliers d'enfants ont été guéris sans aucun accident ». D'ailleurs, ce service est « outillé de telle façon ! ».

Deuxième point : en province on ne peut pas faire aussi bien, car on n'est ni assez riche, ni assez habile. De tels services sont malaisés à organiser ; il leur faut, pour être efficaces, des appareils *coûteux* et un personnel ayant reçu une éducation professionnelle *spéciale*. L'application des procédés soulève en effet des difficultés techniques assez *délicates*... Ce n'est donc qu'avec *circonspection* que ces services peuvent être institués dans un établissement hospitalier ». Et que les maires sachent bien à quoi ils s'exposeraient, en s'adressant ailleurs qu'à Saint-Louis ! car si « bien employé, le traitement est inoffensif... ; entre des *mains inhabiles*, il peut donner lieu à des brûlures graves, à des cicatrices définitives susceptibles d'engager des *responsabilités judiciaires* ».

Troisième point, ou conclusion : MM. les maires, envoyez toutes les teignes à Paris, à l'hôpital Saint-Louis, où on leur réserve un service de 100 lits, ce sera « une mesure conforme aux intérêts de ces malheureux enfants » et vous ferez en même temps une sage opération financière », car on vous fera les prix les plus justes. C'est un conseil pressant, dans la forme ; mais, entre les lignes, on lit un ordre véritable. Cela est si vrai que la Préfecture, transmettant la circulaire aux maires, l'a fait suivre de la note suivante fort claire : « Dans le cas où, parmi les enfants de votre commune, il se produirait des cas de teigne, je vous serais obligé de vouloir bien *m'en informer de suite*, en vue des mesures à prendre pour faire bénéficier ces enfants *du nouveau service organisé*.»

Voilà le résumé et l'analyse de cette circulaire, qui, ainsi que vous avez pu en juger, est tout aussi remarquable par le *principe* qu'elle inaugure, que par la manière dont ce principe est appliqué à l'*espèce* « teigne ».

Le Ministre fait un parallèle mélodramatique entre le teigneux parisien, qui guérit en quelques semaines à l'école Lailler, et le pauvre teigneux provincial. « L'enfant teigneux, dit-il, *traîne misérablement* son mal durant de longues années, *il s'étiole dans son pauvre logis*, ou dans un quartier d'hôpital, ou même *il rôde le long des chemins*, sans protection et sans soins, etc.... ». Dans certains hôpitaux de province, il y a bien, dit-il, un quartier de teigneux ; mais « les enfants y restent des années, presque partout *insuffisamment traités* ; ils en sortent à l'âge d'homme, *sans instruction et sans métier, souvent même non guéris* ».

Voilà bien l'inconvénient de discourir sur des questions que l'on ne connaît pas ! M. Monis proclame le « péril teigneux » quand il a disparu depuis longtemps. S'il avait pris des informations, il saurait que dans toutes les grandes villes éparpillées sur le territoire de la France on pratique depuis des années le traitement radiothérapique des teignes tout comme à Saint-Louis, avec d'aussi bons résultats, sans plus d'accidents, et pour un prix de journée encore moins élevé. Avant d'écrire aux maires du département du Rhône, par exemple, qu'ils devaient envoyer d'urgence leurs teigneux à Paris (pratique peu économique, puisque le prix de journée est plus élevé à Paris qu'à Lyon, sans compter les frais de voyage), il eût été de son devoir de s'enquérir de ce qui se fait actuellement, et il aurait appris que ces enfants vont à l'Antiquaille, où nous les traitons tous par la radiothérapie, tout aussi bien qu'à Saint-Louis.

Je n'en tire aucune vanité, d'ailleurs ; car, contrairement à ce que croit le Ministre, cette méthode est à la portée de toutes les intelligences. Je me demande à quoi il fait allusion quand il signale « des difficultés techniques assez délicates ». En réalité, c'est si simple que c'est véritablement un travail de manœuvre, et à Saint-Louis comme ailleurs, ce sont les infirmières qui l'appliquent.

Il me reste à souligner la délicatesse avec laquelle le Ministre met en garde les maires contre les radiothérapeutes provinciaux auxquels ils pourraient avoir l'idée de recourir, en leur faisant entrevoir « des brûlures graves, des cicatrices définitives susceptibles d'engager des responsabilités judiciaires ». Là encore, il tombe mal. Les seuls accidents sérieux produits par la radiothérapie des teignes que j'ai observés provenaient précisément de ce fameux service de Saint-Louis !

Mais ce qui est le plus intéressant dans cette circulaire, c'est le *principe* qu'elle inaugure.

Enhardi par le succès de la délimitation des provinces viticoles, on commence à réglementer

les attributions des centres médicaux. Voilà une idée neuve à laquelle nos ministres antérieurs n'avaient pas songé. Désormais, une série de circulaires ministérielles apprendront aux citoyens français dans quelle ville et par qui doit être soignée chaque maladie. Bientôt, sans doute, on informera les maires qu'il y a à X.., un monsieur Y... qui a un excellent procédé pour opérer les hernies, et on les priera de signaler d'urgence au préfet tous les hernieux de leur commune, afin qu'il organise la caravane qui les y conduira. Et le Ministre fera, à cette occasion, une petite dissertation sur les diverses variétés de hernies, les indications comparées du bandage et de l'opération, etc.

On ne peut moins faire que de songer à ces communiqués pseudo-scientifiques, destinés aux profanes, et qui se terminent par une réclame pour la clinique X, ou l'institut Z.

Qu'y a-t-il donc, au fond de tout cela ? Le masque de l'intérêt général ne cache qu'une petite question d'intérêt personnel. Le service des teigneux (école Lailler) est réduit au quart de ce qu'il était, grâce précisément à la radiothérapie ; son titulaire voudrait bien qu'on le lui remplisse avec les teigneux de province, faute de teigneux parisiens.

L.-M. Bonnet.

(*Lyon médical.*)

Chronique de la défense professionnelle

Pléthore et limitation.

La question de la limitation continue à être discutée avec un intérêt passionné par les médecins isolés comme par les groupements médicaux.

Je n'ai pas voulu jusqu'à présent insister sur les arguments qui militent en faveur de l'adoption de cette mesure et n'ai pour ainsi dire rien écrit sur cette question depuis mon rapport au Congrès des praticiens, mais j'ai suivi avec une grande curiosité, on le comprendra, tout ce qui était publié, soit dans un sens favorable, soit dans un sens défavorable à la limitation.

Une chose tout d'abord m'a fait un grand plaisir, c'est que cette question n'a laissé personne indifférent.

J'ai pu également me rendre compte que le nombre des confrères adversaires résolus au début qui avaient tout d'abord été surpris par cette proposition, avait considérablement diminué.

Et j'ai encore fait une autre constatation, c'est que les adversaires de la limitation après des articles, des rapports ou même simplement des conversations confraternelles au cours desquelles ils s'y étaient déclarés nettement opposés, concluaient avec un ensemble tout à fait remarquable qu'il fallait cependant éviter la pléthore, néfaste aux intérêts des médecins comme aux intérêts des malades, par quelque moyen.

Les uns ont préconisé des examens plus difficiles, les autres des jurys d'examen non composés de professeurs.

D'autres demandèrent une augmentation des années d'études, ou des mesures pour diminuer le nombre formidable des étrangers.

D'autres encore décidèrent d'agir auprès des pouvoirs publics pour leur signaler les conséquences désastreuses de l'autorisation d'entreprendre les études médicales accordées aux porteurs du baccalauréat ès sciences-langues vivantes, et de demander le retrait d'un arrêté regrettable créé au profit des Facultés des sciences comme l'a déjà été l'institution du P. C. N. Somme toute et à l'envi chacun des adversaires de la limitation apporte sa contribution et préconise un moyen qui, plus ou moins efficace, doit servir la cause même de la limitation.

Nous sommes de ceux qui n'accordent aux mots qu'une importance bien relative. Proposer un remède à la pléthore, augmenter la difficulté des examens, élever le niveau des études, c'est en somme essayer par quelque moyen de diminuer le nombre, tout en élevant le niveau.

C'est donc chercher à limiter le nombre exagéré des étudiants qui encombrent à l'heure actuelle nos Facultés. C'est tenter de réaliser effectivement une limitation.

Partisans et adversaires sont donc en quelque manière et virtuellement d'accord sur le principe et, après l'essai de diverses solutions insuffisantes proposées, on en arrivera peu à peu à chercher et à trouver des moyens plus efficaces et dans l'intérêt de tous la solution définitive finira par être envisagée et adoptée.

Dans cet ordre d'idées il convient de retenir une conception des plus remarquables exposée dans les colonnes mêmes du *Concours* par M. le Dr Noir et qui consisterait à exiger de tout étudiant en médecine une certaine période d'internat obligatoire dans un hôpital avant son installation définitive. Toute idée de limitation étant même mise à part le projet ne peut que séduire profondément.

Ceux qui, stagiaires dans le service surchargé d'un professeur de clinique jouissant de quelque notoriété, n'ont presque jamais pu examiner ni ausculter les malades ; ceux pour lesquels les cours théoriques de la Faculté et les livres ont été les principaux moyens d'instruction médicale se rallieront sans réserves à l'idée d'une mesure bien facile à appliquer en raison des ressources considérables qu'offrent les hôpitaux de province à ce point de vue.

Le stage, tel qu'il est organisé, est en effet à ce point de vue insuffisant eu égard au but qu'on s'est proposé d'atteindre en l'instituant, si bien que les simples fonctions de bénévole dans un service non encombré pendant les périodes où le stage n'est pas obligatoire ont donné pour l'éducation de beaucoup d'entre nous des résultats incomparablement supérieurs.

J'en appelle à tous ceux qui ont été successivement bénévoles et stagiaires.

Les fonctions de bénévole dans un service non encombré, même tout au début des études, même à cette période où l'étudiant ne peut pas, comme plus tard, tirer parti de l'enseignement au lit du malade ont été pour leur instruction singulièrement plus fécondes en résultats que les fonctions obligatoires de stagiaire et ceci est l'évidence même. Il ne fautpas qu'un jeune médecin puisse s'installer sans avoir eu la responsabilité effective de malades à lui confiés dans un service hospitalier il ne faut pas que l'enseignement technique se borne, comme dans une vaine et stérile manipulation de laboratoire, à regarder agir le maître.

Au reste, et cela était à prévoir d'avance, toutes les fois qu'on envisage les questions d'enseignement il se trouve que l'effort produit agit dans un sens qui, s'il n'est pas absolument convergent, est tout au moins très parallèle.

Désirer voir l'enseignement mieux organisé, institué d'une façon plus pratique, souhaiter voir s'élever le niveau scientifique et l'éducation technique du médecin, organiser l'enseignement clinique d'une façon effective, cela est bien vraiment de la sélection et de la limitation et les efforts de tous ceux qui se sont attachés à la question tendent, dans la réalité des choses, au même but.

D[r] Ch. TOURTOURAT.

Réforme de l'Enseignement Médical

Encombrement des grandes Facultés.

Le 10 mai 1911,

Monsieur le Rédacteur en chef,

Au nom du bureau de l'Association du Personnel enseignant des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de France, je vous remets ci-joint, le compte rendu de notre première Assemblée générale : la question des Ecoles de médecine de province étant une de celles qui touche autant à l'intérêt général et à l'opinion publique qu'au développement de la Science médicale française, je vous serais reconnaissant de vouloir bien nous accorder la faveur d'insérer, dans votre estimable journal, le communiqué ci-joint.

En vous priant d'accepter les remerciements de notre Association, je vous adresse, Monsieur le Rédacteur en chef, mes salutations distinguées,

H. BOTTU,
Secrétaire de l'Association du Personnel enseignant des Ecoles mixtes de Médecine et de Pharmacie de France.
Professeur à l'Ecole de Médecine de Reims.

Congrès de l'Association des Professeurs des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de France.

L'Association des Professeurs des Ecoles de médecine et de pharmacie de France a tenu sa première assemblée, le 1er mai, dans l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

Elle a pris acte de l'importante manifestation de l'Académie de Médecine (séance du 28 mars) à la suite de la communication de M. le professeur Motais, d'Angers, sur « *les Ecoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie ; importance de leur rôle dans l'enseignement médical.* »

Messieurs les professeurs Labbé, Guyon, Blanchard, Gariel, Pouchet, Bureau, s'appuyant eux-mêmes sur les opinions publiquement exprimées des professeurs Tillaux, Lancereaux, Troisier, Gautier et du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, professeur Landouzy, ont présenté les déclarations suivantes :

L'encombrement de la *Faculté* de médecine de Paris ne permet pas aux débutants un accès suffisant aux cliniques, aux laboratoires, à l'amphithéâtre ; il en résulte que les notions élémentaires, base de tout enseignement médical sérieux, y sont imparfaitement acquises.

Les *Ecoles* de médecine et pharmacie sont, au contraire, parfaitement organisées pour cet enseignement élémentaire. Il est donc « d'un immense avantage pour nos fils (P[r] Landouzy) de faire en Province leurs premières années d'études médicales ».

Dans l'intérêt de l'enseignement des sciences médicales, il est de la plus haute importance que ces faits si énergiquement affirmés par l'Académie de médecine soient portés à la connaissance des familles et des futurs étudiants.

L'Association a, en outre, discuté divers rapports concernant les études médicales et pharmaceutiques dans les Ecoles de médecine et pharmacie. Les conclusions votées ont été immédiatement présentées au Ministre de l'instruction publique par une délégation de l'Association.

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Comité départemental des Alpes-Maritimes (Cannes).

Omne tulit punctum qui miscuit utile dulci, a dit un sage. Rarement, je crois, le Syndicat médical de Cannes avait apprécié ce double bonheur, comme en cette soirée du 9 mars 1911, où il recevait les D[rs] Maurat et Boudin, venus de Paris lui apporter au nom du *Concours médical*, de précieux enseignements sur les œuvres d'organisation et de défense professionnelles, et l'appoint de leur grande expérience en la matière.

Le banquet organisé pour la circonstance au Casino municipal, en fête lui aussi, réunissait dans un cadre particulièrement propice d'intérêt et de gaieté de nombreux confrères, d'ailleurs (et malheureusement) en majorité syndiqués et déjà convertis.

Les D[rs] Gruzu et Morel, vice-président et secrétaire de leur groupement, représentaient le Syndicat de Nice, heureux témoignage d'une entente cordiale du meilleur augure. Maître Caïs, notre avocat-conseil, avait bien voulu répondre, lui aussi, à notre invitation. Quant au corps médical cannois, il était brillamment représenté par

les Drs Oudaille, président du Syndicat, Lisnard, Abadie, Chuquet, Vernet, Revillet, Pascault, Pascal, Lœw, Bernard, Dubar, Bories, Barozzi, Lhuillier, Cavasse, Roques,Fournier, Duponnois, Laurent, Guizol, Christine, Bayle, Laferrère, Marini, Legagneur. S'étaient excusés de ne pouvoir venir: les Drs M. Bernard, Fanton, Bossuet, Combet, Galippe, Malet.

La plus aimable confraternité illustra ce festin mémorable, et la succulence du menu comme la qualité des vins aidant, une franche et joyeuse cordialité ne cessa de régner.

L'heure des toasts et des discours arriva donc bien vite, et le Dr Oudaille ouvrit le feu par une de ces allocutions familières et touchantes où transpara t toute l'ardeur de son dévouement à la bonne cause de l'*optima medicorum concordia.*

Le Dr Mîaurat, élève et ami d'Auguste Cézilly, exprima en quelques mots l'émotion qu'il éprouvait à l'évocation, par notre président, de la grande figure du fondateur du *Concours,* puis il passa la parole au Dr Boudin.

Celui-ci trouva moyen de bannir l'aridité et l'ennui qui semblent pourtant bien inséparables d'un pareil sujet en exposant le but, l'organisation, le fonctionnement des diverses œuvres issues du *Concours* et qui s'offrent à tout praticien prévoyant, soucieux d'éviter les coups du sort... et ceux aussi, pas précisément rares, des clients malveillants.

Une ample moisson d'adhésions au « Sou » lui prouva, mieux encore que les applaudissements dont fut coupé son discours, combien son éloquence avait été persuasive.

Maître Caïs, à son tour, tint à exprimer la satisfaction qu'il éprouvait à se trouver au milieu de médecins, qu'il s'imaginait volontiers gens sévères et un peu moroses ; c'est avec la meilleure grâce du monde qu'il confessa son erreur.

Moult bonnes résolutions ainsi prises, et moult preuves de bonne volonté données déjà, pour mieux assurer encore que toute cette belle ardeur ne serait pas un simple feu de paille ; il fut immédiatement procédé à la constitution d'un comité de propagande du *Concours* et de ses filiales pour la région ; les noms des Drs Oudaille, du Cannet ; Bossuet, de Grasse ; Combet, de Juan-les-Pins ; Fournier, de Cannes, Legagneur, de Cannes, furent adoptés à l'unanimité.

Quelque tristesse nous venait à la fin de cette soirée, en pensant à tous ceux d'entre nous qui n'étaient pas là , à ceux surtout qui auraient pu retirer quelques précieux fruits du spectacle de cette si consolante cordialité confraternelle, ou d'une connaissance plus approfondie de toutes ces œuvres si nécessaires, mais souvent trop ignorées encore. Cependant, malgré tous ceux qu'une molle indifférence ou un étroit individualisme retiennent loin de nous, c'est avec plus de joyeuse confiance et de plus vastes espoirs que nous envisageons l'avenir, cet avenir que nous voulons espérer proche, et il le sera dans la mesure où nous y travaillerons, où ne sera plus un beau rêve, mais une réalité plus belle encore, l' *optima medicorum concordia.*

Dr H. Legagneur.

Nous sommes heureux de reproduire le discours prononcé par notre vaillant confrère, le Dr Oudaille, du Cannet, président du Syndicat de Cannes et de la Fédération de Provence.

« Messieurs,

« Mes chers Confrères,

« Il y a aujourd'hui 25 ans, presque jour pour jour, un jeune médecin, nouvellement installé dans une petite ville de province, voyait entrer dans son cabinet un homme parvenu déjà à la maturité, et à qui sa parole brève, son geste précis, aussi bien que sa redingote hermétiquement boutonnée donnaient un certain air de raideur militaire.

« Docteur, dit le visiteur, en se présentant, je ne suis pas le client que vous espériez et que je vous souhaite ; je ne suis qu'un confrère en quête de renseignements.

« Voici : J'ai fondé il y a quelques années déjà, un journal destiné à la défense des intérêts de notre profession et, désirant actuellement changer d'éditeur, j'ai pensé à m'adresser à celui de votre localité ... »

« Et la conversation s'engagea, assez froide tout d'abord ; puis s'animant peu à peu sous l'aiguillon des questions posées, le confrère journaliste entra dans de longs détails sur l'œuvre qu'il avait entreprise, et exposa ses rêves d'avenir : grouper en une société d'étude les praticiens de France jusqu'alors isolés et inconnus les uns aux autres ; les inciter à la recherche de leurs intérêts communs ; établir enfin entre eux de solides liens de confraternité ; tel était ce vaste et généreux programme, déjà en bonne voie de réalisation.

« Je ne vous étonnerai pas, Messieurs, en vous disant que cet étrange confrère, étrange comme tous les précurseurs, fut écouté avec tous les égards, avec toute la respectueuse déférence dus à sa foi d'apôtre, ...mais qu'aussitôt qu'il eut refermé derrière lui la porte de son cabinet, son interlocuteur s'empressa — avec cette belle présomption qui est l'apanage de la jeunesse — de le traiter d'utopiste !

« Or, Messieurs, ce journal aux ambitions si hautes et aux débuts si modestes s'appelait le *Concours médical* qui groupe aujourd'hui plus de 7.000 praticiens, et le Monsieur à la tournure d'officier n'était autre que le docteur Auguste Cézilly, dont le nom n'est ignoré à cette heure d'aucun des membres de notre grande famille médicale.

« Permettez-moi, mes chers confrères, de saluer en passant, la mémoire de ce grand homme de bien et de lui adresser l'hommage ému de la reconnaissance du corps médical tout entier.

« C'est pour moi, croyez-le bien, une grande satisfaction de pouvoir, dans une occasion comme celle qui nous réunit ce soir, accorder ce tribut d'admiration et de gratitude à celui qui, par la suite, voulut bien m'honorer de son amitié ; mais je considère surtout que, ce faisant, j'obéis à un impérieux devoir, que j'acquitte une véritable dette et comme une sorte de réparation, en confessant publiquement quelle fut mon erreur alors en refusant d'ouvrir les yeux à la lumière d'une vérité que je ne mis ensuite pas moins de dix années à *redécouvrir.*

« Car vous avez compris, n'est-ce pas, que le jeune inconsidéré de 1886 et le fervent syndicaliste aux cheveux blanchis qui a l'honneur de vous haranguer en ce moment ne sont qu'un seul et même personnage !

« Vous me permettrez, toutefois, d'invoquer des circonstances atténuantes : la faute en est bien un peu aussi aux mœurs médicales et à l'enseignement que nous distribuait, à l'époque, l'*alma mater* où les principes de déontologie et les questions d'intérêt professionnels n'avaient nulle place. Il n'en va plus

de même aujourd'hui ; l'arbre planté par Cézilly a grandi, poussant de vigoureux rameaux que vous connaissez et qui se nomment les Syndicats médicaux, l'Union des Syndicats médicaux de France et toutes les filiales du *Concours*,

« De plus, en père prévoyant et avisé, le fondateur n'a pas permis quo son œuvre pérît avec lui ; il a su s'entourer de collaborateurs judicieusement choisis qu'il a pour ainsi dire imprégnés de sa pensée, à qui il a insufflé la conviction et le zèle tout apostolique qui l'animait lui-même, en sorte que, loin de s'étioler, l'arbre a continué de prospérer, a poussé des branches nouvelles où tous les oiseaux de notre ciel médical peuvent trouver asile et protection.

« Ce sont deux de ses continuateurs qui nous ont fait l'honneur de venir s'asseoir ce soir, à notre table, le docteur Maurat, un ouvrier de la première heure, et notre confrère Boudin, qui cherche à se faire pardonner de n'être pas plus ancien dans le bâtiment en déployant dans ses fonctions de secrétaire général une ardeur et un dévouement que certains d'entre nous ont déjà pu apprécier.

« Messieurs, je n'ai pas à vous recommander nos deux conférenciers ; ils s'imposent d'eux-mêmes à notre bienveillante attention, tant par l'intérêt qui s'attache aux questions qu'ils traitent, que par la conviction qu'ils savent faire passer dans leurs discours.

« Avant, toutefois, de les prier de prendre la parole laissez-moi, mes chers Confrères, vous exprimer mes sincères remerciements à vous tous qui êtes venus, ce soir, vous grouper autour du Syndicat des médecins de Cannes, en une si belle manifestation de confraternité. Certes, tous ne sont pas là de ceux que nous aimerions voir se joindre à nous ; c'est le cas de le répéter, que les absents ont toujours tort — j'entends par là qu'ils ont tort d'être absents.

« Quant à vous, mes chers confrères, c'est, je ne saurais le proclamer trop haut, votre honneur et votre très grand mérite d'avoir, sous le poids des graves préoccupations qui, de plus en plus, s'imposent à l'attention du monde médical, compris que seule l'union cordiale nous permettrait de triompher un jour des difficultés qui se dressent à chaque instant devant nous.

« On dit, et on répète trop volontiers que les médecins ne savent pas s'unir. C'est là, Messieurs, un bruit que font courir ceux qui ont intérêt à nous voir divisés — car, des ennemis, comment n'en aurions-nous pas, nous faisons tant d'obligés !

« Eh bien ! mes chers confrères, contre cette assertion tendancieuse, c'est surtout, c'est uniquement, par des actes que nous devons nous inscrire en faux !

« Supposez — ce qu'à Dieu ne plaise — qu'un des terribles fléaux qui sèment en ce moment la mort aux portes de l'Europe vienne à fondre quelque jour sur notre cité : dites-moi, est-ce qu'il ne trouverait pas chacun de nous à son poste ? Est-ce que, dans un magnifique élan d'unanimité nous ne saurions pas opposer à l'ennemi le bloc compact de nos dévouements ?

« Pourquoi donc, mes chers confrères, si nous sommes capables de serrer ainsi nos rangs quand il s'agit d'accomplir notre devoir ; pourquoi ne saurions-nous pas également nous donner la main pour la défense commune de nos intérêts et la légitime revendication de nos droits ?

« C'est là tout le rôle de l'association syndicale ; et pour qui veut se donner la peine d'étudier sous toutes ses faces son action, encore hésitante, parfois, et pas toujours, jusqu'ici suffisamment définie, il ne tarde pas à se convaincre que l'étude des seuls intérêts matériels ne suffit pas à épuiser cette action et qu'elle sait tout aussi bien s'élever et prendre en main, quand il le faut, la défense de cette dignité et de cette indépendance qui resteront toujours, quoi qu'on fasse, les précieux apanages de notre belle profession.

« Je m'arrête, Messieurs, non que j'aie épuisé un sujet qui me tient particulièrement à cœur ; mais les coupes sont pleines et vous devez trouver que le moment est venu du *nunc bibendum*.

« En votre nom à tous, au nom du Syndicat des Médecins de Cannes, au nom de la Fédération des Syndicats Médicaux de Provence que j'ai l'honneur de représenter ici, je lève mon verre à tous nos invités : à nos confrères du *Concours Médical* et à la prospérité de leurs nombreuses et belles œuvres ; à nos collègues Messieurs Gruzu, vice-président, et Morel, secrétaire général du Syndicat des Médecins de Nice, qui, pour se conformer à une récente et aimable coutume, dont nous ne saurions trop nous applaudir, viennent cimenter, à notre banquet Syndical de chaque année, une entente cordiale à laquelle nous attachons le plus grand prix.

« Je bois aussi à notre sympathique avocat-conseil, Me Caïs, en lui exprimant l'espoir que nous n'aurons pas trop souvent à mettre à contribution sa science juridique et ses conseils éclairés.

« Enfin, Messieurs, et c'est mon dernier souhait, mon souhait le plus cher : *ad optimam medicorum concordiam*.

CORRESPONDANCE

Congrès médicaux et Congrès mixtes.

Dimanche 14 mai.

Mon cher Confrère,

La note publiée par Diverneresse dans le dernier numéro du *Concours*, au sujet du *Congrès de l'Association pour l'hygiène et la sécurité des travailleurs*, me paraît exiger une réponse.

Je ne voudrais pas ouvrir dans le *Concours* une polémique sur l'utilité qu'ont eue les Congrès des Praticiens, le dernier aussi bien que les précédents. Notre ami Diverneresse est un de vos collaborateurs réguliers, il est membre du Comité de Direction du journal, il aurait tout naturellement le dernier mot, et l'expérience que j'ai acquise des discussions dans la presse m'a appris que c'est toujours le dernier qui parle qui semble avoir raison.

Diverneresse déclare que le dernier Congrès a coûté 12.000 francs et n'a eu que des résultats médiocres, qu'il n'a pas fait avancer d'un pas la solution des questions médico-sociales qui nous préoccupent. D'autres médecins pensent que les Congrès ont été profondément utiles au corps médical par le mouvement d'opinion qu'ils ont provoqué, les études et les grandes discussions collectives dont ils ont été l'origine.

Entre ces deux manières de voir, impossible de démontrer quelle est la meilleure. L'une est partagée par les praticiens qui ont organisé le Congrès, l'autre est celle de Diverneresse, dont le sentiment à l'égard des Congrès des Praticiens et du Comité de Vigilance s'est exprimé à de nombreuses reprises et sans ambages.

Mais je tiens à constater que la première semble acceptée par la grande majorité des syndicalistes, si l'on en juge par les décisions prises à la dernière Assemblée générale de l'Union. *Les Con-*

grès des Praticiens seront organisés à l'avenir par celle-ci et leur existence est assurée. Et je suis convaincu que les Congrès futurs auront le même éclat et la même importance que les premiers.

Nous jugeons fort bon d'aller parler de nos affaires dans des Congrès organisés par des hommes qui ne sont pas médecins, mais nous jugeons également excellent de parler de nos affaires entre nous, dans de grandes Assemblées où seront convoqués tous les médecins français.

Croyez, mon cher confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Dr LEREDDE.

N. D. L. R. — Le Conseil de Direction *tout entier* fait siennes les opinions exprimées par Leredde à la fin de sa lettre et que, pour cette raison, nous avons cru devoir souligner. Il faut agir à la fois et sur l'opinion médicale et sur l'opinion des autres milieux.

VARIÉTÉS

La musique et les médecins.

Diverses circonstances m'ont empêché de parler plus tôt, comme je l'aurais souhaité, du dernier concert donné, salle Gaveau, au profit de *la Maison du médecin.* Ce fut une bonne action et une belle chambrée ! — Ce fut quelque chose de mieux, le spectacle rare (le vrai peut quelquefois ne pas paraître vraisemblable) de plusieurs centaines de médecins en parfait accord, unis par une même pensée de charité, dominés par la même sensation d'apaisement !

C'est une œuvre à encourager et je vous demande de vous y intéresser, après m'avoir autorisé à tresser des couronnes en l'honneur des exécutants.

Zacharie Topelius, si populaire en Scandinavie et dans la Finlande, dont les petits volumes forment le fond de la bibliothèque de toutes les écoles de là-bas, a écrit ceci : « Le chant est né de la peine, mais, par le chant, l'homme retrouve la joie. »

Le médecin la retrouve aussi, après avoir côtoyé la misère humaine, en demandant à l'harmonie les rythmes berceurs qui lui permettent d'oublier, qui endorment le chagrin dans le cœur et sèchent les larmes dans les yeux.

Heureux le confrère qui sait savourer les airs qui versent la paix et peut en faire profiter autrui, à l'instar d'une mère dont la mélopée caressante dissipe les malaises et l'insomnie du cher enfantelet.

Sans nous endormir, en nous charmant au contraire, l'Orchestre médical, par l'exécution impeccable de la *Symphonie en ré majeur* de Haydn, du *menuet* pour instruments à cordes de Hœndel, etc., etc., nous a surabondamment démontré l'efficacité de cette thérapeutique lénifiante.

Cette douce fête pour l'oreille avait un objectif élevé et elle ne se renouvellera qu'en faveur de la bienfaisance, selon la tradition louable qui permet à la musique de venir souvent en aide aux infortunes humaines.

Il est permis d'en conclure que nos confrères amateurs (il y en a dans le nombre de fort remarquables) doivent posséder une mentalité spéciale, une âme particulièrement vibrante. Les virtuosités reposantes qui les attirent doivent leur procurer l'indulgence, la tolérance, la sociabilité, toutes les qualités aimables des gens usagés d'autrefois, qui tendent à se perdre, hélas ! comme tant d'autres choses utiles à conserver.

Je n'ignore pas que le professionnel est parfois aigri, supporte mal le joug. L'art est pour lui un gagne-pain et il l'exerce dans des milieux insalubres. Sa patience est fréquemment mise à l'épreuve par des élèves sans compréhension, sans aptitudes ; il doit se surmener, nuit et jour, pour arriver à la notoriété ou la conserver lorsqu'il la possède.

Son sort n'est pas du tout comparable à celui du praticien pour qui l'exécution d'un morceau représente une détente, et non une corvée monotone, un surcroît de fatigue.

S'il est vrai que nous devons sans cesse élever nos yeux vers les sommets où plane l'art suprême, qu'il y a plaisir et profit pour chacun de nous à faire vibrer ses facultés, à les développer à leur suprême puissance, je suppose qu'il doit en résulter pour nos artistes improvisés une surabondance de félicité, de lumière et de bonté ; une activité toujours harmonieuse doit présider aux moindres actes de leur vie intérieure, ou même domestique.

C'est surtout vrai pour celui qui a eu la bonne fortune de sentir ses jours édénisés par une compagne d'élite, partageant ses goûts, exaltée par la même ivresse.

Ce duo conjugal, dont le sens de l'ouïe est très affiné, est plus apte que les autres ménages à entendre le poète lorsqu'il leur dit :

> Ecoutez la chanson bien douce
> Qui ne pleure que pour vous plaire ;
> Elle est discrète, elle est légère.
> Un frisson d'eau sur de la mousse.
>
> (Verlaine : *La Sagesse*).

La main dans la main, en regardant l'Océan que voile une nuit d'orage, ils peuvent répéter avec conviction, après Villiers de l'Isle-Adam : « Nous voici au théâtre ; on donne ce soir *La mer,* grand Opéra, musique de Dieu. »

Ceci ne les empêche pas de savourer des impressions moins solennelles, les andantes de la forêt, les triolets du ruisseau qui narre ses prouesses à la rive, les cantilènes de la brise, aux heures exquises où la nature n'est que parfums et concerts.

Les mélodies proches ou lointaines de la nuit, avec le spectacle toujours étonnant d'un ciel semé d'étoiles, ne sauraient les laisser indifférents. En attendant le silence et le repos, ils sont dans le ravissement et pénétrés d'une reconnaissante émotion dans le total oubli de nos misères terrestres, dans le plein épanouissement de tout ce qu'il y a de bon en nous, leur imagination prend volontiers son essor dans la sérénité de l'espace, ou s'incline avec respect devant le chef d'orchestre invisible, dont l'archet dirige le concerto gigantesque des mondes qui évoluent avec tant de régularité et sans dissonance, dans l'infini !

Excusez ce lyrisme, qui m'a paru être tout à fait de circonstance et permettez-moi, en terminant, de remercier ceux qui font partie de l'Orchestre médical des heures agréables dont nous leur sommes redevables.

Dr GRELLETY (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Admission en 1911 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux. — I. *Mode d'admission aux écoles annexes.* — Les jeunes gens désireux de suivre les cours des écoles annexes doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes : 1° Etre Français ou naturalisé Français ; 2° Avoir au 1er janvier 1911 : *a*) pour la ligne médicale, vingt-deux ans au plus ; *b*) pour la ligne pharmaceutique, vingt-et-un ans au plus, à moins que l'étudiant ne justifie déjà d'une année de stage officinal. Les limites d'âge ci-dessus sont reculées d'un an pour les candidats ayant accompli leur service militaire Les postulants devront en outre n'être pas susceptibles d'être appelés sous les drapeaux au mois d'octobre 1911 :

3° Avoir été vacciné avec succès ou avoir eu la petite vérole ;

4° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ;

5° *a*) Pour la ligne médicale : être pourvu du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou de tout autre baccalauréat ou certificat permettant aux termes des règlements universitaires en vigueur de faire les études médicales, et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; *b*) Pour la ligne pharmaceutique : être en possession d'un diplôme de bachelier. Les pièces à produire à l'appui de la demande (qui doit indiquer le lieu de résidence du candidat) pour être admis à suivre les cours des écoles annexes sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, dûment légalisé. 2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille, constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français. 3° Un certificat d'un médecin de la marine ou de l'armée de terre, constatant que le candidat est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ; 4° Les diplômes ou certificats mentionnés ci-dessus. Les candidats doivent produire leurs diplômes ou, s'ils n'ont pas été délivrés, les certificats provisoires ; les copies, même certifiées, de ces pièces ne sont pas admises à en tenir lieu. Exceptionnellement, les candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une école annexe sans produire l'un des diplômes, s'ils remplissent toutes les autres conditions réglementaires ; mais leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient avant le 30 novembre de la possession du diplôme manquant ; 5° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 6° Le consentement des parents si le candidat est mineur.

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au préfet maritime du port où se trouve l'école annexe choisie par le candidat entre le 1er et le 15 octobre.

Le préfet maritime statue sur les demandes, après avis du directeur du service de santé, et arrête la liste des candidats admis à suivre les cours. Il avise les intéressés de leur admission et de la date à laquelle ils devront rejoindre le port.

Les élèves des écoles annexes s'entretiennent à leurs frais ; ils logent et prennent leurs repas en ville et ne portent pas d'uniforme.

Ces élèves acquittent les frais des quatre premières inscriptions.

Les élèves ayant subi un premier concours d'admission à l'école de Bordeaux sans succès pourront être autorisés par le préfet maritime, sur la proposition du directeur de leur école, à redoubler une année d'études, tant qu'ils réuniront les conditions d'âge et d'aptitude requises.

II. — *Mode d'admission à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.* — Les élèves du service de santé de la marine se recrutent par voie de concours.

Le concours comprend des épreuves d'admissibilité et des épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu à Paris, Brest, Rochefort et Toulon, les 17 *et* 18 *juillet* 1911.

Les épreuves d'admission auront lieu à Brest, Rochefort et Toulon à des dates qui seront fixées ultérieurement. Sont admis à prendre part à ce concours : 1° Les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale ; 2° Les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés de médecine, des écoles de médecine de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes : 1° Etre Français ou naturalisé Français ; 2° Avoir eu, au 1er janvier 1911, vingt-trois ans au plus ; la limite d'âge est reculée d'un an pour les candidats ayant accompli une année de service militaire ; 3° Avoir été vacciné avec succès ou avoir eu la petite vérole ; 4° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ; 5° Avoir accompli une année d'études médicales dans l'une des écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon ; ou pour les candidats ne provenant pas de ces écoles annexes être pourvu, au jour de l'ouverture du concours, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles institué par le décret du 31 juillet 1898 et de quatre inscriptions valables pour le doctorat. Les jeunes gens qui se destinent à la carrière pharmaceutique doivent justifier soit de deux années d'études dans une école annexe, soit d'une année de stage officinal et d'une année d'études dans une école annexe, soit de deux années de stage régulier pour le grade de pharmacien de 1re classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les pièces à produire à l'appui de la demande pour être admis à prendre part au concours sont les suivantes : 1° L'acte de naissance du candidat dûment légalisé ; 2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille, constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français ; 3° Un certificat du commandant du dépôt des équipages de la flotte ou du commandant de recrutement de la subdivision territoriale, établi l'année du concours, et constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire que le candidat est apte au service militaire et a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole ; 4° Une déclaration écrite indiquant la résidence du candidat, le lieu où devra lui être adressée, le cas échéant, sa lettre de nomination et les centres d'examen (admissibilité et admission) choisis par l'intéressé, parmi les villes désignées ci-dessus. Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ; 5° Un certificat du commandant de recrutement établissant la situation du candidat au point de vue de ses obligations du service militaire : 6° *a*) *Etudiants en médecine.* — Le certificat d'études physiques,

chimiques et naturelles et un certificat d'inscription constatant que le candidat a pris régulièrement quatre inscriptions dans une faculté de médecine ; b) *Etudiants en pharmacie*. — Un certificat du juge de paix ou du directeur de l'école de pharmacie constatant les inscriptions de stage officinal. 7° Une déclaration, sur papier timbré, du père, de la mère, du tuteur ou du candidat lui-même s'il est majeur ou jouit de ses biens, reconnaissant qu'il s'engage : 1° à payer la pension, le trousseau, les livres et objets nécessaires aux études : cet engagement devient nul en partie en cas de concession d'une bourse, ou d'une demi-bourse, d'un trousseau ou demi-trousseau ; 2° à rembourser au Trésor les frais de scolarité et d'examen dans le cas où l'ayant cause serait exclu de l'école ou n'obtiendrait pas le grade de médecin ou de pharmacien de 3e classe, ou le grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe, ou ne réaliserait pas l'engagement sexennal (modèle n° 1 annexé à la présente instruction).

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au ministre (service central de santé) entre le 15 juin et le 1er juillet ; les dossiers des élèves des écoles annexes sont transmis en un seul envoi par les préfets maritimes. Le ministre avise les candidats autorisés à concourir.

Les candidats qui seraient pourvus d'un ou de plusieurs certificats d'études supérieures délivrés par une faculté de sciences en sus des diplômes et certificats obligatoires devront les joindre à leur dossier.

Chacun de ces certificats donne droit à une majoration de vingt points.

III. — *Bourses et trousseaux*. — Le prix de la pension à l'école de Bordeaux est de 700 fr. par an ; celui du trousseau de 730 fr. pour la première année, de 280 fr. pour la deuxième année et de 270 fr. pour la troisième année. Les livres, instruments et objets nécessaires aux études sont compris dans le trousseau.

Des bourses et demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux peuvent être accordés, lors de leur entrée à l'école, aux élèves qui ont préalablement fait constater dans les formes prescrites l'insuffisance des ressources de leur famille.

Les familles ou les candidats qui désirent obtenir le dégrèvement total ou partiel des frais de la pension ou du trousseau doivent formuler une demande énonçant ce qu'ils sollicitent.

Cette demande, établie sur papier timbré (voir modèle n° 2 en annexe), doit être remise avant le 15 juillet au préfet du département où réside la famille. Elle doit être accompagnée du dossier suivant :

1° Un état de renseignements détaillés sur les moyens d'existence de la famille, le nombre, l'âge et la situation respective des enfants et sur les autres charges des parents ;

2° Un relevé des contributions.

Le préfet provoque une délibération du conseil municipal du lieu de la résidence ordinaire des familles, le joint au dossier et fait connaître son avis. Le dossier doit être transmis le 15 septembre au plus tard au ministre de la marine.

Les demandes de bourses et trousseaux ne doivent être établies qu'en faveur :

1° Des jeunes gens qui, admis à la suite du concours précédent, accomplissent l'année de service militaire exigé par la loi ;

2° Des candidats qui, ayant déjà accompli une année de service militaire, sont susceptibles d'entrer immédiatement à l'école en cas de réussite au concours.

Les bourses et demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux sont accordés par le ministre sur la proposition du conseil d'instruction de l'école.

Le dossier d'une demande de bourse n'est valable que pour l'année au cours de laquelle cette demande a été établie. Les pièces constituant le dossier ne sont en aucun cas renvoyées au candidat. Restent au compte de la famille, même dans le cas où l'élève est titulaire d'une indemnité de trousseau et versés dans la caisse des écoles :

1° Normalement, la somme de 25 fr. au commencement de chaque année pour instituer une masse générale d'entretien ;

2° Une somme de 30 fr. versée au moment de l'entrée à l'école pour la bibliothèque générale ;

3° Extraordinairement, le renouvellement des effets, livres et objets divers usés prématurément, gaspillés ou perdus ; les dégradations faites au matériel de l'école, etc.

— L'odontalgie et la télégraphie sans fil. — La science serait-elle une arme à deux tranchants ? Le progrès scientifique destiné à accroître le bien-être de l'humanité serait-il en même temps générateur de mal ? On pourrait vraiment être tenté de le penser, à en croire le *Daily Mirror*, qui attribue certaine épidémie britannique de rage dentaire à *la télégraphie sans fil*, les rayons ultra-violets ayant une action néfaste sur l'organisme humain, de telle sorte que lorsqu'un message par la télégraphie sans fil est expédié, des quantités formidables de ces rayons sont mises en activité.

Médecin d'hôtel et libre choix. — Il est curieux de voir comme, parallèlement à l'ardente et honnête campagne en faveur du libre choix, se développe la tendance à la création de fonctions médicales et de fonctionnaires, —publics ou privés, — médicaux.

C'est ainsi qu'un grand hôtel, tout récemment inauguré à Paris, annonce, en plus des commodités d'usage, bar, salons de coiffure, office de billets de théâtre, etc., etc. :

« Un médecin est attaché à l'hôtel ; il passe « régulièrement chaque matin et peut être appelé « à toute heure de jour et de nuit. »

Pauvre confrère désœuvré, qui a pu accepter cette éventualité de clientèle !

— Les accidents du travail. — La loi sur les accidents de travail donne parfois lieu, de l'autre côté du détroit, à de singulières demandes d'indemnité. Voici, d'après notre confrère anglais, le *Manchester Dispatch*, un certain nombre d'accidents auxquels le législateur ne s'attendait probablement pas :

— Ma vache, en agitant la queue, a presque éborgné une fille de ferme.

— Une femme de chambre a reçu dans l'œil le bouchon d'une bouteille de champagne.

— Un cocher, sortant de son écurie, a reçu en pleine figure la pantoufle de son maître, destinée par celui-ci à un chat qui miaulait.

— Un voyageur de commerce s'est abîmé le nez contre un bec de gaz.

— Un clergyman est tombé et s'est démis le genou en faisant la quête.

Quant aux indemnités réclamées pour de légères coupures aux doigts, elles sont, dit notre confrère, *as numerous as flies in summer* : aussi nombreuses que les mouches en été. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 23 Dimanche 4 JUIN 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

ÉLECTION du PRÉSIDENT de l'ASSOCIATION GÉNÉRALE des MÉDECINS de FRANCE

(18 JUIN 1911)

L'élection du Président de l'Association générale des médecins de France, en remplacement de M. le Dr Lereboullet, démissionnaire, a été fixée au dimanche 18 juin 1911.

On sait que le Président est nommé par le suffrage direct de tous les membres de l'Association générale qui, s'ils ne peuvent assister à la séance de leur Société locale, peuvent envoyer au Président leur bulletin de vote sous enveloppe fermée avant le 18 juin.

M. le Dr Lande, professeur de médecine légale à la Faculté de Bordeaux et président de la Société locale de la Gironde, a bien voulu accepter la candidature à la présidence générale, que lui offrait l'unanimité du Conseil général, le lendemain de la dernière Assemblée.

Nous ne pouvons oublier que le Dr Lande est un des vétérans de la défense et de la prévoyance professionnelles. Dès le mois d'août 1879, on pouvait lire dans le *Concours médical* une lettre dans laquelle il traitait la question de l'assurance-vie entre médecins ; quelques années plus tard, il abordait l'étude de la retraite médicale, et depuis on le trouvait toujours sur la brèche quand il s'agissait de défendre le corps médical, de le pousser dans les idées de prévoyance.

Fondateur de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français, nous le trou-

vions parmi les premiers adhérents et les plus ardents propagateurs de l'Association Amicale des médecins Français, et, lorsque la fusion des deux œuvres fut reconnue indispensable, M. le Dr Lande n'hésita pas à nous prêter l'autorité de sa haute expérience.

En votant pour le Dr Lande, nos confrères lui donneront un témoignage de reconnaissance auquel il a droit plus que personne, et auront conscience d'avoir encore une fois bien travaillé pour la cause médicale.

Confrères, votez tous pour le docteur Lande.

Le Conseil de Direction.

P. S. — Nous apprenons à la dernière heure qu'un groupe de médecins parisiens se met en campagne pour opposer à la candidature Lande la candidature Lepage. Le langage tenu au banquet par M. le Dr Lepage, qui déclarait avoir voulu se retirer du Secrétariat et du Conseil, *pour le bien de l'Association*, nous autorise à croire que c'est sans son consentement que s'entament ces hostilités nouvelles. Il appartient donc à nos lecteurs de réduire à l'état de manifestation puérile la tentative de division qui s'ébauche, paraît-il, dans les coins.

PROPOS DU JOUR

L'Admission dans les Hôpitaux.

La lettre et l'esprit.

L'admission des malades aisés dans les hôpitaux est certainement une des questions qui préoccupent le plus les praticiens et cela à juste titre.

En outre du préjudice certain causé à la collectivité qui paye pour ceux qui n'ont aucun droit à la gratuité, il y a un réel dommage pour le médecin qui peut légitimement compter sur les ressources que doit lui procurer sa clientèle.

Comment arrivera-t-on à un résultat ? Il faudra que tous les médecins s'unissent en vue d'un effort commun, et que non seulement les médecins et chirurgiens de l'Assistance, mais encore les autres, ceux qui sont attachés à des fondations particulières, et qui sont libres d'agir à leur guise, viennent écouter les doléances de leurs confrères, et apprendre le tort qu'ils se font à eux-mêmes, afin de solutionner cette grave et irritante question.

Le relèvement des honoraires a montré ce qu'on pouvait faire quand on le voulait ; le libre choix dans la mutualité à Paris occupe actuellement nos confrères et menace de ne se résoudre qu'assez difficilement ; quant aux malades aisés, il n'apparaît pas qu'on rencontrera trop d'obstacles pour aboutir, car tous, actuellement, se rendent compte du tort subi

Mais, en attendant, on peut signaler la façon dont on applique les règlements, et montrer combien on a eu tort de dénier au médecin le droit de poser au malade quelques questions qui renseigneraient sur son degré d'aisance ou d'indigence.

Hier — le fait n'est pas vieux — un jeune homme exerçant la profession d'ébéniste se présente à la consultation de l'hôpital X., avec un durillon forcé dans lequel une petite incision était à faire. L'employé lui ayant posé la question : Quel est le prix de votre loyer ? — le jeune homme répondit en indiquant un chiffre plus élevé que 400 fr., mettons 600 si vous voulez. Là-dessus grand émoi du préposé de M. Mesureur, et sermon à l'intrus, auquel on rappelle du coup que l'hôpital est réservé aux indigents, etc., etc.

Tout cela est fort bien, et ce beau zèle est peut-être dicté par de bons sentiments, mais faire porter le critérium d'admission ou de non-admission sur le chiffre de 400 fr. de loyer peut conduire dans certains cas à des injustices. Ce jeune homme habite avec ses frères et sœurs, dont l'aînée a 26 ans ; il n'y a plus ni père ni mère et les huit enfants vivent ensemble, les grands travaillant pour élever les petits.

Comment huit personnes peuvent-elles se loger à Paris ?

Si l'on veut baser sur le loyer la présomption d'indigence, il faudrait diviser par le nombre des présents dans un logement le chiffre de la location, et on aurait alors la part proportionnelle de chacun. Deux personnes habitant un logement de 400 fr. peuvent être à leur aise. Huit personnes habitant un logement de 600 sont loin de disposer de grandes commodités.

Combien notre directeur de l'Assistance publique, qui ne craint pas sa peine et consacre par sa présence le caractère hautement humanitaire de certaines cliniques, qui sont avant tout des entreprises non désintéressées, combien, dis-je, M. Mesureur serait bien inspiré en allant de temps en temps voir un peu la façon dont cela se passe dans nos hôpitaux !

Si je signale le fait de cet ébéniste, c'est que la mesure tombait à faux sur un pauvre diable qui a été ahuri de se voir mis à la porte, alors qu'une petite cocodette suffisamment entretenue entra sans la moindre difficulté et tout en distribuant des sourires.

Dans le même ordre d'idées, mais cette fois en m'adressant aux internes, nos futurs confrères,

je demanderais qu'il y ait de leur part un peu de bienveillance pour les pauvres diables que nous leur envoyons.

Ils verront, quand ils feront de la clientèle, que les réflexions de l'interne portent plus qu'ils ne croient.

Là encore, ce sont les chefs de service qui devraient donner l'exemple et revenir sans cesse sur ce sujet.

La semaine dernière, j'étais appelé auprès d'un vieil ouvrier de 76 ans atteint de grippe et faisant un peu de congestion, toux quinteuse, sueur abondante : le tableau banal d'une affection aiguë.

Auprès de ce vieillard habituellement actif et s'occupant seul de son petit ménage, je trouvai sa belle-fille venue de Gagny où elle habite.

Transporter le malade à Gagny n'était pas facile et on n'aurait pas pu le loger ; le laisser seul dans son logis était imprudent, la belle-fille ayant elle-même son ménage et ses enfants ; il paraissait que la maison de santé ou l'hôpital s'imposaient.

La maison de santé aurait coûté trop cher, le malade n'avait pas les moyens de faire cette dépense ; je le fis donc transporter à l'hôpital.

Le lendemain, la belle-fille m'écrivait pour me remercier, mais me racontait sa réception par M. l'interne qui avait trouvé qu'il était ridicule d'encombrer les lits de pareils malades, etc., etc., et comme on lui faisait observer que c'était sur le conseil du médecin qu'on avait pris le parti de conduire le malade à l'hospice parce qu'il ne pouvait être soigné chez lui, il ajouta : « Voici dix ans que je fais « de la médecine et bien que je ne sois pas en- « core médecin, je n'ai pas de remontrance à « recevoir ».

A qui, à quoi doit servir l'hôpital ? Il faudrait s'entendre une bonne fois là-dessus ; il faudrait surtout ne pas ajouter à la peine des parents et à la terreur qu'inspire l'hôpital aux pauvres, en les recevant comme des gêneurs.

Si vous saviez, jeunes confrères, internes ayant dix ans de médecine et vous tous, étudiants, si vous saviez ce que disent entre eux ces malades qui vous jugent ! quel bien vous leur faites par votre bienveillance ou votre encouragement !.. Ne dédaignez donc pas ce facteur important de toute cure : la bonté. Il y a des médecins qui ont réussi parce qu'ils étaient bons, il en est peu qui aient percé parce qu'ils étaient rosses !

Dr Ch. Levassort.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier :
M. le Professeur Bar.

La mort apparente du nouveau-né.

Il y a quelques jours, nous avons eu dans le service un cas de mort apparente du nouveau-né. Il s'est agi d'une primipare, avec un gros enfant et un travail prolongé qui a nécessité une application de forceps, simple d'ailleurs. L'enfant est venu dans un état syncopal et nous avons essayé de le ranimer par l'insufflation. Chaque fois que nous mettions en œuvre l'insufflation, on voyait les battements du cœur devenir plus forts, la coloration de l'enfant perdre sa nuance violacée pour devenir rose. Dès que l'on arrêtait, le cœur se ralentissait et l'asphyxie reparaissait. Nous avons poursuivi nos efforts pendant 3 heures, avec les mêmes alternatives, perdant alors seulement tout espoir. C'est dans ces conditions que l'idée m'est venue de vous parler de la mort apparente du nouveau-né et de la conduite à lui opposer.

La « mort apparente du nouveau-né » se définit d'elle-même. C'est là un mot français, car à l'étranger on se sert généralement du qualificatif d' « asphyxie des nouveau-nés ». Dans la mort apparente, l'enfant paraît mort sans l'être en réalité. Le cœur n'est pas complètement arrêté, mais le nouveau-né ne respire pas.

Le degré de fréquence de la mort apparente du nouveau-né se chiffre difficilement. Disons qu'il varie de 25 à 50 % selon les statistiques, soit 40 % peut-être, comme moyenne. Un tel chiffre est fait pour étonner. Si la proportion est si grande, c'est que beaucoup d'enfants naissent en état d'*apnée fœtale.*

En quoi consiste l'apnée fœtale ? Dans la cavité utérine, le fœtus respire par le placenta et non par ses poumons. La respiration est réduite, les besoins d'oxygène, de calorification, étant extrêmement faibles pendant la vie intra-utérine. Quand, momentanément, la respiration placentaire s'arrête, l'enfant peut rester un certain temps sans respirer. Prenez une lapine pleine,



ouvrez-lui rapidement le ventre, prenez l'utérus, incisez-le : l'œuf s'énuclée, et vous l'avez sur la table. Eh bien ! ce fœtus qui ne respire plus par le placenta, vous le voyez continuer à vivre quelque temps. Il y a une période d'apnée assez prolongée, 20, 25 secondes, quelquefois une minute. Puis, les efforts respiratoires se montrent. Si, au lieu d'un œuf à terme, vous ouvrez un œuf au milieu de la gestation, la période d'apnée peut durer 5, 6 minutes et plus. Il existe donc une période d'apnée qui se prolonge d'autant plus que l'embryon est plus jeune. La même chose se passe dans l'espèce humaine. J'ai eu l'occasion de voir un œuf, expulsé par une femme, qui contenait un fœtus vivant, dont le cœur battait. Mis dans l'eau salée à 37°, il est resté là, environ trois quarts d'heure ; l'embryon avait encore des battements du cœur et ne respirait pas. L'état d'apnée continuait. Sur l'œuf de poule, j'ai vu l'embryon rester des heures avec des battements du cœur perceptibles, sans respiration.

L'apnée fœtale existe donc dans l'espèce humaine. La première inspiration est due aux excitations cutanées venant stimuler le besoin de respirer que provoquent l'accumulation d'acide carbonique dans l'organisme et l'asphyxie naissante chez l'enfant. Diverses conditions interviennent pour entraver cette première inspiration. La rapidité du travail, par exemple, qui empêche l'asphyxie naissante de se produire. Les contractions utérines, d'autre part, par la compression et la décompression qu'elles exercent sur le cœur fœtal. De même, les accidents, les procidences, etc., qui viennent gêner la circulation placentaire. De là découle l'apnée fœtale observée, vous ai-je dit, dans 40 % des cas peut-être. Soixante fois sur 100 seulement, l'enfant crie en naissant. Mais les 40 cas % en question ne sont pas tous des cas de mort apparente. L'apnée fœtale n'atteint un degré suffisant pour mériter ce nom que chez 3 ou 4 % des nouveau-nés. Ainsi, sur 100 enfants, 60 crient de suite, 35 sont en état d'apnée et 5 % en état de mort apparente. L'asphyxie, simplement à son début dans l'apnée fœtale, se prolonge dans la mort apparente. Le besoin de respirer que l'on note au commencement de l'asphyxie se perd si l'asphyxie dure. L'accumulation trop grande d'acide carbonique, la sidération des centres nerveux, entraînent l'abolition du besoin de respirer.

L'asphyxie graduelle n'est pas la seule cause de mort apparente du nouveau-né. La compression de l'encéphale de l'enfant, quel qu'en soit le mécanisme étiologique, agit aussi, en elle-même et par les hémorragies des centres nerveux qu'elle peut provoquer. Il se fait ici un état spécial qui tient à la syncope. Il est encore d'autres causes de mort apparente : l'anémie suraiguë, la compression du cœur. Vous vous souvenez du procès retentissant de cette femme, que l'on avait nommée l' « ogresse », que l'on accusait d'avoir tué plusieurs enfants en leur comprimant le cœur. C'est vraisemblable. Il est des enfants qui meurent ainsi, dans les foules, par compression du cœur. La même chose peut se produire chez les nouveau-nés, au cours d'une version par exemple. Mais, si nous éliminons ces causes toutes particulières (l'anémie suraiguë et la compression du cœur), nous voyons que la grande majorité des morts apparentes du nouveau-né se produisent par deux mécanismes : l'asphyxie lente avec perte du besoin de respirer, et la compression des centres nerveux, d'ordre extérieur ou intérieur. Dans le premier cas, il y a excès d'acide carbonique, hypertension veineuse. Dans le second, il y a arrêt du cœur et syncope. L'une est de l'asphyxie pure, l'autre un état syncopal. A la vérité, la différenciation n'est pas toujours aussi tranchée. Dans l'asphyxie pure, par compression du cordon par exemple, il y a hypertension veineuse. Il peut s'ensuivre une rupture vasculaire dans le cerveau, d'où syncope. Il est donc réel de distinguer deux degrés : l'un d'asphyxie bleue, l'autre d'asphyxie blanche, mais ces deux degrés peuvent se suivre.

Comment traiter la mort apparente des nouveau-nés ? En vous inspirant de ce que je viens de dire. Cliniquement, vous vous trouverez en présence d'enfants en état d'asphyxie bleue ou d'asphyxie blanche. Les uns ont de l'asphyxie simple, les autres des troubles des centres nerveux.

Dans l'asphyxie bleue, il faut faire respirer l'enfant. Il est peut-être une autre indication : décongestionner. Les anciens accoucheurs avaient bien vu qu'en pratiquant la saignée du cordon, les enfants revenaient à la vie. Nous avons oublié cette saignée du cordon. Elle est excellente. L'enfant, alors, a une hypertension veineuse considérable qui rend possible une hémorrhagie des centres nerveux. On a tout intérêt à le décongestionner. C'est une bonne méthode, d'emploi facile, que nous oublions trop. C'est un moyen collatéral, auquel il faut demander non de ranimer l'enfant, mais d'améliorer sa situation.

L'enfant en état d'asphyxie bleue a perdu le réflexe respiratoire et dépassé le moment où l'asphyxie naissante provoque le besoin de respirer. On cherchera à ranimer le réflexe respiratoire. Utiliser d'abord les frictions, les bains chauds, les bains sinapisés. Ce sont de bons moyens pour les cas légers, alors que l'enfant est en état d'apnée à peine dépassée. Les frictions doivent être faites avec précaution. Si vous frictionnez sur la paroi abdominale, le foie du fœtus débordant les fausses côtes, vous risquez de le blesser en ramenant la main sur le thorax. J'ai observé effectivement des hémorragies du foie par ce mécanisme, des inondations sanguines péritonéales.

Ayez toujours soin de frictionner du côté du dos.

Si l'état d'asphyxie continue, ayez recours aux tractions rythmées de la langue. Avec un linge ou une pince, vous prenez la langue du nouveau-né, vous l'enfoncez au fond de la bouche et vous la tirez ensuite en avant. Vous appuyez ainsi sur la région qui domine le centre respiratoire. C'est une méthode excellente, qui donne des résultats parfaits, lorsqu'il s'agit d'asphyxie bleue et de réveiller le réflexe respiratoire. On a dit que la méthode des tractions rythmées de la langue de Laborde réussissait 10 fois sur 11. Mais elle ne s'adresse qu'aux cas d'asphyxie pure, sans état syncopal. Je dois dire que, dans cette clinique, nous y avons relativement peu recours, du moins comme méthode prolongée. Beaucoup d'enfants arrivent, en effet, en état d'asphyxie légère. Quelques frictions, 2 ou 3 tractions rythmées, ramènent la respiration et l'on ne s'en occupe plus. Lorsque l'asphyxie est plus profonde, si 2 ou 3 tractions rythmées de la langue restent sans résultat, nous passons à la respiration artificielle.

Un bon instrument est l'insufflateur de Ribemont. Vous mettez un doigt sur le larynx, vous sentez les cartilages aryténoïdes, vous glissez l'instrument dessus, vous aspirez les mucosités qu'il contient, et vous insufflez l'air, posément, tranquillement.

On a accusé l'insufflation de tuer les enfants. Dans la respiration normale, a-t-on dit, le thorax s'agrandit, fait un appel de sang dans les poumons. Dans l'insufflation, au contraire, vous comprimez l'air de dedans en dehors et anémiez le poumon. Vous faites une inspiration paradoxale. L'objection est logique. Mais, rien ne vaut la clinique. Or, nous ne sommes plus à compter les faits où l'insufflation a ramené les enfants à la vie. Le cas que nous venons d'observer en est un exemple, puisque pendant 3 heures, chaque tentative d'insufflation a ramené les battements du cœur, qui s'affaiblissaient dans l'intervalle. On a accusé aussi l'insufflation d'être une cause d'emphysème, de pouvoir léser la trachée et provoquer un emphysème péritrachéal par insufflation d'air dans le tissu cellulaire. Ce sont là des accidents. De même, la possibilité de tuberculose, si l'insufflateur est lui-même tuberculeux. Ici, à la clinique Tarnier, nous sommes partisans de l'insufflation.

Y a-t-il d'autres manières de faire respirer l'enfant ? Je vous signale le procédé de Schültz (il a l'inconvénient de refroidir le nouveau-né si on le prolonge), le procédé de Sylvester (souvent peu actif en raison de la fragilité de la cage thoracique fœtale), etc. En réalité, on peut s'en tenir aux excitations cutanées, aux tractions de Laborde et à l'insufflation.

Est-on sûr de toujours pouvoir ranimer un enfant en état de mort apparente ? Nullement. Nous avons pratiqué, comme je vous l'ait dit déjà, chez le nouveau-né observé ces jours derniers à la clinique, 3 heures d'insufflation sans résultat. Le succès est en effet très compromis lorsqu'il y a compression des centres nerveux et hémorrhagie méningée. Chez l'enfant dont je parle, qui a succombé, nous avons trouvé une hémorrhagie méningée à l'autopsie.

Dans le cas de syncope, ayons recours à l'insufflation. Peut-on faire plus et tenter d'atteindre la cause ? Dans la syncope relevant d'anémie suraiguë, on a essayé (c'est rationnel tout au moins) l'injection d'eau salée dans la veine ombilicale. Dans la syncope par compression du cœur, la respiration artificielle est excellente pour ranimer le cœur. Dans les cas de lésions des centres nerveux, on a proposé la voie chirurgicale, le redressement de l'enfoncement du crâne, la ponction lombaire.

Que deviennent les enfants ainsi ranimés ? Ils meurent fréquemment dans les jours qui suivent. Ceux qui survivent ont souvent une existence lamentable. Je me rappelle un de ces enfants, péniblement ramené à la vie par des heures d'insufflation. Il était atteint de paralysies multiples. A 12 ans, il était incapable de se tenir debout, la langue paralysée, strabique, en état d'idiotie. Il était resté de graves lésions des centres nerveux. Il en est bien des fois ainsi, à un degré plus ou moins accusé. Pourquoi, demanderez-vous alors, ranimer avec tant de peine des enfants pour arriver à un pareil résultat ? C'est que, d'abord, le médecin n'a pas le droit de ne pas essayer de retenir une existence humaine, quelle qu'elle soit. Et puis, vous n'êtes pas sûr que le nouveau-né que vous secourez n'est pas un génie qui naît. Ne riez pas ! Le 28 août 1749, une sage-femme de Francfort-sur-le-Mein accouchait la fille du bourgmestre. Le travail était long, un médecin fut appelé. L'enfant vint en état de mort apparente. Les efforts du médecin réussirent à le ranimer. Savez-vous qui était cet enfant ? c'était Goëthe !

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les méfaits du menthol.

Depuis quelques années, l'emploi du menthol est devenu si général qu'il est presque tombé dans la pratique journalière des familles ; on en met dans toutes les fosses nasales, sous forme de vaseline mentholée, et dans toutes les fumigations ou inhalations.

Aussi, des abus nombreux ont-ils été commis et des accidents ont-ils été signalés, surtout chez les jeunes enfants.

M. le Dr LAURENS a indiqué récemment dans *la Clinique*, les accidents que peut provoquer le menthol employé à trop fortes doses ou sans précautions spéciales.

« Très souvent, dit-il, les spécialités nasophiles ou coryzophobes renferment une dose excessive de menthol. Très souvent aussi, le médecin prescrit des huiles mentholées à 1/30, à 1/20 qui constituent une concentration trop grande.

Le mode d'emploi aussi est susceptible de déterminer de l'intolérance, et il est bien certain que quelques accidents asphyxiques chez les nourrissons, certains accès de spasme laryngé chez les enfants en bas âge, sont dus à la pénétration, un peu trop brusque, avec pression, d'huile mentholée dans les fosses nasales, au moyen d'instruments, de seringues, etc.

En instillant, avec une *cuiller* à thé, 2 à 3 *gouttes* d'huile mentholée dans chaque narine, et en couchant presque aussitôt l'enfant sur le côté, on peut éviter, dans une certaine mesure, le réflexe laryngo-trachéal.

Pour éviter ces dangers, il faut employer le menthol à dose faible et suivant une technique bien réglée. Voici, en quelques mots, d'après M. Laurens, son mode d'action, ses indications, son mode d'emploi.

1° *Mode d'action.*—Son rôle *antiseptique* sur la *muqueuse* du nez est douteux, car l'asepsie et l'antisepsie des cavités nasales et du rhino-pharynx ne sont guère possibles dans la pratique.

Mais, d'autre part, l'*excitation réflexe*, produite par le contact du menthol avec la muqueuse du nez, et aussi l'hypersécrétion glandulaire qui en résulte, est très réelle. Il se produit donc une plus grande fluidité des mucosités, l'expulsion du muco-pus, une sorte de nettoyage automatique de la muqueuse.

C'est sur ce principe qu'est basé le traitement des sinusites aiguës de la face. Les vapeurs volatiles de menthol amènent une rétraction de la muqueuse, rendent le pus sinusien, au niveau du méat moyen, plus fluide, provoquent son expulsion et font cesser la rétention.

Cette excitation, la sensation de fraîcheur que donne le menthol, amènent une vaso-constriction réflexe de la pituitaire, d'où augmentation de la perméabilité respiratoire, soulagement pour le sujet qui, souvent, respire beaucoup mieux pendant quelque temps.

Voilà comment agit le menthol.

2° *Indications.* — D'une manière générale, son usage est indiqué dans un certain nombre d'affections aiguës des voies aériennes supérieures: dans les *rhinites*, les *laryngites catarrhales*, et surtout dans les *sinusites de la face.*

Il trouve également son application dans le traitement de certains prurits auriculaires, sans lésions tégumentaires du conduit auditif; on l'emploie alors en solution huileuse (1/50) sous forme de badigeonnages du conduit.

2° *Mode d'emploi.* — Toujours au *centième*, sous forme de *pommades* (pour le nez); de *badigeonnages* (pour l'oreille) ou d'*instillations* huileuses (rhinites); à ce propos, ne prescrivez pas le menthol en dissolution dans l'huile d'amandes douces, qui a l'inconvénient de rancir, mais dans de l'huile de vaseline; d'*inhalations*, enfin. Voilà, en effet, le triomphe du menthol dans le traitement des sinusites aiguës grippales de la face. Les vapeurs d'alcool mentholé amènent une sédation manifeste des symptômes, en provoquant la « diurèse », ou plutôt la « sinusorrhée ».

On formule:

Alcool à 90°..................	100 gr.
Menthol	5 gr.

Une cuillerée à café dans l'eau très chaude de l'inhalateur. Respirez la vapeur par les fosses nasales, la bouche étant fermée, pendant 5 minutes: dix à douze inhalations quotidiennes, pendant plusieurs jours.

On peut aussi employer le menthol dans les rhinites, les coryzas aigus, sous forme d'inhalation sèche:

Menthol..................	10 gr.
Alcool à 90°.....	Q. S. pour dissoudre

Deux fois par jour, arrosez l'intérieur d'un mouchoir avec quelques gouttes de cette préparation. A chaque instant, dans le courant de la journée, dépliez légèrement le mouchoir, faites un cornet analogue à celui de la chloroformisation, placez sous les narines et humez fortement à plusieurs reprises.

« En résumé, méfiez-vous du menthol, mais ne l'éliminez pas de la pratique journalière, ne serait-il utilisé que dans le traitement des sinusites aiguës de la face où il assurera dix-neuf fois sur vingt la cure radicale, non chirurgicale de l'empyème. »

Syphilis veineuse

Une des causes les plus méconnues de la phlébite, surtout chez les hommes de 25 à 30 ans, c'est la syphilis à la période secondaire.

Dans une récente thèse de doctorat, M. le Dr Philippe GAILLARD, de Paris, a réuni 76 observations absolument incontestables de cette dangereuse complication veineuse de la syphilis.

« La syphilis, dit l'auteur, peut atteindre les veines aussi bien à la période secondaire qu'à la période primitive, au stade du chancre. Il est actuellement démontré que cette phlébite est bien de nature syphilitique, comme le prouvent la présence du *spirochaete* dans les tuniques veineuses et l'inoculation expérimentale au *singe* ayant reproduit un chancre syphilitique. Les veines atteintes sont le plus souvent les veines superficielles des membres inférieurs, par où les lésions débutent ordinairement. Il est exceptionnel que la phlébite syphilitique limite ses atteintes à une seule veine, et l'on constate fréquemment que les lésions sont symétriques et généralisées. Plus fréquente qu'on ne le croit, elle se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes. La grande majorité des malades sont des sujets jeunes, ayant 20 à 30 ans.

Il semble que la fatigue, les professions qui exigent une station debout prolongée, prédisposent à l'apparition de la phlébite syphilitique précoce.

Le début est insidieux, peu bruyant, rarement accompagné de symptômes attirant l'attention du malade. L'évolution est apyrétique, presque indolore, ne s'accompagne généralement pas d'œdème, et rarement d'impotence fonctionnelle des membres. La guérison est obtenue en l'espace de 3 semaines à 6 mois, sans aucune complication, sans embolie pulmonaire et sans séquelles. Le diagnostic repose sur l'allure spéciale de l'affection et sur la coexistence de manifestations syphilitiques.

Hémorragies du système central des nouveau-nés causées par le forceps

M. le Dr R. Ducrotoy a montré récemment dans sa thèse de doctorat (Paris 1910) les accidents d'hémorrhagie du système nerveux central provoqués par le forceps.

Les cuillères du forceps, en comprimant la tête fœtale, sont susceptibles de produire loin du point d'application, au niveau du cône bulbo-médullaire, des hémorragies assez abondantes.

Les lésions produites sont des hémorragies qui siègent : 1° à l'intérieur du bulbe ; 2° dans les amygdales du cervelet et les parties les plus voisines des hémisphères cérébelleux ; 3° dans la moelle, au niveau de la substance grise ; à ce niveau, des foyers hémorragiques multiples et bi-latéraux sont disséminés aussi bien dans les cornes antérieures que dans les postérieures, souvent le foyer le plus important occupe la zone intermédiaire en arrière de la corne antérieure. L'hémorragie de cette dernière région a tendance à fuser vers le cordon latéral sur le flanc interne du faisceau pyramidal.

Le canal central contient rarement du sang.

La substance cérébrale est indemne, sauf dans les cas où il y a eu attrition directe avec fracture du crâne.

L'excès de pression intracranienne tend à provoquer l'engagement des parties les plus déclives du cervelet dans le canal rachidien. Ces lésions s'observent partout et ont leur maximum d'intensité dans les applications de forceps laborieuses, en particulier dans les applications au détroit supérieur. Chez les hérédo-syphilitiques dont les vaisseaux sont altérés, les hémorragies peuvent se produire même à la suite de compressions minimes.

Cette constatation des inconvénients du forceps prouve, une fois de plus, avec quelle circonspection il faut se décider à se servir de cet instrument.

Importance de l'examen des urines dans le traitement recalcifiant de la tuberculose.

Le Dr Paul Ferrier, dont on connaît les intéressants travaux sur le traitement de la tuberculose, a fait sur le sujet ci-dessus une communication à la *Société de Biologie*.

Les *urines reflètent macroscopiquement les variations journalières de la calcification*. Avant l'institution du traitement, et bien que d'un volume normal, provenant d'un appareil urinaire d'ailleurs sain, elles se troublent, en général, après refroidissement, et forment un dépôt blanc-jaunâtre d'aspect plus ou moins pulvérulent. Ce fait est constant chez les fébriles des deux premiers degrés.

Le traitement commencé, les urines deviennent claires, soit le premier, soit dans les premiers jours, si le régime correspond aux facultés digestives du sujet, et suivant qu'on met ordre plus ou moins vite à tous les défauts d'alimentation.

Si ce résultat n'est pas obtenu dans ce court délai, on se trouvera éminemment bien de faire recueillir l'urine en trois bocaux (ou bouteilles claires), chacun d'eux renfermant l'urine *sécrétée* depuis *deux heures après* l'ingestion d'un repas jusqu'à deux après l'ingestion du suivant. Un repas étant ingéré, l'urine émise deux heures après dépend donc encore du repas qui précède le dernier fait.

Cette division de la durée de vingt-quatre heures en trois périodes digestives est suffisante pour atteindre le but cherché, qui est la localisation des fautes alimentaires au repas dont l'urine marque surtout l'influence sur la composition du sang.

Les fautes commises peuvent se diviser en quatre catégories : I. *Les fautes horaires*, consistant surtout dans la diminution de l'intervalle entre deux repas ; II. *Les fautes de quantité*, qui portent surtout sur les aliments hydrocarbonés (permis comme qualité) ; III. *Les fautes de qualité*, qui se font principalement aux dépens des corps gras, alcools de toutes sortes, acides (tous interdits), du lait pris comme boisson ; IV. *Les fautes de vacuité*, conséquence fréquente de l'une ou de plusieurs des précédentes, et comprenant les repas supplémentaires clandestins. Mais ces fautes peuvent avoir une existence propre, lorsque le malade a négligé l'absorption d'eau calcique une demi-heure avant le repas.

Des visites médicales, comportant l'examen complet du malade et l'examen grossier des urines que je viens d'indiquer, *devraient* être faites tous les deux jours et ne *doivent* pas être espacées de plus de huit jours. Dans les deux cas, le malade notera pour le médecin l'état de toutes ses urines, *jour par jour*. Il aura de la sorte la possibilité de savoir lui-même s'il suit correctement ou non son régime et deviendra un aide précieux pour son médecin.

En surveillant ainsi un malade, on saisit très facilement une corrélation étroite, d'une part, entre la progression des lésions, les symptômes qui l'accompagnent, et une période de décalcification dont témoigne l'urine ; d'autre part, entre la rétrocession de tous ces phénomènes et la constance presque parfaite et mieux encore complète de l'état normal des urines.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Fracture de jambe : réduction par la méthode de Codivilla. — Appareils plâtrés à anses armées. — Anévrysme traité par la méthode de Brasdor. — Cancer du col sur un utérus gravide. — Causes de la précocité sexuelle. — Intoxication iodique mortelle. — Radiothérapie de tuberculoses costales.

M. WALTHER présente à la *Société de chirurgie* un malade soigné à la Pitié pour une *fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe, réduite par la méthode de Codivilla.*

Le blessé était atteint d'une fracture compliquée (plaie à trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe), avec déplacement considérable, torsion en dedans des fragments inférieurs. Pendant plusieurs jours, on essaya, sans résultat satisfaisants, d'obtenir la contention des fragments en bonne position en appliquant sur le pied un appareil d'extension. Devant l'impossibilité d'arriver par cet appareil, mal appliqué par suite du siège bas de la fracture, à maintenir la réduction, M. WALTHER se décida à essayer de l'extension par la méthode de Codivilla. Il passa à travers le calcanéum une tige d'acier d'environ 25 centim. de longueur. Une traction fut faite sur la tige, et on l'éleva progressivement à 7 kilogr. Le foyer de fracture se cicatrisa et la fracture se répara d'une façon satisfaisante, non parfaite toutefois.

— M. WALTHER fait à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. GOURDET (de Nantes), relatif aux *appareils plâtrés à anses armées pour fractures compliquées ou opérations articulaires.*

M. Gourdet a eu l'idée d'armer le plâtre, c'est-à-dire de noyer de gros fils de fer dans la tarlatane. Il a pu obtenir ainsi des appareils à anse offrant tous les avantages des appareils à anse métallique autrefois préconisés par Lucas-Championnière, mais plus simples.

Il suffit de se munir d'un rouleau de 3 à 4 mètres de fil de fer ni trop gros, ni trop fin (n° 8 de la filière Charrière). Le fil de fer est solidement cousu au milieu des feuilles de tarlatane, suivant un tracé défini. Les appareils à anses que l'on obtient, d'application un peu délicate, semblent très bons, très solides.

M. DELBET a fait de nombreuses tentatives pour incorporer au plâtre des substances étrangères et n'a pas été satisfait des résultats obtenus. Les appareils ainsi armés se modèlent mal.

M. TUFFIER croit que le plâtre armé ne s'applique qu'à des cas spéciaux d'arthrites ou de *fractures compliquées. La grande supériorité du* plâtre simple, c'est le modelage parfait, non seulement des parties molles, mais surtout et avant tout des saillies osseuses qui constituent les seuls et vrais points d'appui.

M. SAVARIAUD considère les appareils de M. Gourdet comme très ingénieux. M. MORESTIN partage cet avis et pense qu'ils peuvent rendre de précieux services.

— M. ROCHARD présente à la *Société de chirurgie* les pièces d'une malade qu'il a opérée d'un gros *anévrysme de la base du cou* par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite (*méthode de Brasdor*). La malade a succombé trois ans et demi après, à la suite de crises d'angine de poitrine. Cette femme pouvait être considérée comme guérie de son anévrysme, ainsi qu'en témoignent les pièces anatomiques. Le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière portent bien encore les traces d'une dilatation, mais bien minime, en comparaison de la tumeur considérable qui battait dans la région sous-clavière. C'est un fait encourageant et qui prouve l'excellence de la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes du cou.

M. GUINARD tient à souligner l'importance de cette présentation. Il pense que l'on n'a pas souvent, pièces en mains, le résultat éloigné de la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière pour la cure des anévrysmes de la base du cou. Il déclare ne voir plus trace de l'anévrysme traité par M. Rochard.

— M. MORESTIN montre à la *Société de chirurgie* une pièce provenant d'une malade qu'il a opérée il y a plus de treize mois d'un *cancer du col sur un utérus gravide.* Lors de l'intervention, la malade était enceinte de trois à quatre mois. La lésion avait pris naissance au niveau de la lèvre postérieure et commençait à envahir le cul-de-sac correspondant. L'auteur pratiqua par voie abdominale l'ablation de cet utérus cancéreux et gravide, en ayant soin de réséquer le tiers supérieur du vagin. Aujourd'hui, treize mois après l'opération, la santé générale est magnifique et l'examen le plus minutieux ne permet pas de trouver le plus petit point suspect au niveau de la cicatrice vaginale. M. Morestin pense qu'en pareil cas, si l'opération est réalisable, il faut se préoccuper exclusivement des intérêts de la mère et enlever l'utérus.

— A propos d'une observation, de M. GUIBAL (de Béziers), de tumeur ovarique accompagnée de précocité sexuelle, M. SAVARIAUD fait à la *Société de chirurgie* une étude générale des *causes de la précocité sexuelle.*

L'observation de M. Guibal concerne une fillette de 3 ans atteinte de tumeur abdominale à développement rapide. Il s'agissait, comme l'intervention l'a démontré, d'un énorme sarcome de l'ovaire. L'enfant offrait de la précocité intellectuelle et de la précocité sexuelle, caractérisée par un développement insolite des seins et l'existence de poils sur les grandes lèvres. Un mois après l'opération, les seins avaient fondu et quatre mois plus tard les poils du pubis avaient disparu.

D'une manière générale, quelles sont les causes de la précocité sexuelle ? D'après les travaux modernes, dit M. Savariaud, cette ano-

malie paraît tantôt essentielle, tantôt symptomatique.

Parmi les pubertés précoces symptomatiques récemment mises en lumière, il faut citer celle qui succède à l'hypertrophie ou aux tumeurs de la glande surrénale. A l'encontre de l'altération de la substance médullaire des surrénales, qui provoque la maladie d'Addison, l'hypertrophie de leur substance corticale provoque le *vieillissement précoce* des sujets qui en sont atteints : adiposité extrême, développement exagéré des poils, précocité sexuelle s'il s'agit de jeunes enfants. M. Apert en a rapporté des exemples typiques.

Les lésions ovariennes peuvent aussi être une cause de précocité sexuelle. M. Gaudier en a signalé un cas en 1908, concernant une fillette de 4 ans, atteinte d'hypernéphrome de l'ovaire, chez laquelle existait un développement anormal des seins et de l'hypertrichose pubienne. Ces observations toutefois sont peu nombreuses et M. Savariaud n'a pu en relever que deux appartenant toutes deux à Croom.

Les tumeurs de la glande pinéale, enfin, sont capables de provoquer le syndrome de la précocité sexuelle.

En somme, il semble que la précocité sexuelle soit influencée par la sécrétion de différentes glandes vasculaires sanguines, glande surrénale, glande pinéale et accessoirement par le développement de tumeurs ovariennes.

Etant donnée la fréquence relative des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant et le petit nombre d'observations où est notée la précocité sexuelle, on ne saurait attribuer réellement à celle-ci une grande valeur comme symptôme de tumeur ovarique. Le syndrome en question doit évoquer avant toute chose l'idée d'une tumeur surrénale corticale et accessoirement l'idée d'une tumeur ovarique.

— M. Ozenne fait à la *Société des chirurgiens de Paris* un rapport sur une observation de M. Devèze (de Perpignan) concernant un cas d'*intoxication iodique mortelle.* Il s'agit d'un enfant de 18 mois qui fut opéré d'une hernie étranglée datant de 24 heures. Deux applications de teinture d'iode furent faites pour préparer la région opératoire. Douze heures après l'intervention, le petit patient avait des selles abondantes, le teint blafard, la respiration précipitée, le pouls incomptable, et succombait quelques heures plus tard. M. Devèze attribue ce dénouement à l'iode. M. Ozenne croit plutôt à une septicémie aiguë, d'origine intestinale.

— A la *Société des chirurgiens de Paris,* M. Barbarin présente un malade atteint de *lésions tuberculeuses costales traitées par la radiumthérapie.* Le patient avait été soumis sans succès au traitement chirurgical. M. Barbarin fit trois applications successives de radium (en six mois) par la méthode du rayonnement ultra-pénétrant. Le malade paraît guéri depuis plusieurs mois.

P. L.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'organisation sanitaire en France.

L'organisation actuelle. — Ses défauts. — Un projet de réorganisation complète par une administration sanitaire autonome. — Un contre-projet décentralisateur.

« Il semble, a écrit M. le Dr Mosny, membre de l'Académie de Médecine (1), il semble que le Parlement n'a voté la loi relative à la protection de la santé publique que pour donner aux justes récriminations des hygiénistes et des sociologues une satisfaction purement apparente, peut être aussi pour ne pas encourir le reproche justifié de laisser la France, au point de vue de la législation sanitaire, au dernier rang des nations civilisées.

Mais le Parlement n'a pas voulu que son vote lui aliénât les sympathies électorales, et il n'a voté la loi qu'à la condition qu'elle fût inapplicable. C'est au texte même de la loi qu'il a demandé les garanties suffisantes de son inefficacité, en chargeant de l'exécuter ceux-là seuls qui étaient intéressés à n'en rien faire, en solidarisant pour l'exécution ceux que leurs fonctions solidarisaient pour l'inaction, en chargeant de les guider ceux qui n'avaient qu'une compétence douteuse en matière d'hygiène publique et aucun intérêt à accomplir ces fonctions ; en empêchant enfin la création de tout service de contrôle et d'inspection. »

Cette appréciation sévère, mais absolument justifiée, de la loi du 15 février 1902 est citée en manière de conclusions par M. le Dr J. Ficat (2), à la fin de la première partie d'une thèse où il fait un exposé critique absolument remarquable de notre organisation sanitaire. Il fait suivre cette critique d'un intéressant projet de réorganisation que M. Mosny a présenté à l'Académie de Médecine. Si nous approuvons sans réserves la première partie du travail du jeune docteur toulousain, nous avouerons sans détours que son projet de réorganisation ne saurait nous satisfaire. Nous lui reconnaissons, certes, de grandes qualités. Ce projet crée, en effet, une administration sanitaire méthodiquement ordonnée, fortement hiérarchisée, qui s'harmonise admirablement avec la constitution de notre état bureaucratique centralisé à outrance ; il met à la tête des services sanitaires des gens à compétence réelle, leur fournit le moyen d'agir. Mais c'est de ses qualités mêmes que meurt notre pays ; c'est de l'administration en excès, c'est de l'autocratie bureaucratique qui gouverne la France tout aussi bien que la Russie, que vient la sorte d'anarchie morale où nous nous débattons ; c'est de là que viennent le manque d'initiative des intellectuels, et la sorte de torpeur des masses qui s'intéressent si peu aux choses qui les touchent de si près : la protection de leur vie et la sauvegarde de leur santé.

Tout en ne partageant pas les opinions de notre confrère, le Dr Ficat, sur la réorganisation

(1) Mosny.— La protection de la santé publique, p. 52.

(2) Dr J. Ficat. — Organisation sanitaire de la France. Etude critique et projet de réorganisation, Thèse de Toulouse, 1910.

sanitaire, nous sommes heureux de faire ici, avec lui, l'étude critique de notre législation, persuadés que nos lecteurs y trouveront un réel intérêt parce que ce sera pour nous l'occasion de dire comment nous comprenons une organisation sanitaire sérieuse destinée à porter des fruits et à transformer sur ce point les mœurs de notre pays.

L'organisation sanitaire actuelle. — Peu de médecins ont eu le courage de lire et d'étudier la loi du 15 février 1902 ; le *Concours médical* l'a cependant publiée *in extenso* dans son *Agenda-Memento du Praticien* (page 111 et suiv.), avec ses 34 articles et les cinq décrets portant règlement d'administration publique fixant les conditions d'application de chaque titre de la loi. Il est vrai que, votée depuis près de 10 ans, elle est si irrégulièrement et si incomplètement appliquée, que beaucoup doivent se demander si elle existe encore. Voici en résumé l'organisation sanitaire dont elle nous a dotés :

La cheville ouvrière de la machine sanitaire est le *maire*, principal agent exécutif de la législation. Il est tenu de donner par arrêté à sa commune un *règlement sanitaire* qui doit comprendre la prophylaxie des maladies transmissibles, la désinfection des locaux contaminés, la salubrité des immeubles et des voies publiques, la surveillance des produits d'alimentation, celle des eaux potables, l'évacuation des matières usées, etc.

Le *préfet*, qui est le tuteur des communes de son département, peut et doit approuver ou désapprouver les règlements sanitaires, en imposer d'autres s'il les juge insuffisants, créer des services départementaux de vaccination et de désinfection. Il a la faculté, *mais non l'obligation*, d'organiser avec le concours du Conseil général un service de contrôle et d'inspection sanitaire (Inspection départementale d'hygiène).

Le *Conseil général* doit diviser le département en *circonscriptions sanitaires* pourvues de *commissions sanitaires* et organiser le *Conseil départemental d'hygiène* composé de médecins, de pharmaciens, de vétérinaires, d'ingénieurs, d'architectes, etc., dont les membres se renouvellent par moitié tous les deux ans. Ce conseil doit se réunir une fois par trimestre pour délibérer de questions que lui soumettra l'administration. L'assainissement, la prophylaxie (épidémies et épizooties), toutes les améliorations hygiéniques, la salubrité des établissements publics, les établissements dangereux, insalubres ou incommodes, les grands travaux, la statistique démographique, la géographie médicale, etc., etc., sont du ressort du Conseil départemental d'hygiène. Il examine en outre les règlements sanitaires communaux soumis à l'approbation du Préfet, procède aux enquêtes sur l'insalubrité des localités signalées malsaines, sur l'expropriation des sources ne donnant pas plus de 2 litres à la seconde et sur les travaux à exécuter d'office dans un immeuble, si la décision de la commission sanitaire de circonscription est contestée.

Les villes de plus de 20.000 habitants et celles où se trouve un établissement thermal doivent en outre être pourvues d'un *Bureau d'hygiène* dont le directeur est choisi par le maire parmi les candidats agréés par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Paris et le département de la Seine partagent leurs services sanitaires entre leurs deux préfets (préfet de police et préfet de la Seine, jouant le rôle de maire de Paris). Il existe un Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, des commissions d'hygiène d'arrondissements et une commission des logements insalubres.

Le *Ministère de l'intérieur* centralise tout ce qui concerne la santé publique dans sa *Direction d'Assistance et d'Hygiène publiques* (4e et 5e bureaux). Il assure le contrôle par l'*Inspection générale des services administratifs* (décret du 20 déc. 1907), qui s'entoure des avis de conseillers techniques sanitaires. Le *Conseil supérieur d'hygiène publique de France,* que la loi du 2 nov. 1908 a substitué à l'ancien Comité consultatif, donne ses avis à la Direction. Ce conseil comprend un représentant de chaque ministère, des grandes administrations de l'Etat et des services publics de Paris, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine et des Ecoles de plein exercice, les inspecteurs généraux des services sanitaires de l'armée, de la marine, des colonies, des représentants de l'Académie de médecine, du Conseil d'Etat, de l'Académie des Sciences, du Conseil supérieur du Travail, de la Cour de cassation, 15 membres compétents (médecins, chimistes, ingénieurs, etc.) désignés par le Ministre. Des auditeurs nommés au concours sur titres lui sont adjoints.

Ce Conseil est consulté par le Gouvernement sur les grands travaux d'assainissement, les eaux d'alimentation des villes de plus de 5000 habitants, sur le classement des établissements insalubres. Il a la surveillance des eaux captées pour l'alimentation des villes en dehors du département de ces villes. Il propose les mesures nécessaires pour arrêter la propagation des épidémies, mesures qui, édictées par un décret du président de la République, donnent les pouvoirs extraordinaires aux autorités pour un temps déterminé.

En dehors de cette organisation sanitaire ordinaire, il existe des services sanitaires des frontières continentales et maritimes, un office maritime international, bureau de renseignements épidémiologiques, siégeant à Paris ; une administration sanitaire internationale contre la peste, le choléra, la fièvre jaune, des médecins sanitaires français en Orient, précieux agents de renseignements, des médecins sanitaires maritimes pour les paquebots, etc. Tous ces services dépendent pour la plupart du ministère de l'Intérieur. En 1909, l'organisation sanitaire centrale a fonctionné avec un budget de moins de trois millions de francs.

Telle est l'organisation sanitaire dont la France est dotée en principe depuis la loi de 1902.

Fonctionnement de cette organisation. — Exposer l'application de la loi sanitaire, c'est en faire la plus sérieuse critique, car le jugement le plus sévère, l'appréciation la plus fâcheuse, resteraient au-dessous de l'éloquence des faits.

Dès la promulgation de la loi, les municipali-

tés se montrèrent rétives à l'exécution de ses prescriptions. « Leur inertie dépasse tout ce qu'on peut imaginer », écrivait le Dr Laffitte, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène dans un rapport de 1905. Brouardel en 1906, le ministre Clémenceau en 1907, le Dr Gauthrez en 1909, et bien d'autres constataient dans des documents officiels ou officieux que la loi restait lettre morte pour ceux-là même qui étaient chargés de l'appliquer et que les villes mettaient une indifférence absolue à l'organisation de leurs bureaux d'hygiène. Un grand nombre de conseils départementaux d'hygiène et de commissions d'arrondissements n'avaient pas tenu de réunions en 1905 et 1906. Les préfets et les sous-préfets n'avaient rien trouvé à leur soumettre et les rapports se succédaient avec les annotations : « Néant », « Tout va bien », « Rien à signaler », qui en disaient long sur la bonne volonté de ces fonctionnaires. En 1906, il n'y avait pas de Conseil départemental, ni de commissions d'hygiène constitués dans le département du Lot. En 1909, le rapport de l'inspection générale constatait qu'un nombre considérable de communes étaient dépourvues d'arrêtés portant règlement sanitaire et, pour préciser, 78 étaient dans ce cas en Charente-Inférieure, 251 en Vendée, la moitié dans le Lot, la presque totalité dans la Dordogne. Lorsque les enquêtes prescrites par la loi étaient faites, c'était avec une telle négligence ou une telle ignorance qu'elles n'avaient aucune utilité. Le Dr Mosny se plaignait, en effet, que les rapports d'enquête sur les villes dont la mortalité avait dépassé dans les trois dernières années la mortalité moyenne de toute la France (art. 9 de la loi de 1902), étaient inutilisables faute de détails.

Les déclarations, les vaccinations et revaccinations obligatoires ne se faisaient pas. Il n'y avait presque nulle part de service de désinfection organisé. Le Dr Ficat ajoute à ces constatations relativement récentes la description d'une rue de Toulouse qui est pourtant la 6e ville de France. Il nous montre, non sans ironie, les Professenrs de la Faculté de Médecine, les prêtres modernes d'Hygie, obligés de se boucher le nez et de détourner la tête pour arriver jusqu'à leur temple, l'Ecole de médecine en traversant une voie encombrée d'immondices. Les seuls services sanitaires qui ont fonctionné avec utilité sont ceux des frontières continentales et maritimes qui nous ont épargné le choléra et la peste. Mais rappelons que les services maritimes ont une organisation antérieure à la loi de 1902 (1).

Quelles sont donc les causes de ce déplorable état de choses ?

(1) C'est le décret du 4 janvier 1896 qui fixe l'organisation du service maritime. Le littoral français est divisé en 6 circonscriptions. La Corse en fait une septième. Chaque circonscription constitue une direction divisée en agences principales dont le centre est le port le plus important d'un département. L'Algérie forme 4 circonscriptions et le directeur d'Alger a la direction générale (arrêté du 14 déc. 1905). Les directeurs sont toujours des médecins. Les agents principaux sont souvent des capitaines des douanes, qui se font, au besoin, assister d'un médecin civil qu'ils peuvent requérir s'il y a lieu. Tous ces services sanitaires relèvent du ministère de l'Intérieur.

Les agents exécutifs de la loi, les maires et les préfets, sont avant tout des personnages politiques qui doivent ménager l'électeur. Ils n'ont aucune compétence en matière d'hygiène. Les conseils et les commissions d'hygiène sont composés de membres non rétribués qui négligent leurs fonctions dont souvent ils ignorent les exigences. Même les médecins de ces conseils n'ont pas le degré voulu de compétence, car tout le monde sait, et M. Mosny le déplore, quels sont les moyens mis au service des professeurs d'hygiène de nos facultés, pour instruire leurs élèves. La loi a créé une inspection départementale facultative. Comme elle n'est pas imposée, 21 inspecteurs seulement ont été institués. Sur ces 21 inspecteurs, 8 seulement font une besogne utile, car les autres, comme toujours, sont de hautes personnalités médicales, qui acceptent la charge d'inspecteur comme un titre, une sorte d'hommage rendu à leur réputation, et consacrent tout leur temps à la clientèle.

Quant aux bureaux d'hygiène, ils valent ce que valent les maires qui nomment les directeurs et les tiennent à leur merci. On a vu, écrit M. Bluzet dans un rapport officiel, un maire falsifier les statistiques.

Et comment exiger la déclaration des maladies transmissibles par les médecins, quand les autorités sont incapables de la faire suivre d'une désinfection ou quand cette dernière est faite d'une façon tristement comique par des pompiers, des gardes champêtres, des cantonniers qui n'ont pas la plus petite idée de ce qu'elle doit être. Dans un chef-lieu d'arrondissement, un inspecteur découvrit à la mairie, dans un tiroir, les cartes de déclaration de maladies transmissibles, bien classées depuis plusieurs mois, mais que M. le maire avait négligé d'ouvrir. Enfin toutes les charges de la loi retombent sur les départements et les communes, l'Etat ne participant pas aux dépenses.

Et M. le Dr Ficat, qui a très judicieusement développé dans sa thèse ce véritable sabotage officiel de la législation sanitaire, conclut en citant l'appréciation de M. le Dr Mosny, appréciation que nous avons tenu à mettre en tête de cet article.

Projet de réorganisation du Dr Ficat. — A cette situation, M. le Dr Ficat a cherché un remède. Il le trouve en dressant le projet détaillé, avec budget à l'appui, d'une vaste administration nouvelle. Ce projet est soigneusement étudié ; tout y est minutieusement prévu et calculé, jusqu'à la retraite des moindres agents ; aussi, bien que nous n'en approuvions pas l'esprit, nous devons en reconnaître les qualités, appréciées d'ailleurs par M. le Dr Mosny qui en a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine.

Voici les grandes lignes de ce projet :

Pour répondre aux exigences de l'Hygiène publique moderne, il faut remplir quatre conditions :

1° Assurer la prophylaxie des malad es trans missibles.
2° Assainir les localités ;
3° Assainir les habitations ;
4° Faire l'éducation sanitaire de la population.

On ne peut exécuter ce programme que par l'organisation d'une administration fortement hiérarchisée. Tous les autres projets sont insuffisants pour M. Ficat, tels que la création de bureaux d'hygiène intercommunaux (Ott, Juillerat), la généralisation des inspections départementales avec laboratoire, la multiplication de circonscriptions ayant à leur tête un hygiéniste expert et pourvues de laboratoires.

M. Ficat assure le fonctionnement de son projet par trois sortes de fonctionnaires :

1° Les médecins sanitaires avec des appointements annuels variant de 3.000 francs à 6.000 francs.

2° Un groupe de fonctionnaires supérieurs non médecins (ingénieurs, architectes, géologues, vétérinaires, chimistes, administrateurs).

3° Un personnel subalterne (infirmiers désinfecteurs, garçons de laboratoire, dessinateurs, comptables).

Le Dr Ficat divise la France en 3.500 à 4.000 *circonscriptions sanitaires*, dans chacune desquelles existerait un *poste sanitaire*. A la tête du poste serait un médecin sanitaire ayant sous ses ordres 2 infirmiers désinfecteurs, 1 employé comptable. Un petit laboratoire et des appareils de désinfection assureraient au poste sanitaire les moyens de remplir son rôle. M. Ficat a calculé que le poste exigerait pour fonctionner un crédit de 14.000 francs ; 30 à 40 postes sanitaires groupés formeraient une *sous-direction*. A la tête de la sous-direction serait un médecin sous-directeur, assisté d'un sous-inspecteur. Le personnel supérieur de la sous-direction comprendrait 4 médecins sanitaires, 2 ingénieurs architectes, 2 chimistes, 1 géologue, 1 vétérinaire et 1 administrateur ; le personnel subalterne compterait : 12 infirmiers désinfecteurs, 5 garçons de laboratoire de microbiologie, 3 garçons de laboratoire de chimie, 2 dessinateurs, 4 comptables. La sous-direction, pourvue de laboratoires bien outillés et d'un personnel suffisant, interviendrait sur les indications des postes. Son budget annuel atteindrait 150.000 francs.

Les *directions* seraient des sous-directions établies dans des centres importants et pourvues en plus d'un bureau de contentieux, d'un laboratoire volant et de deux postes de désinfection volants ; son budget annuel serait de 225.000 francs. Les ports, les gares frontières seraient, en outre, pourvus de *postes fixes supplémentaires*.

Une *inspection générale* aurait son siège à Paris. La moitié des inspecteurs généraux feraient des tournées d'inspection, tandis que l'autre moitié constituerait un *Conseil supérieur d'hygiène* permanent.

A la tête serait une *direction générale* et l'on créerait pour dresser tout ce personnel une *école d'application*.

M. Ficat est entré dans les moindres détails de cette organisation, détails que nous ne pouvons donner ici, mais dont la précision est un des grands mérites de son projet. Il conclut que la création de cette administration sanitaire coûterait annuellement *cent millions* en chiffres ronds, soit à peu près le budget du Ministère des Colonies ou le budget total du Ministère de l'Intérieur augmenté d'un cinquième.

M. Ficat trouve que le total des dépenses est la la seule objection sérieuse que l'on peut faire à son système, mais il faut remarquer que le nombre de vies humaines épargnées par un fonctionnement véritable des services sanitaires compenserait largement ces dépenses. Nous ne le contredirons pas, mais connaissant la mentalité de ceux qui nous dirigent, nous croyons pouvoir affirmer, sans crainte de démenti, que le vote de cent millions pour assurer l'application d'une législation sanitaire n'est pas près de rencontrer une majorité au Parlement.

Comment nous concevons une organisation sanitaire utile et pratique. — D'ailleurs, nous sommes persuadés que le rêve du Dr Ficat réalisé, cette administration sanitaire modèle ne rendrait pas tous les services qu'en attend notre confrère.

Avec beaucoup de raison, M. Ficat a comparé la défense contre les maladies à la défense nationale contre les ennemis extérieurs. Dans l'un et l'autre cas, il faut opposer aux ennemis une armée organisée, et pour que la puissance de cette armée soit effective, il faut que la nation tout entière soit mobilisable. Or, M. Ficat ne nous donne pas une armée sanitaire, il ne nous donne que des états majors et des cadres. Pour faire de la prophylaxie de façon continue et effective, pour assainir utilement les habitations et les villes, il faut que tout le monde concoure à cette tâche, il faut que tout le monde ait foi en son utilité. Sans doute, avec une police sanitaire bien organisée (ce qu'est en somme l'organisation de M. Ficat), l'on pourra obtenir de brillants résultats dans certaines occasions ou dans quelques cas critiques. Même avec les moyens plus que restreints dont nous sommes pourvus, nous avons vu éteindre un foyer de peste à Marseille et arrêter le choléra à nos frontières, mais cette protection contre les maladies exotiques est insuffisante, et c'est surtout contre les maladies courantes qui nous déciment que nous devons porter nos efforts.

Nous craignons fort que le rôle policier d'une administration sanitaire ne tarderait pas à la rendre absolument impopulaire et qu'elle ne pourrait avoir alors aucune influence sur la transformation hygiénique du peuple, que nous désirons tous.

Pour qu'une population augmente son degré de civilisation, il faut qu'elle modifie ses mœurs et l'on n'obtient cette modification que par l'éducation. Pour que cette éducation soit définitive, il faut que celui qui la reçoit s'y prête, qu'il l'accueille avec confiance, avec plaisir, qu'il fasse volontairement un effort pour l'acquérir et la compléter. S'il la subit passivement, elle peut produire une transformation apparente, mais rien au fond n'est changé. Les exemples historiques de cette vérité abondent : un des plus frappants est celui des états jésuites du Paraguay. Quand les Jésuites créèrent ces Etats indiens, ils étonnèrent le monde par la rapidité des résultats obtenus. Au moyen d'une organisation étonnante, d'une réglementation minutieuse qui émerveilla Voltaire et Montesquieu, ils donnèrent aux

Peaux-Rouges les plus barbares l'aspect des gens civilisés. Ils réglaient tout, jusqu'à leurs plaisirs et leur épargnaient le souci de la plus faible initiative, l'effort de la moindre pensée. Mais ce système faux et démoralisant créa des esclaves et non des civilisés. Le Peau-Rouge, élève des Jésuites, livré à lui-même, tuait, pour le manger le bœuf qui lui servait à labourer son champ, et quand la férule des Jésuites eut cessé de se faire sentir, les Indiens du Paraguay retournèrent aussitôt à leur barbarie primitive.

L'application d'un système sanitaire uniquement administratif, enlevant au public le souci de toute initiative en matière de prophylaxie, donnerait les mêmes résultats.

Nous croyons que l'avenir, dans notre société, est aux systèmes capables d'intéresser tous les citoyens aux grandes questions d'intérêt général.

Il n'est pas douteux que fort longtemps encore l'on se heurtera à l'indifférence du plus grand nombre, que beaucoup compteront encore longtemps sur l'Etat-Providence ; mais est-ce une raison pour ne pas chercher à éveiller les initiatives ?

Notre conception d'une organisation sanitaire basée sur ces principes serait tout autre que celle fortement hiérarchisée de M. Ficat. Nous ne l'avons pas étudiée avec la même minutie que celle de notre confrère ; ce n'est donc qu'une esquisse bien sommaire que nous en pouvons tracer, mais nous sommes persuadés qu'elle est facilement réalisable. Il faudrait susciter en France la création de bureaux d'hygiène intercommunaux, plus ou moins étendus selon les besoins de chaque région. Ces bureaux seraient administrés par une commission analogue aux commissions hospitalières dont feraient partie des membres de droit et des délégués de l'administration. Ces membres de droit seraient, outre les maires des communes, les représentants du corps médical de la région, des pharmaciens et des vétérinaires, les présidents ou secrétaires des syndicats professionnels, patronaux et ouvriers, des Sociétés de secours mutuels, des notables ou même des représentants de la population élus dans ce but par un scrutin universel étendu aux femmes et en dehors de toute préoccupation politique. Les délégués de l'administration seraient des ingénieurs, des chimistes, des géologues ou autres personnes ayant une compétence spéciale reconnue. Cette commission étudierait toutes les améliorations utiles à apporter au point de vue sanitaire dans la région et, après avis d'une sous-commission technique, composée de médecins, pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs et autres compétences, prendrait des décisions que l'approbation du préfet rendrait exécutoires. Chaque bureau d'hygiène intercommunal serait pourvu d'un agent exécutif, le plus souvent l'agent-voyer, et d'un personnel pour les désinfections nécessaires. Un délégué de la sous-commission technique, le plus souvent un médecin, inspecterait les travaux que dirigerait l'agent exécutif. Le budget nécessité par le bureau d'hygiène serait établi par une contribution légère de chaque commune qui serait augmentée par le département et au besoin par l'Etat, au moyen de subventions calculées pour chaque commune par un barême d'après la valeur de son centime additionnel avec un système analogue à celui de l'Assistance médicale.

Chaque département serait pourvu de laboratoires de bactériologie et de chimie bien outillés, qui procéderaient aux analyses demandées par des bureaux d'hygiène.

Les villes ou les régions favorisées pourraient au moyen de leurs propres ressources, de legs ou de dons, organiser des laboratoires, perfectionner leur outillage ou créer toute organisation sanitaire nouvelle et utile, car les bureaux d'hygiène seraient dotés, comme les hôpitaux, de la personnalité civile, et pourraient hériter et recevoir des dons et des legs.

Quant à l'Administration centrale, elle garderait un droit de contrôle étendu. Elle pourrait, en cas de défaillance d'un bureau d'hygiène, prendre momentanément la direction de ses services et intervenir par mesure dictatoriale en cas de grave menace portant atteinte à la sécurité publique. Elle aurait à sa dispoition un nombre suffisant de techniciens spécialistes de haute valeur (médecins, bactériologistes, vétérinaires, géologues, architectes, etc.), qui, dans les cas difficiles, répondraient à l'appel des bureaux d'hygiène.

Ce système ne nécessiterait pas la création d'une armée de fonctionnaires. N'en avons-nous pas déjà assez en France ? Ceux qui se préoccuperaient de l'hygiène d'une région auraient l'avantage de la bien connaître. La représentation des groupements syndicaux et mutualistes ouvrirait des horizons nouveaux dans les commissions sanitaires et attirerait l'attention sur certaines lacunes de l'hygiène industrielle que l'insuffisance de l'inspection du travail ne permet pas de signaler. Ces commissions, formées de personnalités ayant la confiance de la population, prises dans son sein, déléguées par elle en dehors des préoccupations politiques, auraient une autorité morale très grande. Chacun des membres de ces commissions que l'assiduité aux séances rendrait avant peu compétents, deviendrait un précieux divulgateur.

Nous ne prétendons pas que ce système serait parfait, mais il aurait le mérite de ne pas créer une nuée de nouveaux fonctionnaires, de tendre à la décentralisation, de réveiller des initiatives, de rapprocher le plus possible de la population ceux qui auraient le devoir de veiller à sa santé et de faciliter ainsi la création des centres d'enseignement vulgarisateur, tant dans les Ecoles que dans les œuvres post-scolaires.

Le corps médical organisé et nos syndicats médicaux auraient dans ces bureaux d'hygiène le rôle prépondérant, *quand ils daigneraient se donner la peine de le prendre.*

Au point de vue professionnel, il n'y aurait, certes, pas le débouché que le système de M. Ficat offre à 5 ou 6.000 médecins, mais nous craignons fort que ce genre de débouché n'aboutisse qu'à augmenter l'encombrement de la profession médicale. A notre époque, dans chaque genre de

fonctions, cinq concurrents se présentent au moins pour convoiter une place ; comme un seul réussit, les quatre autres cherchent à vivre en exerçant les professions que leurs études leur permettent d'aborder, et dans le cas présent, les évincés seraient réduits à faire de la clientèle.

En somme, moins brillant dans ses débuts, plus pénible à mettre sur pied, le système que nous proposons, aurait, croyons-nous, des résultats plus sûrs, plus durables, moins superficiels que ceux qui résulteraient de la création d'une police sanitaire fortement hiérarchisée. Et qu'on ne parle pas d'impossibilité à réaliser ce projet, un système s'en rapprochant beaucoup a failli être organisé il y a quelques années, dans le canton de Meulan, en Seine-et-Oise, grâce à l'initiative du Dr Jeanne et de ses confrères. S'il ne fut pas appliqué, cela tint uniquement à l'opposition des bureaux, qui n'en avaient pas compris toute la portée.

J. Noir.

REVUE DE L'ÉTRANGER

Les hépatites syphilitiques précoces. — Le traitement des dermatoses par la réfrigération soudaine et vive : neige carbonique, acide trichloracétique. — Sur l'origine traumatique de l'appendicite. — Le traitement tonsillaire des affections rhumatismales.

Il existe deux variétés d'*hépatites syphilitiques précoces*, que l'on peut observer à la première période de l'affection : ce sont l'ictère syphilitique et l'atrophie jaune aiguë du foie.

L'ictère syphilitique précoce, dit Buschke (*Berl. Klin. Woch.*, 1910, nº 6), ne diffère pas notablement de l'ictère catarrhal ; il est cependant, contrairement à celui-ci, favorablement influencé par le traitement spécifique. Ses relations avec la syphilis sont particulièrement évidentes dans les cas où il se manifeste en même temps qu'un exanthème spécifique. C'est une complication bénigne.

L'évolution de l'atrophie jaune aiguë du foie est toute différente ; il s'agit là d'une maladie qui affecte gravement, dès le début, l'état général, qui comporte des manifestations cérébrales et qui, à part quelques cas exceptionnels que guérit le mercure, se termine par la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Cette lésion doit être diagnostiquée lorsqu'un ictère, paraissant d'abord devoir évoluer d'une façon favorable, s'aggrave brusquement, s'accompagne d'atrophie du foie, de symptômes cérébraux et enfin d'excrétion de leucine et de tyrosine dans les urines.

***

Le traitement des dermatoses par la réfrigération soudaine et vive, peut être réalisé au moyen soit de la *neige carbonique*, soit des cristaux d'*acide trichloracétique*.

1º Le principe de la méthode consiste à produire cette action par le contact de l'*acide carbonique liquide* ; on amène ainsi une réaction inflammatoire circonscrite, qui non seulement s'étend à toutes les couches de la peau, mais encore contribue à faire résorber les cellules de la couche cellulaire sous-cutanée et à faire disparaître les vaisseaux dilatés des couches plus élevées. La réaction peut atteindre tous les degrés depuis l'inflammation légère jusqu'à la destruction complète des tissus.

La puissance de cette réaction dépend de la durée de contact de CO^3 avec la peau et de la force de pression employée ; elle dépend aussi de la sensibilité individuelle et de la résistance du tissu traité.

Si on laisse agir la neige 5 secondes environ sous une pression moyenne, on obtient une rougeur cutanée, qui disparaît en peu de jours. Avec 10 secondes et une pression plus forte, on observe une rougeur, du gonflement, puis un léger œdème, qui disparaît en dix jours environ en laissant une mince croûte. Une pression de 20 à 30 secondes donne une réaction inflammatoire plus vive avec formation de bulles et un certain degré de sclérose cutanée. De 30 à 40 secondes, on voit apparaître une bulle qui laisse après elle une tache gris-blanchâtre ou une escarre ; celle-ci disparaît en 2 à 3 semaines et ne donne qu'une petite cicatrice lisse et blanchâtre.

Ce traitement est indiqué pour les nævi pigmentaires et vasculaires, les tatouages, les cicatrices hypertrophiques, les chéloïdes, les xanthomes, les verrues, le lupus vulgaire et l'épithélioma.

Chaque fois qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir une destruction profonde de la peau, recommande A. Strauss (*Munch. med. Wochens.*, 1911, nº 1), il ne faut pas laisser la peau en contact de CO^2 plus de 30 secondes ; il est préférable de faire plusieurs séances de courte durée, et l'on ne doit recommencer une application que lorsque la réaction de la séance précédente est complètement disparue. La peau des enfants est beaucoup plus sensible que celle des adultes ; au-dessous d'un an, ils sont 3 à 4 fois plus sensibles.

L'acide carbonique liquide se vend dans le commerce en bombes de 10 litres ; on recueille la neige qui se condense dans une peau de chamois et on la comprime dans un moule spécial ; le cylindre de neige carbonique ainsi obtenu est appliqué sur les parties malades. Avant toute application, il est bon de raser les cheveux, d'enlever les croûtes et de nettoyer la place à l'éther.

2º Par raison de simplification et d'économie, Knauer (*Munch. Med. Woch.*, 1911, nº 10) remplace la neige carbonique par les cristaux d'acide trichloracétique que l'on trouve à bas prix dans toutes les pharmacies ; à l'abri de l'air et de l'humidité, ceux-ci se conservent indéfiniment. On en fait une solution très concentrée avec laquelle on touche légèrement sans pression la lésion à traiter. Le tissu prend une teinte blanc neigeux, tandis que la périphérie présente une hyperémie légère et de courte durée. Jamais il ne se forme de bulle. La teinte blanchâtre se transforme en quelques heures en une teinte brunâtre ; l'escarre tombe en 8 à 10 jours, on obtient de petites cicatrices lisses, inférieures à celles que donne l'électrolyse.

Le traitement des petites surfaces appartient surtout à l'acide trichloracétique, celui des grandes surfaces à l'acide carbonique.

L'origine traumatique de l'appendicite est admise par la plupart des chirurgiens, mais certains négligent les petits traumas et ne reconnaissent qu'un choc violent comme capable de déterminer l'appendicite.

Le Dr Pohl (*Zentralbl. f. Chirurgie*, mai 1910) cite le cas d'un homme très bien portant jusque-là qui, en réparant un moteur à gaz, fut atteint dans la région du flanc droit par un retour de manivelle. Une ecchymose apparut au point frappé, et quelques heures après l'accident, le blessé présentait tous les signes d'une péritonite. L'auteur, appelé en consultation, conclut à une rupture de l'intestin et proposa une intervention.

L'opération montra l'appendice adhérent à la paroi et englobé dans un magma fibrineux ; son insertion au cæcum était normale ; mais, à un centimètre plus bas, se voyait une perforation lenticulaire, entourée d'une collerette inflammatoire. L'appendice fut réséqué et examiné au microscope. La moitié distale était vide ; la muqueuse était pâle et normale ; la moitié proximale était rouge et tuméfiée. Au point d'insertion se voyait une érosion de la muqueuse, et la paroi de l'appendice était très amincie à ce niveau.

Il s'agissait assurément, dans ce cas, d'une rupture traumatique de l'appendice au voisinage de son insertion cæcale. Quant à la pathogénie, voici comment la comprend l'auteur : le traumatisme produirait brusquement une augmentation de la pression des gaz intestinaux ; si des masses fécales obstruent le gros intestin et que l'intestin grêle soit comprimé sur le bassin, ces gaz sont refoulés dans la lumière étroite de l'appendice et provoquent une déchirure de la muqueuse. Il s'ensuit un écoulement sanguin, excellent bouillon de culture pour les microbes de la flore intestinale, qui déterminent une inflammation secondaire et l'appendicite est constituée.

Le cas rapporté ci-dessus, où l'opération a eu lieu dix heures après l'accident, est absolument typique.

Il faut espérer que la publication d'autres cas opérés de bonne heure démontrera dans quelle mesure les petits traumatismes peuvent déterminer l'appendicite.

Schichhold fait connaître (*Munch. med. Wochens.*, 1910) ses idées sur le *traitement tonsillaire des affections rhumatismales.*

En présence d'affections rhumatismales, dit-il, surtout en présence de récidives, il faut penser à un foyer purulent des amygdales ; aussi le traitement doit-il devenir dès lors tonsillaire, et les amygdales doivent-elles être examinées avec le plus grand soin en abaissant fortement la base de la langue au moyen de l'abaisse-langue.

Dans 70 cas de ce genre, que l'auteur traita par la méthode de Gurich (c'est-à-dire par l'ablation complète des amygdales, précédée de leur morcellement répété par des incisions frontales avec le conchotome de Hartmann), il fut la plupart du temps découvert du pus, en traces ou même en quantités appréciables.

Aussi Schichhold affirme-t-il que :

1° Le ou les germes des affections dites rhumatismales sont cachés dans le pus des cryptes amygdaliennes, d'où ils pénètrent dans la circulation à la faveur d'amygdalites pour déterminer des manifestations pathologiques spécifiques. En outre, dans certains cas exceptionnels, des amas purulents siégeant dans d'autres organes peuvent également devenir le point de départ de ces manifestations.

2° On ne peut obtenir la guérison définitive, on ne peut éviter les récidives que par l'ablation aussi radicale que possible des amygdales, telle que la permet la méthode de Gurich. Les autres procédés, comme la tonsillotomie banale, sont insuffisants.

3° Non seulement les lésions articulaires, mais encore les complications subissent une heureuse influence. Les inflammations de l'endocarde et celles du myocarde ne sont cependant susceptibles de guérir que si elles sont de date récente et si elles n'ont pas encore déterminé d'altérations appréciables des tissus. Quant aux nodosités verruqueuses anciennes, elles constituent un obstacle direct à la guérison, et de plus elles restent des sources de réinfection.

4° Enfin, indépendamment des affections rhumatismales, d'autres infections sont heureusement influencées par la thérapeutique tonsillaire qui sont en rapport avec *l'inflammation amygdalienne*, notamment les inflammations des reins.

Dr Fiser.

THÉRAPEUTIQUE

La Tiodine,

Faits cliniques et discussion à propos de la thérapeutique antiscléreuse,

Par le Dr M. Nigoul,

Médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissements de Paris, et des Postes et Télégraphes.

La Société de Thérapeutique (1) a longuement discuté sur la valeur curative des combinaisons albuminoïdes iodées ; elle a mis en lumière l'importance primordiale de la stabilité chimique au point de vue de l'efficacité et de l'innocuité clinique de ces corps.

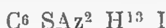
Il en est d'ailleurs ainsi pour la plupart des médicaments ; et, par exemple, l'action élective de la thiosinamine sur le tissu conjonctif ne peut être constante et sans inconvénients que dans une combinaison organique stable et lentement dissociable.

C'est ainsi que la Tiodine, combinaison organique stable d'iode et de thiosinamine, nous a fourni souvent une énergie iodique intensive sans inconvénients, et une action modificatrice des scléroses, sans toxicité appréciable.

Nous avons constaté que ce puissant remède donne

(1) Voir *Bull. général de Thérap.* 23 février, 15 mars 1911,

des résultats alors même que les iodures restent sans effet, alors même que la thiosinamine est inconstante, parce que, association organique de deux substances actives, elle réalise un ensemble de propriétés physiologiques se renforçant entre elles. La valeur hyperleucocytaire et antiscléreuse de la thiosinamine est ici fortifiée, secondée par les effets modificateurs de l'iode naissant et l'on obtient enfin ce résultat si souvent cherché, d'un arrêt, d'une régression dans l'évolution sclérogène.



Mais d'abord, qu'est, chimiquement, la Tiodine ? Elle est, nous l'avons dit, une combinaison organique d'iode et de thiosinamine, un corps nouveau la *thiosinnaminéthyliodide*, ayant pour formule :

$$C^6 SAz^2 H^{13} I$$

C'est un corps cristallisé, stable, de constitution fixe, invariable et parfaitement soluble, donc injectable, renfermant 47 % d'iode, c'est-à-dire une dose exceptionnellement élevée puisque les préparations peptoiodées n'en renferment pas plus de 16 %. Le reste de son pourcentage est représenté par la thiosinamine.

Au point de vue physiologique, cette substance représente à la fois les propriétés microbicides, résolutives, stimulantes pour la nutrition, hypotensives, de l'iode naissant et les propriétés toniques, diurétiques, hyperleucocytaires, vaso-dilatatrices de la thiosinamine jointes à son action élective sur le tissu conjonctif pathologique.

Sa toxicité est nulle aux doses thérapeutiques, et on ne lui reconnaît aucune causticité.

Au point de vue clinique, on utilise ce médicament de deux façons, soit par la voie sous-cutanée, soit par la voie gastrique (ampoules, pilules de tiodine). Une ampoule renferme 0,20 centigr. du remède et doit être injectée tous les deux jours et même, s'il y a lieu (nous l'avons fait) tous les jours. Chaque pilule renferme cinq centigr. du principe actif et 2 à 5 pilules par jour suffisent à donner de bons résultats.

C'est en utilisant ces doses et les deux voies d'introduction du remède que nous avons observé ses effets dans nos services des dispensaires des 1er et 2e arrondissements et des postes et télégraphes et plusieurs fois, aussi, dans la clientèle privée. Voici un certain nombre de ces observations *très résumées*.

Obs. I. — *Aortite chronique.* — Homme, 52 ans, syphilis probable. Injection tous les 2 jours d'une ampoule de tiodine — indolores. — Au bout de 4 injections disparition de la douleur ; à la 9e, diminution de la toux, des vertiges ; plus tard, atténuation du bruit de gond diastolique ; la diurèse a augmenté chez le malade et la pression (sphygmomanomètre) est tombée de 22 à 18.

La malade était depuis longtemps au traitement ioduré sans grands résultats.

Obs. II. — *Bronchite chronique.* — Malade de 57 ans, légère amélioration par l'iode sur la dyspnée et les exsudats. — 4 pilules par jour de tiodine. Effets rapidement plus nets. L'oppression cesse totalement ; les râles muqueux sont moins gros; pression sanguine de 19 tombe à 16.

Obs. III. — *Bronchite chronique et emphysème.* — Homme de 48 ans. Résultats antidyspnéiques très nets et diminution des poussées congestives avec 4 pilules journalières de tiodine — durée du traitement 20 jours. La médication iodée organique auparavant utilisée était moins active, car la dyspnée reparaissait souvent. La tiodine est continuée pendant 12 jours par mois et l'amélioration se maintient.

Obs. IV et V. — *Artériosclérose à localisations cérébrales.* — Vieillards de 70 et 74 ans. Lourdeur de tête et congestion de la face, céphalalgie, vertiges, somnolence, parfois hébétude.

Ces phénomènes s'atténuent légèrement avec les iodures ; sous l'influence de la tiodine 4 pilules par jour, ils ont entièrement disparu et très rapidement. Pression sanguine abaissée dans les deux cas.

Obs. VI et VII. — *Mal de Bright*, 67 ans et 59 ans. — Premier malade : 4 gr. d'albumine par litre second : 2 gr. Bruit de galop, oppression, céphalée, crampes. Pression 24 et 21. L'iodure absorbé depuis plusieurs mois a peu modifié cet état pathologique. 2 pilules de tiodine par jour, puis trois : la diurèse augmente légèrement ; albumine : 3 gr. chez le premier, 2 gr., chez le second. Choc cardiaque moins vibrant, pouls moins dur, tension 19 et 17.

Obs. VIII. — *Syphilis tertiaire, ramollissement cérébral, surdité ancienne.* — Homme de 58 ans, soumis à la médication iodée et iodurée, plusieurs légers ictus, le dernier, il y a 4 mois, avec aphasie.

Injections de tiodine tous les 2 jours, 12 jours de suite. Diminution rapide de la lourdeur frontale et de la somnolence. Depuis 3 mois, le malade injecte la tiodine pendant 12 jours par mois et il n'a jamais eu depuis le moindre trouble cérébral. La surdité n'a pas diminué.

Obs. IX. — *Syphilis, gomme suppurée du pouce.* — Le traitement ioduré intensif a fluidifié la suppuration, mais ne la guérit pas. Injections tous les deux jours de tiodine. Au bout de la 7e injection, diminution très nette de la suppuration. A la 12e, l'ulcération se cicatrise, nous continuons une nouvelle série de 12 injections et la lésion syphilitique disparaît totalement.

Tolérance parfaite. — Aucune douleur locale.

Obs. X, XI et XII. — *Tabes dorsalis confirmés.* — 1° femme de 41 ans ; 2° homme de 53 ans ; 3° homme de 59 ans, traités depuis longtemps par le mercure et KI à doses progressives. Evolution morbide stationnaire. Injections de tiodine tous les 2 jours chez les 2 premiers et tous les jours chez le dernier. Résultats : chez le 1er malade, disparition des douleurs fulgurantes et du ptosis, démarche meilleure. — Chez le second, disparition très rapide des douleurs en ceinture durant depuis plus d'un an, démarche meilleure. Ce malade, réfractaire à l'iodure (coryza, acné avec 1 gr. de KI et au bout de 5 à 6 jours), *supporte admirablement les injections de tiodine.*

Chez le 3e malade, paraplégique avec symptômes de méningo-myélite diffuse, contractures très douloureuses, diminution de la force musculaire aux membres supérieurs, troubles cérébraux, sommeil continuel. Injection de tiodine tous les jours : en une semaine, disparition des douleurs spasmodiques. On fait 24 injections ; amélioration générale très nette. Force musculaire revenue aux membres supérieurs, somnolence n'existe plus, le malade peut lever les pieds au-dessus du lit ou du sol.

Amélioration maintenue et accentuée avec les séries suivantes d'injections. Mais si on laisse de trop longs intervalles sans tiodine (3 semaines par exemple), les douleurs et les spasmes reparaissent. Aucune douleur aux injections, tolérance parfaite.

Obs. XIII. — *Bronchite syphilitique.* — Femme 36 ans. Syphilis tertiaire, bronchite chronique localisée. Pas de bacilles. Le traitement mixte puis fortement ioduré sans influence, il y a eu des effets secondaires, coryza, larmoiement, acné.

Injections de tiodine tous les 2 jours. Au bout de 6 injections, diminution nette de la toux et de la matité. A la 12e injection, cette amélioration se développe, Repos de 8 jours et nouvelle série de 12 injections, la bronchite spécifique a disparu.

Aucun symptôme d'intolérance.

Obs. IX et XV. — *Rétrécissements uréthraux.* — 4 pilules de tiodine par jour dans un cas et 5 dans l'autre, ont ramolli nettement, au bout de 10 à 15 jours, le tissu fibreux de sténose puisque le passage des béniqués, difficile et douloureux, est plus aisé. La disparition des rétrécissements par la dilatation a été complétée très vite en 4 et 6 séances.

Obs. XVI. — *Cicatrice difforme de brûlure à la région cervicale.* — Cette cicatrice, au bout de deux se-

maines de tiodine a changé d'aspect. Elle est devenue plus pâle et en certains endroits apparaissait du gonflement. Puis les tissus sont plus souples, les mouvements de latéralité de la tête sont faciles et avec du massage et de la mobilisation les brides cicatricielles ont perdu leur ancienne dureté. Un traitement prolongé a été nécessaire et l'absorption de tiodine est indispensable chaque mois pendant 10 à 15 jours.

Nous avons réuni au total 27 observations personnelles et nous avons obtenu dans les cardiopathies artérielles et mitrales des effets rapidement énergiques sur l'oppression, les palpitations, l'éréthisme, l'hypertension sanguine. Bons effets également sur le rhumatisme chronique. Nous n'avons pu observer l'action du remède sur les cirrhoses hépatiques, la cataracte sénile améliorée par Schoull (1) avec la thiosinamine, sur la myosite ossifiante traitée par Groskurth (2), sur les cicatrices chirurgicales (Costa, *Gaz. intern. di med.* 1908, n° 3), et enfin sur les otites adhésives améliorées avec la thiosinamine par Lermoyez et Mahu (3). De semblables recherches ne peuvent être faites que par des médecins spécialistes et nous auraient conduit trop loin.

Mais nos observations personnelles sont assez diverses pour nous permettre de conclure.

Elles nous autorisent à établir entre la médication iodée habituelle et la tiodine une étude comparative que nous allons grouper sous les trois chefs suivants :

1° *Cas morbides également influencés par la médication iodurée ordinaire et la tiodine.*

2° *Cas morbides uniquement influencés par la tiodine, après avoir résisté à la médication iodée.*

3° *Tolérance et toxicité comparatives, rapidité et durée de l'action médicamenteuse.*

1° *Cas morbides également influencés par les iodures et la tiodine* :

Ce sont l'artériosclérose avec ses diverses localisations (encéphale, rein, cœur), la syphilis, la bronchite chronique avec ou sans emphysème, les lésions valvulaires aortiques, les myocardites.

Dans ces observations, l'iode, soit sous la forme des iodures minéraux soit en combinaisons peptonées, nous avait donné les résultats habituels, mais avec plus ou moins de netteté. Or, dès l'utilisation de la tiodine, une amélioration s'est rapidement précisée. Nos deux artérioscléreux qui malgré l'iodure présentaient des congestions répétées de l'encéphale (obs. IV et V), n'ont plus ressenti aucun de ces symptômes. Ce syphilitique de 58 ans (obs. VIII), qui avait eu plusieurs faibles ictus de ramollissement malgré des doses élevées d'iodure, ne présente plus ces phénomènes depuis qu'il est soumis à l'action de la tiodine. Les troubles dyspnéiques chez nos bronchitiques, emphysémateux (obs. II et III), se sont nettement amendés. L'oppression et les palpitations existent moins chez nos cardiaques. La douleur rétrosternale avec vertiges et toux ont disparu chez notre aortique (obs. I), et enfin, la diurèse est meilleure, avec diminution de l'albumine, abaissement de la pression du sang, chez nos brightiques (obs. VI et VII). La gomme du pouce s'est rapidement fondue et cicatrisée chez ce malade que les iodés n'influençaient guère (obs. IX), et, cet ensemble dans les résultats, cette concordance, établissent assurément entre la médication iodurée et la tiodine une supériorité d'action pour celle-ci, et non seulement au point de vue de la puissance curative, mais au point de vue de la rapidité des résultats.

Cette supériorité apparaît bien davantage encore lorsqu'on compare les doses d'iode utilisées avec l'une et l'autre médication.

Une ampoule de tiodine ou 4 pilules représentent, en effet, 0,20 centigr. du remède, c'est-à-dire 9 centigr. environ d'iode naissant. Or, quand chez les mêmes malades, nous utilisons 1, 2 et 3 gr. de KI, nous manions 0,80, 1 gr. 60, 2 gr. 40 d'iode minéral. Et cependant, les effets thérapeutiques sont moins nets, moins puissants. C'est qu'en effet, il s'agit dans le premier cas d'une combinaison organique stable, mettant en liberté peu à peu et totalement son *iode naissant*, impressionnant les éléments anatomiques pendant une longue durée et sans dangers de toxicité ; et il y a enfin, l'influence de la thiosinamine.

2° *Cas morbides uniquement influencés par la tiodine.*

Il s'agit de 3 cas de tabes dorsalis (obs. X, XI et XIII), d'un cas de bronchite syphilitique (obs. XIII), d'un cas de cicatrice de brûlure (obs. XVI) et deux cas de rétrécissements uréthraux (obs. XIV et XV), ainsi que d'un cas de pleurite chronique douloureuse, non transcrit ici, et qui résistait aux iodures.

Ces diverses observations sont extrêmement intéressantes parce qu'elles prouvent l'efficacité particulière, élective, du remède sur le tissu scléreux.

La médication iodée seule avait été inactive. Les douleurs de nos tabétiques et l'impotence fonctionnelle, les troubles occasionnés par cette gomme bronchique, cette dureté des tissus cicatriciels, n'ont cédé qu'à la tiodine. Le passage facile des béniqués, la disparition du frottement et des douleurs thoraciques pleurales sont des résultats apparus avec l'absorption du médicament, et il y a dans tous ces faits une preuve de la valeur antifibreuse de cette association organique de l'iode à la thiosinamine.

Aussi conseillons-nous de ne pas utiliser ce remède quand il existe quelque part, dans l'économie, des cicatrices à respecter, car, sans exagérer son influence sur elles, il est plus prudent de ne pas insister.

3° *Tolérances et toxicités comparatives, rapidité et durée de l'action médicamenteuse.*

En aucun cas, nous n'avons observé d'intolérance ou de toxicité. Bien plus, nous avons deux malades réfractaires aux iodures et aux combinaisons peptoiodées (obs. XI et XIII). Chez eux, le coryza, l'acné, apparaissaient rapidement. Or, ils ont reçu, *sans le moindre inconvénient* la tiodine en injections. Un autre malade (obs. XV) a eu *tous les jours* une injection de cette substance sans présenter d'intolérance. N'y a-t-il pas là des faits utiles à publier ?

Les injections du remède sont *totalement indolores*, sans réactions inflammatoires. Prise par la voie gastrique, cette substance est facilement supportée par le tube digestif.

Quant à la rapidité d'action du médicament, elle nous semble incontestable. Chez plusieurs malades, nous voyons des phénomènes morbides céder avec 2 et 3 injections, seulement. D'une façon générale, nous voyons les transformations cliniques s'effectuer en 8, 10, 12 jours, alors que par les traitements iodés habituels, il eût fallu plusieurs semaines.

Il nous paraît utile de tenir le malade sous l'influence répétée du médicament, et, si l'on veut conserver les améliorations acquises, ou les développer, il faut veiller à ce que, chaque mois, cette combinaison organique soit utilisée pendant 10 à 12 jours consécutifs.

***

En présence de semblables résultats, nous nous refusons à trouver dans la tiodine une influence iodique seule, car enfin, il existe dans la thérapeuti-

(1) *Société de méd. de Paris*, 25 juin 1910.
(2) *Deustche militar. Zeitsch.*, 20 sept. 1908.
(3) *Presse Médicale*, 22 juin 1907.

que beaucoup d'autres préparations organiques d'iode stables et à lente dissociation qui ne présentent pas une égale activité.

Assurément, nous admettons que, grâce à sa stabilité, à sa forte teneur en iode, grâce à cette émission progressive de l'iode naissant, le remède agit comme l'un des plus puissants iodiques ; mais, à notre avis, il faut faire revenir une grande partie des résultats observés aux propriétés cliniques bien connues de la thiosinamine. On ne peut, quand on utilise le médicament, oublier qu'il renferme dans sa constitution ce principe actif spécifique, et ce serait une erreur d'attribuer les effets antiscléreux à l'iode seul. La tiodine occupe dans la thérapeutique une place particulière, personnelle, tout à fait à part. Elle n'est pas, à proprement parler, un iodique, elle va plus loin dans ses effets, elle est, en un mot, un médicament antifibreux. Voilà ce qu'il faut retenir.

C'est donc à elle qu'il faut avoir recours chaque fois qu'il existe des lésions conjonctives organisées ou en formation parce qu'elle pourra mieux les détruire.

Il ne faudrait pas cependant, aller trop loin dans cette interprétation de la valeur curative de ce médicament et lui reconnaître des effets modificateurs sur toutes sortes de scléroses. Ce serait une exagération. Il agit, avant tout, sur les processus dégénératifs, *sur la production* de la sclérose et sur les néoscléroses. Nous en avons la démonstration dans l'observation XII, chez ce syphilitique médullaire avec paraplégie ancienne, qui souffrait depuis quelques mois seulement de spasmes et de contractures douloureuses.

Or, à quoi étaient dus ces phénomènes ?

A un développement *progressif et récent* de lésions scléreuses médullaires irritant le faisceau pyramidal. La tiodine a fait disparaître d'abord ces troubles spasmodiques, ces contractures, elle a agi sur les tissus *nouvellement* dégénérés ; la sclérose ancienne (3 ans) des cordons postérieurs n'a pas changé, ou à peine, puisque la paraplégie persiste. Ailleurs, la surdité persiste également, tandis que d'autres phénomènes morbides plus récents disparaissent.

Donc, le médicament n'a qu'une action restreinte sur les vieilles lésions. Cependant, quand il est possible de joindre une action mécanique aux effets antiscléreux, par exemple, le massage dans les sténoses et contre les adhérences fibreuses entourant les organes, nous croyons que l'on peut obtenir d'encourageants résultats : nos observations XIV et XV en font foi.

Nous pouvons donc conclure cette longue discussion clinique par cette seule phrase :

La tiodine est un moyen puissant d'arrêter dans l'économie l'évolution de la sclérose, elle est un remède véritablement antiscléreux.

CORRESPONDANCE

Un moyen pratique de prophylaxie antialcoolique ?

Nous recevons la lettre suivante et nous faisons appel à nos lecteurs pour renseigner notre confrère :

Monsieur le Directeur,

Il n'y a pas très longtemps, j'ai lu dans les journaux médicaux un mode nouveau et original de guérir l'alcoolisme. Cela venait, je crois, d'Amérique. Il s'agirait de faire prendre au malade dans les aliments et à son insu un produit, un sel chimique, si je ne me trompe. Lorsque l'alcoolique absorberait ensuite du vin, des liqueurs ou de l'alcool, il se formerait, par suite de la présence de ce sel dans la salive, un composé qui produirait un mauvais goût à la bouche. Et ainsi l'ivrogne, ressentant ce mauvais goût, chaque fois qu'il boirait une rasade ou un petit verre, s'en dégoûterait complètement.

J'ai omis de prendre note de la nature du produit à employer. Et je voudrais essayer ce procédé sur un de mes clients qu'il n'y a pas moyen de corriger par les autres façons.

Si vous vouliez donc avoir l'amabilité d'insérer une note dans le *Concours*, peut-être quelque confrère, qui a lu jadis ce que je relate, pourrait me fournir l'indication qui me fait défaut.

En attendant de vous remercier, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments dévoués,

Dr Arribat,
de la Salvetat
(Hérault).

PARTIE PROFESSIONNELLE

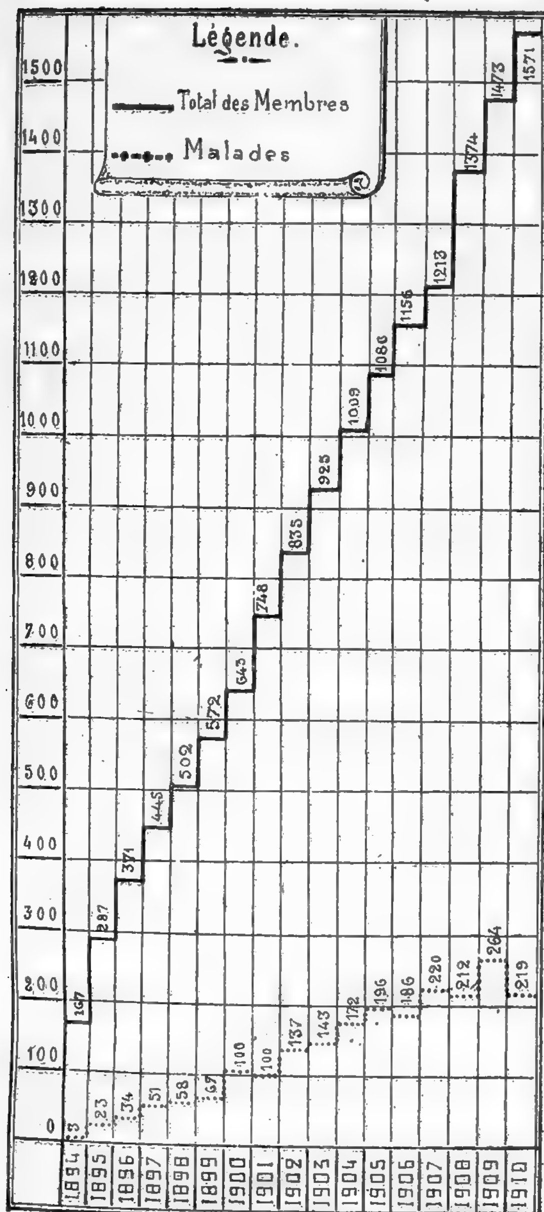
CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les graphiques de l'Amicale.

Lorsqu'au lit du malade, nous nous informons de sa température et qu'on nous répond : « Aujourd'hui il y a tant de degrés, hier, il y avait tant ; le matin tant, le soir tant », il nous faut réfléchir un moment avant de nous former une idée d'ensemble et surtout, si la maladie dure depuis quelque temps, cette vue d'ensemble est plus ou moins confuse. Si au contraire notre malade peut nous présenter la *courbe de sa température*, la tâche nous est bien plus aisée, car l'image que nous nous formions tout à l'heure à grand'peine vient s'imposer d'elle-même à notre esprit. Je me suis souvent fait des réflexions analogues en parcourant les comptes rendus financiers de l'Amicale. Certes, tous les chiffres qu'ils contiennent sont pleins d'enseignements pour qui sait les interpréter, mais ils n'imposent pas à la vue leur signification et j'ai maintes fois pensé qu'il serait intéressant de faire pour eux ce qu'on fait pour la fièvre de nos malades. Je dis pour la fièvre..... mais.... à y réfléchir, c'est plutôt aux courbes de poids que l'on dresse maintenant pour les enfants qu'il faudrait comparer les courbes de l'Amicale ; car de même qu'en notant à intervalles égaux le poids d'un enfant on se rend compte

de son état de santé ou de maladie, en suivant les variations et les anomalies de la courbe des poids ; de même en notant chaque année sur un tableau le nombre des membres, le chiffre des cotisations, les dépenses, les indemnités maladies, etc., on obtient des tableaux grâce auxquels on voit du premier coup d'œil si la société est prospère et si son budget est en équilibre stable.

I. Tableau du nombre des Membres.

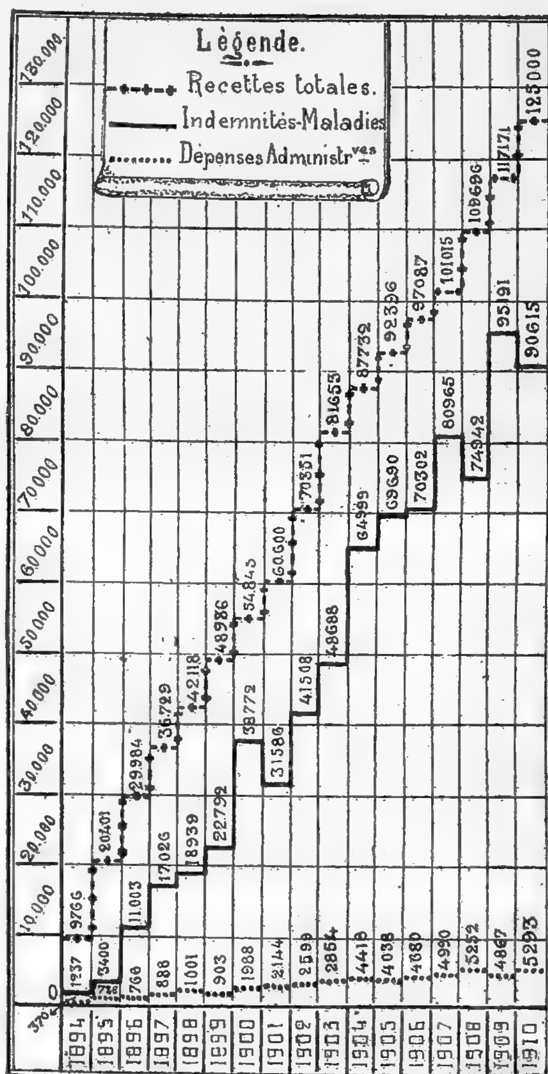


Désormais donc, et sans être né statisticien, chaque membre de l'Amicale pourra sans fatigue, d'un simple coup d'œil, surveiller la bonne marche des affaires : et s'il voit un jour que les courbes deviennent irrégulières, que les dépenses augmentent plus vite que les recettes, que le nombre des malades est hors de proportion avec celui des membres, il pourra, d'accord avec le comité de direction, provoquer la consultation de l'actuaire, de même que la mère, avertie par les irrégularités de la courbe de poids de son enfant, s'inquiète et va consulter son médecin.

Le tableau I nous renseigne sur le nombre des membres de la société et sur le nombre annuel des malades.

La ligne supérieure qui indique le total des membres de l'Amicale suit une rapide progression surtout dans les dernières années ; parti de 167 en 1894 le nombre des membres atteint 1.571 en 1910.

II. Tableau financier.

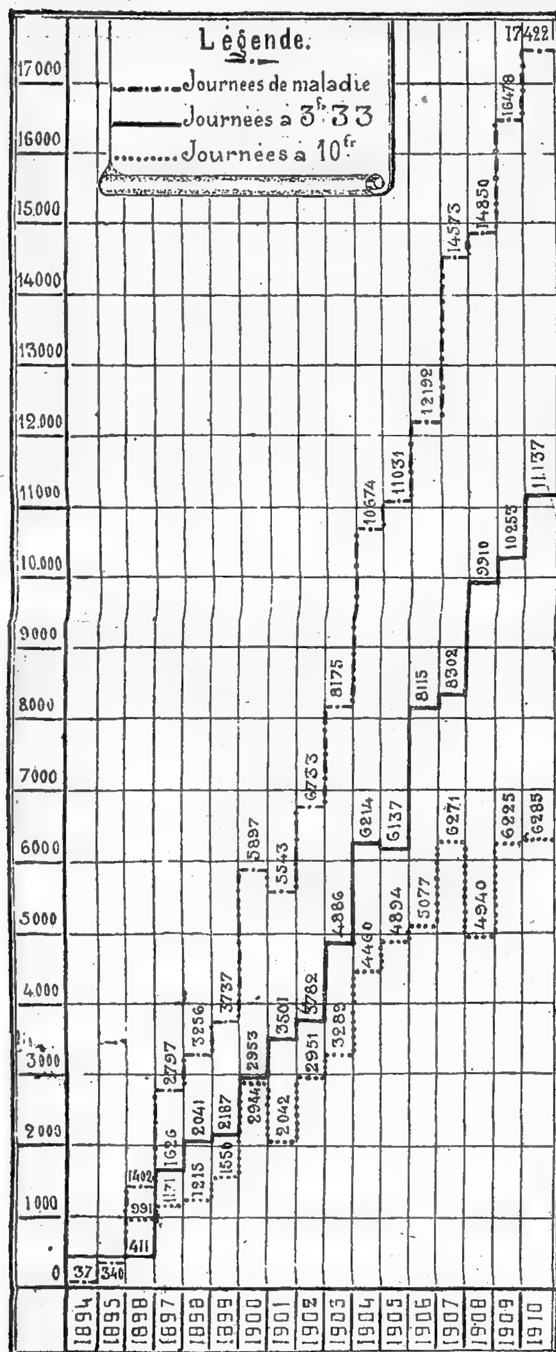


La ligne inférieure indique le nombre des malades par année ; la progression en est moins régulière ; la maladie subissant des variations que nous connaissons tous. De 3 malades, la première année, nous arrivons à 219 en 1910. Si le nombre des malades croît chaque année, il faut remarquer cependant qu'il croît moins vite que le nombre des membres, l'espace qui s'étend en augmentant entre cette courbe et la première en est la preuve.

Le tableau II nous montre l'état de nos bud-

gets. La ligne supérieure indique les recettes totales, qui se décomposent en cotisations et revenus du portefeuille ; parties de 9.766 francs en 1894, elles atteignent 125.000 francs en 1910 ; la progression est très satisfaisante, il n'y a qu'à en souhaiter la continuation. En regard et au

III. Tableau des Journées de Maladie.



bas du tableau, se trouvent les dépenses de gestion : indemnités au bureau, frais de poste, de recouvrement d'argent, etc., qui passent de 127 francs en 1894 à 5,293 francs en 1910. Il n'y a donc qu'à se louer de l'économie qui préside à la gestion de nos finances et à remercier les dévoués confrères qui y prodiguent leur temps et leur travail avec tant de désintéressement. Enfin la troisième courbe de ce tableau nous montre les sommes versées chaque année aux confrères malades. Là encore, à part deux crochets, en 1901 et en 1908, nous trouvons une progression ; il n'y a d'ailleurs pas à s'en inquiéter, les membres vieillissent, leur nombre augmente chaque année, deux raisons qui expliquent la croissance de la gravité et du nombre des maladies.

Tant que cette courbe sera au-dessous de celle des recettes, nous pourrons être tranquilles. Or, nous avons de 20.000 francs à 30.000 francs entre les deux lignes. D'ailleurs si une épidémie inopinée venait un jour à faire monter trop haut le chiffre des indemnités, il n'y aurait pas encore à s'effrayer pourvu que cela ne se reproduise pas, car la société a des réserves qui lui permettent de considérer l'avenir avec tranquillité. Nous reviendrons peut-être un jour sur ce sujet.

Reste le tableau III qui montre le nombre annuel des journées de maladie. Ce nombre subit des variations annuelles tout en s'accroissant avec le nombre et l'âge des membres. Le nombre total de ces journées était de 37 en 1894, il atteint un chiffre de 17.422 journées en 1910. On peut le diviser en deux catégories : 1° les journées à 10 francs qui, parties du même chiffre, arrivent à 6.285 en 1910 ; 2° les journées chroniques à 3 fr. 33, dont le nombre part de 411 en 1896, pour arriver à 11.137 en 1910. Pendant les deux premières années en effet, il n'y a pas eu de membres malades plus de 2 mois consécutifs.

Explications superflues pour beaucoup, je suis sûr, tant un tableau parle clairement à l'esprit !

Aux confrères de l'Amicale, mes tableaux montreront la vie et le développement de leur œuvre de prévoyance ; aux médecins qui n'en font pas encore partie, ils donneront une preuve de sa sécurité. Puissent-ils enlever les derniers scrupules qui les empêchent d'adhérer à une œuvre dont ils s'applaudiront peut-être un jour de faire partie.

Dr Louis Gassot.
Trésorier-adjoint de l'Amicale.

Société de Secours Mutuels pour femmes de Médecins.

L'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, qui vient de tenir ses séances le 30 avril dernier, a décidé la création d'une société de secours mutuels pour femmes de médecins. Tout en rendant hommage aux intentions louables et aux sentiments altruistes et très confraternels des auteurs du projet et du Conseil général qui nous le présentait, je n'ai pu m'abstenir de regretter que ce projet soit adopté, non point que nous y soyons opposé en principe, mais parce que je craignais que cette société nouvelle ne fît double emploi avec une Société déjà existante et risquât d'en compromettre l'avenir.

Les modalités pour arriver à la constitution

d'une retraite de droit sont nombreuses et variées. Depuis une vingtaine d'années, l'esprit toujours en éveil de nos actuaires a donné naissance à des combinaisons fort ingénieuses pour obtenir ce résultat. Quelques-unes paraissent des plus solides et des plus sérieuses. L'une de celles-ci est celle qu'a adoptée la Mutuelle médicale française de retraites, autrement dit la Mutuelle de Saumur, ainsi nommée à cause de son siège social.

La Mutuelle de Saumur assure à ses adhérents pour une cotisation annuelle de 60 francs, une retraite après 20 ans de participation et 50 ans d'âge. En outre, la Société assure à ses membres atteints d'une maladie incurable, ou aux veuves de sociétaires, une retraite proportionnelle, quel que soit leur âge. L'adhérent ne touche sa retraite que s'il n'exerce plus la médecine. Quel sera le taux de la retraite ? C'est là la question la plus intéressante. A l'assemblée générale de l'A. G., quelqu'un a même mis en doute la possibilité de servir cette retraite aux adhérents. Or, s'il n'est pas possible de fixer dès à présent le taux exact de la retraite, il est très facile de se rendre compte des garanties présentées par la Mutuelle de Saumur.

L'assuré verse une cotisation annuelle de 60 francs quels que soient son âge et son sexe (la femme du médecin pouvant s'assurer en même temps que son mari). Or, pendant les cinq premières années, toutes les recettes de la Société, cotisations, intérêts des valeurs et libéralités, ont été capitalisées à capital inaliénable. Pendant les quinze années suivantes, les 9/10es de toutes les cotisations vont s'ajouter à ce capital. Les intérêts des valeurs devront servir à payer les retraites proportionnelles. Si pendant les cinq premières années le nombre des sociétaires était de 100 par exemple, ils ont donc versé $5 \times 60 \times 100 =$ 30.000, trente mille francs, plus les intérêts.

Si pendant les cinq autres années, les Sociétaires sont 500, le chiffre des cotisations s'élève à $60 \times 5 \times 500 =$ 150.000 fr, dont les 9/10es, soit 135.000 frs, vont au capital inaliénable. Si pendant les dix années suivantes, les sociétaires sont au nombre de mille, le produit des cotisations est égal à $60 \times 10 \times 1000 =$ 600.000 francs dont les 9/10es, soit 540.000 francs, vont au capital inaliénable qui devra être, au bout des vingt premières années, approximativement de 30.000 + 135.000 + 540.000 = 705.000 francs, plus les intérêts non employés les libéralités, les sommes acquises par décès des titulaires et toutes les autres recettes.

Au bout de la vingtième année, les sociétaires ayant droit à la retraite (hommes ou femmes), c'est-à-dire ayant atteint 50 ans d'âge et n'exerçant plus la médecine auront à se partager pour constituer cette retraite : 1° les 9/10es des cotisations versées annuellement ; 2° l'intérêt du capital inaliénable et enfin toutes les autres recettes de la Société. Le capital social ne sera plus augmenté que de 1/10e des cotisations versées et des libéralités ayant cette affectation spéciale. Supposons, pour la facilité de démonstration, qu'à ce moment-là, le nombre des Sociétaires soit de mille, le capital social, étant d'environ 700.000 francs, plutôt plus que moins, doit rapporter un intérêt d'environ 25.000 fr. Les 9/10es des cotisations de mille sociétaires sont de 54.000 fr., les sommes à distribuer aux ayants droit seront donc de 25.000 + 54.000 = 79.000 fr. Or le nombre des sociétaires devant toucher la pension au bout de 20 ans, est actuellement de 55.

Leur retraite sera donc de 79.000 fr : 55 = 1436 francs.

Comme le capital social augmente tous les ans du dixième des cotisations versées, et que la retraite est constituée par les intérêts de ce capital plus les 9/10es des cotisations versées dans l'année précédente, plus le nombre des sociétaires cotisants sera considérable, plus le chiffre de la retraite sera élevé, puisque le taux de celle-ci est proportionnel aux cotisations versées. Le taux ne peut toutefois dépasser 1.500 francs.

L'opération est donc solide, avantageuse et sans risque d'aucune sorte.

Le projet présenté par le Conseil général de l'A. G. est également, quoique procédant de combinaisons différentes, des plus solides ; mais il présente l'inconvénient majeur d'être beaucoup moins avantageux.

En effet, ce projet se propose de distribuer des retraites : 1° aux seules femmes de médecins ; 2° à 55 ans ; 3° le taux de la retraite ne peut être supérieur à 360 francs après 15 ans de participation. La comparaison entre les deux systèmes n'est déjà pas à l'avantage du second qui ne s'adresse plus qu'aux femmes de médecins, alors que la Mutuelle de Saumur s'adresse aux médecins aussi bien qu'à leurs femmes ; de plus elle recule l'âge de la retraite de cinq ans et enfin le taux de la retraite ne peut excéder 360 francs. Il est vrai que la durée de la participation est plus courte ; mais cet avantage apparent n'existe plus quand on compare les primes à payer dans les deux systèmes.

Prenons le projet de l'A. G.

Une femme de 25 ans doit faire 35 versements de 31 francs, capital aliéné, soit 1085.

Une femme de 35 ans doit faire 25 versements de 55 francs, capital aliéné, soit 1375.

Une femme de 45 ans doit faire, 15 versements de 118 francs, capital aliéné, soit 1770.

A ces chiffres, il faut ajouter des frais de gestion de 6 francs par an et par sociétaire, ce qui ramène les chiffres précédents à $1085 + 6 \times 35 = 1295$ pour la première ; à $1375 + 6 \times 25 = 1525$ pour la 2e, et $1770 + 6 \times 15 = 1860$ pour la 3e. Le total de ces cotisations, divisé par 3, donne la moyenne de 1560 francs.

La Mutuelle de Saumur perçoit au contraire pour une femme de n'importe quel âge, pourvu que son mari soit membre participant de la So-Société, une cotisation uniforme de 60 francs qui, renouvelée pendant 20 années, donne le chiffre de 1200 francs net de tous frais de gestion, pour une retraite qui sera très certainement supérieure à 360 francs.

Par conséquent, faisant abstraction de toute sentimentalité et de tout esprit de contradiction, j'ai le droit de conclure en disant *que la Mutuelle Médicale française de retraites présente pour les*

femmes des médecins, quel que soit leur âge, des avantages incontestables, sur le projet proposé par le Conseil général de l'A. G. tant à cause de la cotisation moins élevée que du taux bien supérieur de la retraite. A ces avantages déjà sérieux vient s'ajouter la possibilité, dans certaines conditions, de toucher une retraite proportionnelle après cinq ans de participation. Enfin une caisse de prévoyance sert à aider les sociétaires dans une situation précaire au paiement de leurs cotisations.

Comme le disait si bien l'ancien Secrétaire général de l'A. G., « il ne faut pas disséminer nos efforts ; seules, des caisses s'adressant au plus grand nombre possible de membres ont chance d'être viables et de donner des résultats certains ». *Amen!*

Docteur Delpeut,
St-Chéron (Seine-et-Oise)

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'Administration des Tabacs refuse le paiement du certificat descriptif final remis à l'ouvrier blessé par son médecin traitant.

Protestation remise au Ministre des Finances par les Délégués du Syndicat des Ouvriers des Tabacs et du Syndicat de Médecine sociale.

Monsieur le Ministre,

Nous avons l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur le regrettable litige qui s'est élevé entre la manufacture des Tabacs de Lille et l'un de ses ouvriers, accidenté du travail, M. Delvalée. Il s'agit du paiement d'un certficat descriptif final. La justice de paix de Lille a statué, le 25 janvier 1911, contre ledit M. Delvalée ; mais il ne semble pas que le magistrat ait bien compris l'importance du principe dont il décidait peut-être hâtivement. Un appel en cassation est donc possible, qui pourrait être heureux ; mais il nous paraît préférable de solliciter votre médiation. La République n'a pas besoin, comme certains industriels, de ruser avec la loi ; elle en doit faire respecter l'esprit et la lettre par les administrateurs qu'elle a choisis ; c'est l'Etat qui doit donner le bon exemple aux autres patrons, comme l'ont dit à l'envie plusieurs ministres.

La Manufacture des Tabacs de Lille a soulevé déjà maintes difficultés à propos de l'application de la loi « Accidents » ; de son autorité privée, elle avait fait afficher, notamment, qu'elle ne prenait pas à sa charge les frais de délivrance des certificats médicaux — position excessive qu'elle n'a pas pu tenir.

En l'espèce, elle se sert d'une interprétation à notre sens trop large de l'article 4 de la loi autorisant la visite du blessé par le médecin patronal. Elle a obtenu du médecin de l'Administration un rapport qu'elle voudrait considérer comme un certificat et refuse à l'ouvrier le droit de s'en faire dresser un par son médecin traitant, sinon à ses propres frais.

Le jugement est fondé sur ces raisons :

1° Que le médecin traitant, M. Verhaeghe, assistait à la visite que son confrère fit au blessé pour établir son état définitif ;

2° Qu'il y eut accord entre l'ouvrier et l'administration pour la fixation de la rente viagère et que l'ouvrier, dès lors, n'eut aucun besoin du certificat à lui délivré par le docteur Verhaeghe.

Il ne nous semble pas que ce soit là raisons sérieuses.

Il est impossible d'établir que le médecin administratif ait fait une expertise contradictoire; il ne *faisait que la visite de contrôle prévue par la loi* (art. 4).

Surtout aucun argument ne doit être tiré de l'accord entre l'ouvrier et son patron. Car, d'abord, il aurait pu ne pas se produire, et, ensuite, il a été possible seulement parce que les conclusions du médecin traitant étaient conformes aux offres faites à M. Delvalée par son administration.

Le plus grave est peut-être que Monsieur le Juge de paix de Lille n'a pas vu que les faits étaient tout à fait secondaires et que, dans l'esprit de la loi, nulle circonstance n'autorise à dire que le certificat descriptif final peut être inutile et dispense en conséquence l'employeur d'en payer le coût.

C'est qu'il n'est pas fait pour le chef d'entreprise, pour sa comptabilité ni pour son agrément; il est fait pour l'ouvrier qui ne doit s'en dessaisir en aucun cas, à cause des motifs suivants :

1° Parce qu'il indique la date jusqu'où doit courir le demi-salaire et qu'il fait preuve en cas de contestation sur ce point devant les tribunaux.

2° Parce que des conséquences imprévues peuvent venir perturber et aggraver l'état du blessé qui, se croyant guéri, aurait repris son travail; l'ouvrier a trois ans pour intenter un procès en revision ; ces limites courent précisément depuis le jour dont est daté le certificat descriptif final. Comment accepter, dans ces conditions, la prétention d'une administration à ne pas connaître d'un document aussi important, sous le prétexte qu'un accord momentané — mais que des événements peuvent rendre révocable — a permis de se passer de sa production. Le blessé doit toujours être muni d'une pièce si importante ; il a autant besoin que son patron de posséder un certificat final.

Ce n'est donc pas parce qu'une pièce n'a pas été utilisée par le chef d'entreprise qu'il ne la doit pas payer. Elle n'est pas faite pour lui ; elle peut l'être contre lui.

La loi a voulu garantir au blessé la liberté absolue de choisir son médecin et d'obtenir de lui les pièces utiles à la défense de ses intérêts. Si l'on entrait dans les voies de l'administration des Tabacs de Lille et de la justice de paix de cette ville, c'est l'esprit de la loi corrompu, le libre choix compromis.

Vous comprendrez, Monsieur le Ministre, les raisons qui nous font agir et n'abandonnerez point le sort des travailleurs à la fantaisie des interprétations débilitantes de la loi.

ASSISTANCE PUBLIQUE

L'infirmière dans l'Assistance à domicile.

Monsieur et cher confrère,

Vous demandez aux médecins de campagne leur opinion sur l'utilité d'un service d'infirmières pour l'assistance à domicile, dans votre chronique du 21 mai 1911. Eh bien! voilà la situation dans mon petit quartier.

Ma clientèle s'étend sur six communes entourant la mienne, et dans chacune existe une religieuse ou une ancienne religieuse sécularisée. Dans trois, la municipalité donne un subside variant de cent à trois cents francs pour que la sœur ait soin spécialement des indigents inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite. Elle est en outre encouragée à voir les malades, et personne ne demande le médecin sans son avis. Il m'est arrivé souvent d'être appelé malgré l'opposition de plusieurs d'entre elles. En général, ces religieuses en habit ou « déshabillées » n'ont même pas le brevet qui leur permettrait de faire la classe comme leurs compagnes. Elles sont là pour grossir le budget de la petite communauté par les consultations et la vente des médicaments qu'on vient leur demander.

Dans quelques circonstances, mais combien rares! ces gardes-malades seraient peut-être utiles pour administrer les médicaments et veiller à l'exécution des prescriptions du médecin. Je l'ai cru pendant les premières années mais jamais elles ne consentiront à se mettre sous la coupe du médecin; cela nuirait trop à leur prestige. Elles ne secondent nullement le médecin, elles lui font concurrence et elles ne veulent jamais assister à la visite.

Grâce à elles, on ne voit une pneumonie qu'après le quatrième jour, une fièvre typhoïde après le huitième, un panaris quand les esquilles osseuses commencent à sortir. Voilà l'assistance rêvée ! ! Mettez à leur place des infirmières diplômées, voire des sages-femmes, le médecin n'aura plus qu'à se mettre tâcheron ou casseur de pierres : là au moins il ne risque pas de ne plus trouver du travail.

Quelles que soient les précautions prises, cette institution favorisera toujours l'exercice illégal et sera toujours plus coûteuse, même que l'hospitalisation.

L'exemple de la commune qui paie trois cents francs sa garde-malade pourra vous édifier : Avant 1908 (année où la municipalité a versé à la sœur), mes honoraires pour l'A. M. G. depuis 1898, variaient entre 150 et 250 francs; depuis ils n'ont jamais atteint 70 francs avec médicaments compris. Pour les autres communes, l'action des gardes-malades a été moins sensible chez les indigènes : je n'ai pas de preuve suffisante pour les malades payants.

Dans ce cas particulier, il est donc moins avantageux pour la commune de payer 300 francs à la garde-malade plus 65 francs en moyenne au médecin, que de faire soigner directement par le médecin, ce qui occasionnait une dépense maxima de 250 francs.

Quant à l'hospitalisation des malades de cette commune, elle est gratuite à mon petit hôpital, jusqu'à concurrence de cent journées qui sont rarement employées.

Comme conclusion, je suis presque obligé de dire que c'est une mauvaise action confraternelle de favoriser l'Assistance à domicile en dehors du contrôle du médecin, et je maintiens qu'à la campagne, le contrôle médical ne sera jamais qu'illusoire tant que le médecin voudra se faire honorer selon sa peine.

Si vous désiriez connaître l'organisation embryonnaire de l'Assistance à l'hôpital de X... et de l'Assistance à domicile dans les différentes communes, plus en détail, j'essaierai d'obtenir tous les renseignements possibles.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr P.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Cours d'instruction du service de santé militaire à Paris en 1911.— Ce cours d'instruction aura lieu du 6 au 25 juin. D'une façon générale on peut dire qu'il comprend des conférences, des exercices pratiques et une manœuvre de garnison.

1. *Conférences.*— En voici la liste avec l'indication de leur date. A moins d'indications spéciales, elles ont lieu au Val-de-Grâce.

Un officier supérieur d'état-major traitera : le 6, à 3 heures, de la « Constitution générale d'une armée » ; le 7, à 8 heures, des « Notions sur le combat » ; le 12, à 3 heures, de « L'état-major et les services. Les ordres ».

Le directeur technique exposera : le 6, à 4 heures : « l'organisation générale du service de santé en campagne » ; le 8, à 8 heures « Les organes du service de santé dans la zone de l'avant et dans la zone des étapes » ; le 9, à 8 heures, « Le service de santé considéré dans le corps d'armée, en station, en marche, en combat » ; le 10, à 8 heures, « Le service de santé des étapes, avant et après la bataille. Les inhumations et l'assainissement du champ de bataille » Le 15, à 3 heures, « L'hospitalisation et les évacuations des malades et blessés ».

Le médecin divisionnaire donnera le 16, à 8 h. 30, les « Notions sur la mobilisation ». Le même jour, à 4 heures, quai de la Râpée, le médecin-chef de l'hôpital de campagne parlera sur la « Libération de l'hôpital de campagne : l'hôpital de campagne aux mains de l'ennemi. Ravitaillement de l'hôpital de campagne. »

Des officiers d'administration sont chargés de développer : l'un, le 9, à 3 heures, « L'alimentation en campagne : les organes de ravitaillement. Les réquisitions » ; un autre le 14, à 8 heures, « Les actes civils aux armées ».

Un pharmacien-major exposera le 17, à 8 h., « Les expertises chimiques des aliments en campagne ».

II. *Les exercices pratiques* comprennent : la démonstration détaillée du matériel, la lecture de la carte sur le terrain, l'exécution sur le terrain du

service de santé régimentaire, la reconnaissance hygiénique de la zone de stationnement d'une division, la préparation et l'installation du cantonnement d'une ambulance, le bivouac d'une ambulance, les rapports.

III. *Manœuvre de garnison.*— Elle aura lieu les 22, 23 et 24. Le 22, service régimentaire. Fonctionnement de l'ambulance divisionnaire. Installation de l'hôpital de campagne. Le 23, libération d'une section d'ambulance par l'hôpital de campagne, Fonctionnement de l'hôpital de campagne. Le 24, devant la redoute de Gravelle, au sud du bois de Vincennes, à 8 h.30 : recherche de blessés par les chiens sanitaires. A 10 heures, arrivée d'un convoi automobile d'évacuation. Installation et fonctionnement d'une infirmerie de gîte d'étapes.

L'Orchestre médical, composé de 90 exécutants, sous la direction de Henri Büsser, chef d'orchestre à l'Opéra, donnera son 3e concert le mardi 13 juin, à 9 heures du soir, salle de la Société d'horticulture, 84, rue de Grenelle, au profit de l'Œuvre du secours immédiat, dont le fondateur est le professeur Lucas-Championnière.

L'Orchestre médical, qui a déjà remporté de nombreux succès cet hiver, nous offre un programme des plus attrayants.

Cosi fan tutte, l'opéra-comique de Mozart, œuvre exquise qui n'a pas été jouée en France depuis longtemps, sera interprété à l'italienne par des artistes émérites du monde médical : Mme Bleuzé, de l'Opéra-Comique, Mme Bonamy, Mlle Trelli, Dr Brot, Dr David, Dr Corhumel.

Les récitatifs seront, comme à Munich, accompagnés au clavecin par Mlle Marg. Delcourt.

L'ouverture de *Prométhée*, de Beethoven, la *symphonie* en si mineur de Schubert, une *suite* de César Franck, un air d'*Iphigénie en Tauride* de Gluck, compléteront cet admirable programme.

On trouve des billets à 3 fr. et à 2 fr. au siège de l'Orchestre médical, 3, rue Rabelais, chez MM. Durand, Grus, et à l'agence musicale E. Demets, 3, rue de Louvois.

Deuxième Congrès International d'Urologie. — Le deuxième Congrès de l'Association Internationale d'Urologie se tiendra à Londres du 24 au 28 juillet prochain, sous la présidence du Professeur Hurry Fenwick. Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° « Phosphaturie et oxalurie », rapporteurs : MM. Hogge (Liége) et Péchère (Bruxelles); Richter (Berlin) ; Teissier (Lyon). —2° « Résultats éloignés des prostatectomies », Rapporteurs : MM. Proust (Paris) ; Regino Gonzalès (Mexico) ; Young (Baltimore) ; Zuckerkandl (Vienne).—3° « Des résections larges de la vessie » ; Rapporteurs : MM. Hurry Fenwick (Londres) ; Giordano (Venise) ; Rovsing (Copenhague). Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Desnos, secrétaire général, 59, rue La Boétie, à Paris,

Voyage d'études en Scandinavie. — Le huitième voyage de perfectionnement scientifique et médical de l'A. P. M. aura lieu du 12 au 30 août en Scandinavie (Danemark, Norvège, Suède). Il coïncidera avec la première session annuelle de l'Association.

L'itinéraire adopté par le Conseil d'Administration dans sa séance du 6 avril est le suivant : Hambourg, Altona, Kiel, Longeland, Korsor, Copenhague, Skodsborg, Klampendorg, Copenhague, Elseneur, Falkenberg, Goteborg, les chutes de Trolœtan, Christiania, Myrdal, Flaam, le Sognefjord, Gudwangen, Stalheim, Voss, Bergen, le Hardangerfjord, Odde, les cascades du Lautefos, Eide, Voss, Christiania, Holmenkollen, Christiania, Fricksta Koping, Stockholm, Upsala, le lac Mœlar, Stockholm, Katrineholm, Mjolby, Vislanda, Lund, Trelleborg, Sassnitz, Stralsund, Berlin.

Pour faciliter le voyage, le départ se fera en groupe de Paris par voitures rapides directes ; et le retour de Berlin pourra s'effectuer à volonté avec des billets individuels à durée facultative jusqu'au 15 septembre.

On sera à Berlin au moment des grands Congrès internationaux d'oto-rhino-laryngologie et des Gouttes de lait. Ce sera également l'époque où l'Exposition internationale d'hygiène de Dresde battra son plein : on pourra en aller faire la visite en corps de Berlin, car son importance est considérable.

Banquet de la Société des Médecins-Inspecteurs des Ecoles de Paris. — Samedi soir, a eu lieu à l'hôtel Lutétia, un banquet particulièrement brillant organisé par la Société des Médecins-Inspecteurs des écoles de la Seine.

Cet important groupement, qui est à la tête des associations de médecins scolaires, fêtait la nomination des 90 nouveaux collègues reçus au concours institué récemment et qu'il réclamait depuis de longues années.

M. Edouard Petit, inspecteur général de l'instruction publique, délégué par le ministre, M. Steeg, empêché, présidait assisté de MM. les docteurs Cayla, président de la Société ; Butte, secrétaire général et Dufestel.

Dans l'assistance, MM. Bédorez, directeur de l'enseignement primaire de la Seine ; Leune, sous-directeur ; Pédebidou, sénateur ; Dussault, vice-président du conseil général ; Dr Guibert, rapporteur de la réorganisation de l'inspection médicale au conseil municipal et ses collègues MM. Deville et Ambroise Rendu ; Vigier, Friedel ; Drs Mathieu et Méry ; R. M. Petit, avocat de la Société.

A la fin du dîner, M Edouard Petit a clôturé la série des discours en rendant hommage aux médecins-inspecteurs scolaires qui sont appelés à rendre de précieux services en assurant la défense de la santé des enfants et la bonne hygiène des écoles.

Il a exprimé, en terminant, le vœu que soit bientôt voté le projet de loi organisant l'inspection médicale scolaire dans toute la France.

La Saison de Vichy. — Nous rappelons au corps médical qu'il y a intérêt, pour les malades, à faire la saison de Vichy avant l'encombrement qui se produit inévitablement vers le milieu de juillet.

Cette recommandation est d'autant plus importante qu'il est parfois nécessaire de faire une seconde saison à l'automne.

Il n'est pas nécessaire de rappeler que les malades trouvent aujourd'hui à Vichy, dans les principaux hôtels, les éléments des cures de régime qui sont appliqués dans les stations étrangères.

Toutes les affections de la nutrition y sont traitées avec succès, sous la direction d'un corps médical expérimenté. Le temps n'est plus où la cure de Vichy était limitée au diabète, aux maladies du foie, de l'estomac et de l'appareil urinaire ; toutes les formes de l'entérite et toutes les variétés de l'arthritisme sont traitées avec succès.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. | N° 24 | Dimanche 11 JUIN 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Il y a un an, nous annoncions qu'à partir de janvier 1911, nos abonnés présents et futurs recevraient gracieusement chaque année un gros et précieux volume qui contiendrait tous les renseignements nécessaires à la pratique médicale.

Nous avons tenu parole pour la première année et notre édition de 1911 de l'*Agenda-Memento du Praticien* a obtenu un trop grand succès pour que nous ne continuions pas cette publication.

Nous pensons déjà depuis longtemps à notre édition de 1912, et pouvons vous dire que la préparation en est même déjà assez avancée pour nous permettre de vous en parler.

L'*Agenda-Memento du Praticien* de 1912, tout en s'inspirant des mêmes principes que ceux qui ont présidé à la naissance de son aîné, sera autre que celui-ci ; il développera certains chapitres plus sommairement traités dans l'édition de 1911, il comportera de nouvelles matières qui n'avaient pas trouvé place dans le premier. Nous avons le ferme espoir, en un mot, qu'il sera mieux que son prédécesseur.

Nous en donnons d'ailleurs dans les pages 545 et suivantes de ce numéro le sommaire détaillé.

L'*Agenda-Memento,* qui formera un élégant volume de 700 pages environ, contiendra donc notamment :

La plupart des renseignements que nos abon-

nés nous demandent habituellement par lettre, en hâte parfois, et souvent par des questions insuffisamment claires et précises :

Toutes les connaissances pratiques, indispensables dans la vie professionnelle, **que la Faculté n'a jamais songé à vous donner** ;

Les documents (**lois, décrets, arrêtés, règlements d'administration publique**) qui régissent les actes journaliers du praticien et dont il **doit** connaître textes et commentaires ;

L'indication de toutes décisions, tous **jugements** et **arrêts** par lesquels les tribunaux ont fixé sur de nombreux points nos droits et nos devoirs ;

Tous usages, toutes pratiques, tous règlements et tarifs qui président à la **fixation de nos honoraires, à l'établissement de nos notes**, à leur **recouvrement** amiable ou judiciaire, à la **responsabilité** de ceux qui doivent les payer, à la **prescription** qui peut les atteindre, etc., **etc.** ;

Toutes indications et recommandations précises sur ce que nous pouvons faire et écrire, et sur ce que nous devons faire dans nos interventions en matière de **médecine publique**, et sur la forme même à donner alors à nos **déclarations, certificats, rapports d'experts, dépositions**, etc., pour rester en règle avec notre conscience, avec la prudence professionnelle, avec le **secret médical** ;

Tous renseignements sur les carrières de **médecins fonctionnaires** (recrutement, solde, avantages, obligations) ; et de même sur le rôle du praticien dans les **services publics** auxquels il participe tout en se livrant à la clientèle ordinaire ;

Tout ce que le médecin doit savoir au sujet des Sociétés professionnelles qui le couvrent ainsi que les siens, par l'**assurance**, la **mutualité**, la **prévoyance**, contre la gêne de la maladie, de la vieillesse, du décès, ou qui assurent sa défense individuelle ou par solidarité collective, etc., etc.

Et afin que vous l'ayez toujours sous la main, cette partie documentaire, qui constituera le « *Memento* », encadrera l'« *Agenda* » proprement dit auquel il vous faut inscrire jour par jour pendant l'année tous vos actes médicaux.

Malgré cette importante documentation,nous espérons bien que, comme nous l'avons fait cette année après l'envoi de notre édition de 1911, nous continuerons à avoir le plaisir de correspondre avec vous et de vous rendre service en répondant à vos questions.

Nous sommes à votre disposition pour un supplément d'éclaircissements chaque fois qu'il vous viendra quelque doute. Nous comptons même sur vos indications pour rectifier, préciser, combler une lacune, et vous ferez, en nous les donnant, œuvre de membre convaincu et dévoué du *Concours médical*

Notre première édition nous a valu un nombre important de nouveaux abonnés, nous sommes certains qu'il n'en pourra être autrement de la seconde.

Dès lors que l'abonnement est remboursé chaque année par l'*Agenda-Memento* soigneusement revu et tenu au courant, nous ne voyons plus vraiment quel argument de résistance opposera le confrère isolé à celui de nos dévoués lecteurs propagandistes qui viendra lui dire : « Abonnez-vous au *Concours médical* ».

Chers confrères, pour l'apostolat en faveur de la propagation de nos idées, votre Conseil de Direction continue à faire sa part largement en éditant l'*Agenda-Memento*. N'est-il pas en droit de vous crier : « A vous de faire la vôtre ? »

Le Conseil de Direction.

Stations balnéaires et thermales, etc., Etablissements médicaux spéciaux, Spécialistes, etc.

L'*Agenda-Memento* comprend la liste de nos adhérents exerçant dans les stations thermales, hivernales, balnéaires, climatiques, etc., ainsi que les listes des membres du *Concours* dirigeant un établissement médical ou exerçant une spécialité.

Nos confrères qui désirent voir leur nom figurer dans l'une de ces rubriques sont priés de nous en informer.

L'Agenda-Memento du Praticien

Ce qu'il est, ce qu'il sera, ce qu'il devrait être

La distribution de l'*Agenda-Memento* à tous nos abonnés nous a valu nombre de lettres de remerciements. Les unes nous félicitent de l'idée ; les autres nous expriment leur gratitude pour le labeur fourni ; les plus nombreuses insistent sur l'utilité des renseignements contenus dans le volume.

« Véritable Code médical, conseiller pratique du médecin », l'*Agenda* est considéré par certains de nos lecteurs comme le livre qui ne doit pas quitter leur table de travail. « C'est là où, nous, médecins de campagne ou médecins isolés des pays montagneux, nous pourrons puiser les renseignements professionnels dont nous avons besoin tous les jours »

« Votre Agenda sera mon guide et mon conseil », nous écrit un secrétaire de syndicat ; « je ne savais où puiser les renseignements juridiques et législatifs,qui me sont nécessaires pour mener à bien notre barque syndicale ».

Auxiliaire précieux du médecin et surtout du médecin isolé », nous écrit un autre confrère, « nous pourrons avoir sous la main cet ouvrage fait par des amis en qui nous avons placé toute notre confiance ».

« Tous mes compliments, nous écrit-on encore, pour avoir su mettre à la portée de la main la quantité précieuse de renseignements que nous *devrions savoir*, mais dont nous sommes nombreux à *ignorer l'exis tence ou la valeur* ».

Merci, chers confrères, de ces encouragements. Nous sommes heureux d'avoir atteint le but que nous poursuivions : vous intéresser aux choses juridiques de notre profession, vous documenter sur nos devoirs, comme sur nos droits sociaux, en nous appuyant sur des textes législatifs ; puis réunir ces documents épars pour que vous puissiez les consulter tout à votre aise.

Nous dirons même que, les consultant souvent, vous prendrez goût à lire, puis à commenter ces questions juridiques, que l'on ne nous a jamais enseignées à la Faculté. Puis, ce faisant, vous pourrez discuter, dans vos syndicats, en gens documentés ayant mûrement réfléchi aux inconvénients de nos lois sociales et aux modifications *pratiques* que nous serions désireux de voir apporter par le législateur.

Voici donc les appréciations flatteuses qui nous sont parvenues pour l'édition de 1911

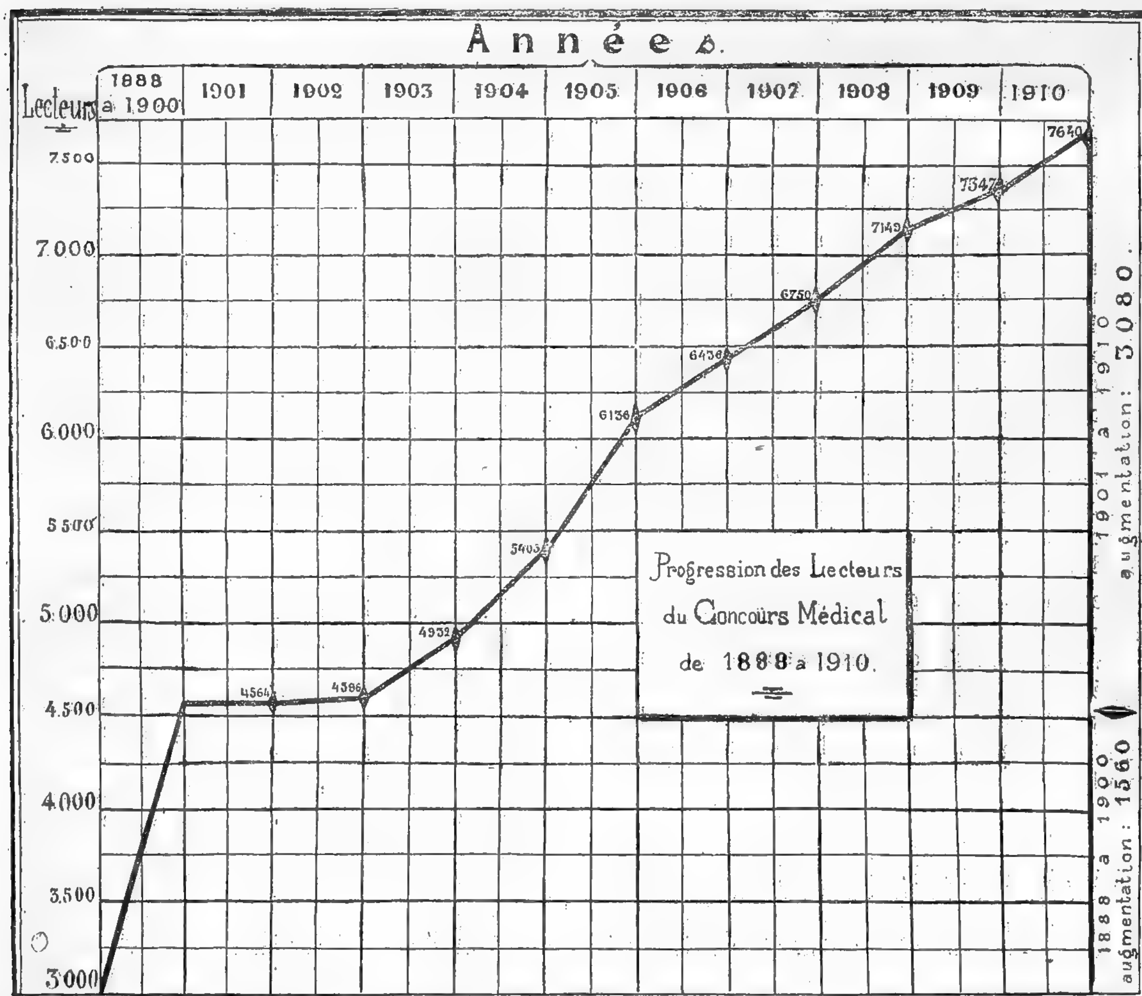
Que sera l'Agenda de 1912 ? Le complément de son aîné.

Et celui de 1913 ? Ce que vous désirerez qu'il soit.

Loin de nous le désir de nous endormir sur nos lauriers. Nous voulons, chaque année, adresser à nos fidèles abonnés, un ouvrage nouveau, tenu au courant et complétant toujours les éditions antérieures.

Mais n'oubliez pas que vous êtes non seulement nos lecteurs, mais nos collaborateurs. Vous avez le devoir, bien chers amis, de nous donner vos idées, de nous suggérer des trouvailles nouvelles et même de nous envoyer des articles pour l'Agenda.

Le *Concours* se dit fièrement « le journal de tous pour tous » ; son rejeton, l'Agenda, doit suivre sa trace et c'est à vous qu'il appartient de ne pas nous faire mentir à la maxime : tel père, tel fils.



ÉLECTION du PRÉSIDENT de l'ASSOCIATION GÉNÉRALE des MÉDECINS de FRANCE

(18 JUIN 1911)



Dr LANDE

Dans notre dernier numéro, nous engagions tous nos lecteurs à voter pour le Dr Lande, dont la candidature avait été posée à l'unanimité par les membres du Conseil général de l'A. G.

Nous rappelions les services rendus par le le Dr Lande, soit à l'Union des Syndicats, dont il fut président, soit pour la mutualité. C'est lui qui, en 1879, traitait déjà la question de l'assurance-vie entre médecins. C'est lui qui, lors de la création de la Caisse des Retraites du Corps médical français, en était nommé le président ; c'est lui qui propageait de son mieux l'Amicale-maladie.

Or, on nous avait dit, ces jours derniers, qu'un certain nombre de présidents de sociétés locales avaient été convoqués à Paris pour opposer une candidature Lepage à celle du Dr Lande.

Nous nous étions refusés à croire la chose. Et pourtant nous étions bien renseignés ; voici la circulaire qui est distribuée *larga manu*, signée par 22 présidents de sociétés locales (ceux-ci agissant vraisemblablement en leur nom personnel et non en celui de leur groupement.)

Mon cher confrère,

L'élection présidentielle du 18 juin se présente avec un caractère exceptionnel de gravité qui ne peut échapper à personne, car d'elle va dépendre l'orientation définitive de l'Association Générale.

Faut-il la laisser s'engager dans une voie nouvelle que nous considérons comme grosse de dangers et de déceptions ? Nous n'hésitons pas à répondre : Non.

Nous estimons que nous devons au contraire maintenir intactes les traditions que nous ont léguées nos devanciers présidés par les Rayer, Tardieu, Roger, Lannelongue, Brouardel, Lereboullet, et qui depuis un demi-siècle ont fait notre force et notre honneur.

Il est d'ailleurs nécessaire que le Président de l'A. G. réside à Paris pour la prompte expédition des affaires.

C'est dans cette pensée que nous proposons à vos suffrages pour l'élection du 18 juin le nom du

Dr Gabriel LEPAGE.

Veuillez, mon cher Confrère, agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Nous persistons à croire que cette campagne est faite à l'insu du Dr Lepage. Tous ceux qui ont assisté au dernier banquet de l'A. G. le 30 avril, partageront sûrement notre sentiment. Le langage tenu par le Dr Lepage, qui déclarait avoir voulu se retirer du secrétariat et du Conseil général *pour le bien de l'Association*, nous autorise à croire que c'est *sans son consentement* que s'engagent ces hostilités nouvelles.

Ce qui nous le prouve surabondamment, c'est l'argument tiré de la nécessité de résidence du Président à Paris. Le Dr Lepage se serait opposé à cet argument, sachant mieux que quiconque que c'est le secrétaire général et non le Président qui est chargé de l'exécution des affaires courantes et des décisions du Conseil général. La longue maladie de M. Lereboullet le démontre surabondamment. Et que penseront de cet argument nos confrères de province, exclus ainsi des honneurs de la présidence ?

Le nom du Dr Lande, professeur de médecine légale à l'Université de Bordeaux, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, président d'honneur de l'Union des Syndicats médicaux de France et de la Mutualité Familiale du Corps médical français, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc., ne déparera pas la liste des anciens présidents de l'A. G., de Rayer à Lereboullet. Sa personnalité sympathique, son caractère droit, son dévouement à la cause des praticiens, faciliteront l'évolution de l'A. G. qui doit consister à abandonner de plus en plus son vieux rôle de dispensatrice d'aumônes, pour devenir une orga-

nisatrice de mutualité vraie et de solidarité fraternelle.

Cette lutte fratricide qui nous divise depuis plus de deux ans a assez duré.

Pendant ce temps, inutilement perdu, nous ne pouvons pas travailler au seul but de l'Association : la prévoyance et la mutualité confraternelles.

Il est donc inutile de faire revivre cette guerre stérile et de cacher, sous le prétexte d'une élection présidentielle, un appel, par referendum, aux décisions votées par deux assemblées générales de l'A. G.

On élabore un véritable programme à l'occasion de la candidature du Dr Lepage : eh bien ! nous persistons à dire que le médecin de campagne ou de ville, qui, nuit et jour, trime pour gagner sa misérable vie, ne se soucie guère de certaines questions qui lui semblent ne pas être du ressort de l'A. G. Il ne demande au Conseil général qu'une seule chose : secourir du mieux possible les infortunes médicales, prévenir les misères futures, en organisant et en soutenant moralement et pécuniairement toutes les œuvres médicales qui font de la mutualité pour garantir le médecin contre la maladie et la vieillesse, de quelque manière que ce soit.

Retraite de droit, organisée ou facilitée par l'A. G. avec l'aide des caisses existantes (quelles qu'elles soient) ou à créer, voilà ce que veulent nos confrères. Et c'est à ce but que le Conseil général doit consacrer tous ses efforts. *Primo vivere, deinde philosophari.*

Le Conseil de Direction.

PROPOS DU JOUR

Les Congrès internationaux et la Défense professionnelle.

La crise médicale est générale dans tous les pays civilisés. — L'influence réciproque des nations sur leurs voisines. — La nécessité de suivre de près ce qui se passe chez les autres et de prendre part aux Congrès internationaux.

En France, nous nous plaignons de l'encombrement de la profession médicale. Or, la Grande-Bretagne compte à ce jour 40.600 médecins, et la ville de Londres plus de 6.400 praticiens, ce qui fait pour cette dernière un médecin environ pour 700 habitants.

En Autriche, le nombre des médecins est en progression constante depuis 35 ans et a presque doublé depuis 1876. Vienne possède un médecin pour 670 habitants, et certaines villes, comme Olmütz, n'en ont pas moins de un pour 390 habitants. Partout les médecins praticiens se plaignent amèrement.

En Belgique, nous les avons vus à diverses reprises entreprendre la lutte contre les mutualités. En Allemagne, nous voyons nos confrères protester avec énergie contre le charlatanisme. En Angleterre, nous assistons à l'heure même, à un mouvement de défense des praticiens contre le projet d'assurance-maladie de M. Lloyd George, et cependant ce projet octroie aux médecins 6 schillings par an et par assuré (soit 7 fr. 50), ce qui est le double de ce que payent actuellement les mutualités anglaises et se trouve de beaucoup supérieur à tous les abonnements français. Nous ne savons si nos confrères du Royaume-Uni réclament le libre choix, mais les journaux nous racontent qu'ils demandent avec instance le payement à la visite.

La détresse du médecin praticien est donc générale, comme est générale la tendance que l'on a à les exploiter.

En outre, le développement de la médecine sociale se manifeste de la même façon dans tous les pays civilisés. Toute législation nouvelle d'une nation influence immédiatement les pays voisins. Il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir l'historique des lois sur les accidents du travail, de se rendre compte de la genèse des lois et des projets de lois sur les maladies professionnelles chez les divers peuples occidentaux, dont nous avons fait nous-même récemment un résumé dans le *Concours médical*, d'après le rapport de M. le Dr Laurent, député de la Loire (1). Il en est de même pour toutes les lois d'assistance et les lois sanitaires. Il y a là, qu'on le veuille ou non, une sorte de solidarité internationale qui fait que, tôt ou tard, nous serons appelés à subir peu ou prou le contre-coup des expériences législatives sociales des autres pays. C'est pour cela que ceux qui, comme nous, s'intéressent à la défense de la profession médicale, ne voient pas avec indifférence les tentatives d'organisation de l'assurance-maladie en Grande-Bretagne, et attendent avec inquiétude le résultat de l'opposition que lui font les médecins anglais.

Or ces lois et leurs modifications sont toujours étudiées, discutées, amendées dans des Congrès souvent internationaux où il serait indispensable que les praticiens français fussent toujours sérieusement représentés.

La présence des délégués de l'Union des Syndicats médicaux français au Congrès des

(1) *Concours Médical* du 21 mai 1911, page 455 et suivantes.

accidents du travail de Liége, en 1905, ne fut pas inutile à la défense et à la propagation de notre principe de la liberté de confiance. Ce fut à Rome, dans un Congrès où nous n'eûmes pas de représentants pour protester, que naquit la légende, si habilement exploitée, des médecins marrons. Ce fut dans un nouveau Congrès, également tenu à Rome en 1909, que Diverneresse, bien secondé, obligea nos adversaires à parler avec plus de mesure, et à mettre dans leurs attaques plus de retenue, sinon plus de courtoisie. L'intervention des praticiens syndiqués au Congrès des accidents du travail de Reims (fin 1909) mit encore le désarroi dans le camp des assureurs, car lorsqu'une cause est juste, il faut peu d'effort pour la défendre et pour renverser les ouvrages d'attaques péniblement échafaudés contre elle.

Quelle opinion aurait été établie sur notre probité, si, au Congrès des maladies professionnelles tenu à Bruxelles en 1910, nos confrères Granjux et Delpeut ne s'étaient trouvés là, pour protester avec indignation contre la légèreté inconsciente d'un fonctionnaire de notre pays ? Ce délégué officiel n'avait pas craint d'affirmer que les certificats délivrés par les praticiens en France étaient, en règle générale, de faux certificats.

Il est absolument nécessaire que le corps médical français organisé soit représenté dans tous les Congrès nationaux et internationaux, où l'on discute ses intérêts.

Le Syndicat des médecins de la Seine a bien compris cette nécessité quand, sur notre proposition, il a nommé un Syndic des Congrès pour le représenter en toute occasion, et a chargé le Dr Lafontaine de mettre toute son intelligence et son activité à remplir ces importantes fonctions.

Cependant il va y avoir sous peu deux Congrès internationaux qui intéressent nos Syndicats en premier chef. Ce sont le Congrès des accidents du travail de Dusseldorf, et le Congrès contre le Charlatanisme de Dresde ; il est à peu près certain que nous n'y serons pas représentés. Nous craignons que notre absence permette à des adversaires sans scrupules et sans loyauté d'émettre, sur nos organisations syndicales et les doctrines qu'elles défendent, les appréciations les plus fantaisistes, et que cette année, si fertile en luttes intestines et en déchirements entre confrères, ne marque un recul au point de vue de la véritable défense professionnelle.

Aussi, nous demandons qu'un des premiers soucis de l'Union des Syndicats médicaux de France réorganisée soit de se préoccuper de la représentation systématique des médecins syndiqués dans les Congrès nationaux et internationaux.

Il ne faut pas que, dans des Assemblées dont nous pouvons forcer les portes, il soit permis de traiter et de résoudre, sans nous entendre, des questions qui nous intéressent, et qui même parfois sont vitales pour l'honneur et l'avenir de notre profession.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Gilbert.

Tuberculose hypertrophique des ganglions

La tuberculose ganglionnaire, qui constitue une forme fréquente de tuberculose, est loin de se présenter toujours sous le même aspect clinique. Schématiquement, on peut en distinguer trois modalités différentes. La première est la tuberculose ganglionnaire spontanément curable, la seconde est la tuberculose ganglionnaire suppurative, et la troisième est la tuberculose ganglionnaire hypertrophiante.

La *tuberculose ganglionnaire spontanément curable* se rencontre surtout chez les enfants. Elle est caractérisée par un gonflement progressif, quelquefois douloureux, des ganglions. Ce gonflement diminue ensuite peu à peu, et tout rentre dans l'ordre au bout d'un temps variable.

La *tuberculose ganglionnaire suppurative* procède d'abord comme la variété précédente. Mais les ganglions atteints finissent par contracter des adhérences avec la peau. Celle-ci rougit, s'amincit, et, à un moment donné, si le chirurgien n'intervient pas par la ponction ou l'incision, la peau se perfore et livre passage à du pus. Puis, la suppuration se tarit plus ou moins complètement et la cicatrisation s'opère. La cicatrice obtenue offre une coloration vineuse, pâle dans la suite. Vous savez que l'on a donné à ce type particulier de cicatrice le nom d'écrouelles. Voici un homme de

29 ans, qui offre une tuberculose ganglionnaire de ce genre, des ganglions en voie de suppuration et des cicatrices. Ces adénites peuvent se rencontrer à tout âge ; cependant, elles se produisent principalement dans l'enfance ou l'adolescence. Je dois ajouter que, chez notre malade, une circonstance particulière entre en jeu. Cet homme est syphilitique depuis 9 ans. En même temps que son adénopathie suppurative, il est atteint de deux foyers de périostite au niveau du sternum. Le début tardif des adénopathies, l'association avec la lésion périostée, donnent à penser et doivent nous faire demander si cette adénite relève bien de la tuberculose. Il se pourrait qu'il s'agisse ici d'une association morbide et que le spirochète intervienne avec le bacille de Koch. C'est à ces cas que Ricord avait réservé l'appellation de scrofulate de vérole.

La *tuberculose ganglionnaire hypertrophiante* est la moins commune des trois formes de tuberculose ganglionnaire. Ce n'est cependant pas une affection rare. Nous en avons un cas dans le service et, en recherchant dans mes notes, j'en ai trouvé 8 observations. Elle est caractérisée par l'hypertrophie ferme des ganglions. Les ganglions se tuméfient d'une façon notable et peuvent arriver au volume d'un œuf ou d'une orange même. Les ganglions tuméfiés sont indurés et persistent sans jamais suppurer. Une fois volumineux, ils restent volumineux ; une fois fermes, ils restent fermes.

Les ganglions atteints de tuberculose hypertrophiante prennent, en général, une forme arrondie ou ovalaire. Ils n'ont aucune tendance à contracter des adhérences avec les parties voisines. Il n'y a jamais de périadénite. Ils restent mobiles sur les tissus profonds et la peau reste mobile sur eux. Ces ganglions demeurent distincts les uns des autres ; ils ne se soudent pas. Cependant, lorsque des ganglions voisins sont très volumineux, ils finissent par s'accoler sans soudure.

La tuberculose hypertrophiante se développe sur des ganglions quelconques ; toutefois, habituellement, elle débute au niveau du cou ou de l'aisselle, dans les ganglions parotidiens, sous-maxillaires ou axillaires.

Habituellement, en pareil cas, les ganglions sont la première localisation du processus tuberculeux. Quelquefois, cependant, on retrouve d'autres tuberculoses dans les antécédents.

Lorsque la tuberculose hypertrophiante a une fois frappé un ganglion, tantôt elle reste localisée, tantôt elle s'étend aux ganglions voisins et envahit de proche en proche. On distingue, à ce sujet, 3 catégories de cas : la tuberculose hypertrophiante monoganglionnaire ; la tuberculose hypertrophiante polyganglionnaire et la tuberculose ganglionnaire hypertrophiante généralisée.

La tuberculose monoganglionnaire siège les plus souvent au cou ; on la voit parfois à l'aisselle, exceptionnellement ailleurs. La tuberculose polyganglionnaire offre deux types : le type cervical et le type mésentérique. Le premier est le plus commun, et nous avons dans le service un malade de ce type, dont j'aurai à vous reparler. Ici, le début a lieu soit par un ganglion cervical, soit par un ganglion axillaire ; puis, la maladie s'étend de proche en proche aux deux chaînes ganglionnaires du cou, ensuite aux ganglions de l'aisselle, du médiastin. Dans la tuberculose mésentérique, les ganglions du mésentère sont intéressés et l'on a une masse confuse qui porte vulgairement l'appellation de carreau. Enfin, dans la tuberculose hypertrophiante généralisée, le début a lieu comme dans la tuberculose à type cervical, puis la maladie s'étend à tous les ganglions superficiels et profonds, ganglions cervicaux, de l'aisselle, de l'aine, plus rarement de l'épitrochlée et du creux poplité, du médiastin, du mésentère. Dans cette forme, la rate est atteinte.

Dans la tuberculose monoganglionnaire, la rate est respectée. Dans la tuberculose hypertrophiante polyganglionnaire, elle est presque toujours respectée. Dans la tuberculose hypertrophiante généralisée, la splénomégalie est souvent considérable.

La tuberculose ne peut pas affecter profondément les ganglions sans que la composition du sang s'en ressente. Les modifications portent sur la quantité et la qualité des leucocytes. A l'état normal, il existe de 3000 à 9.000 globules blancs par millimètre cube. Dans la tuberculose ganglionnaire, on note une augmentation, assez légère d'ailleurs, des globules blancs, dont le chiffre s'élève à 12.000, 20.000. Vous savez qu'à l'état normal, les globules blancs du sang ne sont pas d'un seul type. Il y a des leucocytes polynucléaires (à plusieurs noyaux) et d'autres mononucléaires. Les polynucléaires eux-mêmes sont, les uns neutrophiles, les autres éosinophiles ou acidophiles. Les mononucléaires sont divisés en petits et gros mononucléaires. La proportion normale est de deux polynucléaires pour un mononucléaire. Parmi les polynucléaires, on trouve principalement des neutrophiles et très peu d'éosinophiles et d'acidophiles.

Dans la tuberculose hypertrophiante des ganglions, en même temps que l'on note une légère leucocytose, on trouve des modifications de la formule leucocytaire, de la polynucléose dans la généralité des cas, c'est-à-dire une augmentation des polynucléaires. Ces modifications sont très compréhensibles étant donné le rôle des ganglions lymphatiques. Ceux-ci sont générateurs des mononucléaires et, s'ils sont atteints, la mononucléose diminue.

Si la tuberculose hypertrophiante des gan-

glions a une action sur la formule leucocytaire, on comprend qu'elle ait aussi une action sur la température. Les malades ont une fièvre qui se calme à certains moments, puis renaît. En général, les grandes fonctions ne sont pas troublées.

La maladie procède par poussées. Sa durée est variable. On peut dire qu'elle est en rapport avec sa généralisation. Dans la tuberculose monoganglionnaire, le processus reste bénin. Dans la forme multi-ganglionnaire, il en va autrement : quatre de mes malades ont succombé au bout de 2, 3 et 5 ans. Dans la tuberculose ganglionnaire généralisée, la mort se produit après un ou deux ans. Le pronostic, par conséquent, varie avec la forme. La mort, lorsqu'elle a lieu, survient par cachexie, par suffocation découlant de l'hypertrophie des ganglions du médiastin, par affection intercurrente. Telle affection, qui serait bénigne chez un sujet normal, peut devenir maligne chez un sujet atteint de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante. La malade du service est, à cet égard, un exemple instructif. Son état de santé était devenu assez satisfaisant. Elle engraissait, lorsqu'elle fut prise d'une simple amygdalite pultacée. Cette affection, d'ordinaire si légère et qui n'exerce sur les ganglions qu'une influence anodine, a eu ici des conséquences déplorables. Elle a déterminé un surgonflement ganglionnaire et de la suppuration. Alors que la tuberculose hypertrophiante des ganglions ne suppure pas, elle a été, chez cette malade, du fait de l'amygdalite surajoutée, le siège d'une suppuration.

La tuberculose hypertrophiante des ganglions est une affection assez récemment reconnue. On en doit les premières mentions à Baumgarten et à Sabrazès. Elle a été ensuite étudiée par Hirsberg, Isaac, Le Roy, Berger et Bezançon. Auparavant, elle était confondue avec la lymphadénie, avec l'adénite de Trousseau. Cette confusion avec la lymphadénie a été le point de départ de diverses désignations données à cette modalité de tuberculose. Ainsi, Berger et Bezançon la désignent sous le nom de tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique. Courmont et Tixier l'appellent lymphadénie tuberculeuse. Les Allemands la nomment lymphome tuberculeux ; Le Roy, tuberculose à masque pseudo-leucémique.

Dans la tuberculose hypertrophiante des ganglions, les lésions sont bien différentes de celles de la lymphadénie. Les altérations ganglionnaires offrent deux types. Un type à lésions tuberculeuses caractérisées, un autre à lésions pseudo-néoplasiques. Dans le premier type, on trouve des follicules tuberculeux non douteux, mais la recherche du bacille et les inoculations de produits de raclage restent négatives. Ce sont des ganglions qui, infectés par le bacille, ont été, à un moment donné, déshabités. Ces lésions sont celles rencontrées dans la tuberculose monoganglionnaire et elles expliquent bien le processus observé cliniquement. La forme pseudo-néoplasique de la tuberculose hypertrophiante comporte des nodules constitués par de grandes cellules épithéliales. On serait porté à penser au diagnostic de néoplasie, de sarcome en particulier ; mais, dans ces cas, la recherche des bacilles est positive et l'inoculation également. De sorte que, dans le premier cas, la nature tuberculeuse de l'affection est établie par l'histologie et dans le deuxième cas par la constatation des bacilles et l'inoculation. Ces dernières lésions se rencontrent dans la tuberculose polyganglionnaire et généralisée et cadrent bien avec l'évolution clinique. La persistance des bacilles explique la marche envahissante de la maladie.

(*Leçon recueillie, par le* Dr P. LACROIX).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Traitement des néphrites chroniques par le sérum rénal de chèvre.

Depuis plusieurs années, M. le prof. *Teissier*, de Lyon, poursuit avec M. le Dr *Thévenod*, la cure des néphrites chroniques par le sérum rénal de chèvre ; il a obtenu des résultats encourageants qu'il a publiés dans ses leçons de clinique médicale (le *Monde médical*, mars-avril 1911) :

« C'est surtout dans les accès aigus de néphrite survenant à titre épisodique dans le cours du mal de Bright que les bons résultats de cette méthode se font apprécier. Le sérum rénal de chèvre relève tout d'abord la diurèse.

« *En favorisant l'élimination de l'urée*, constante à peu près à la suite des premières injections sériques, et en s'opposant ainsi aux accumulations azotées, ce traitement restreint aussi considérablement les dangers de l'auto-intoxication.

« Enfin *le sérum rénal diminue la toxémie générale* par un double mécanisme, ce nous semble ; d'une part, en *neutralisant certains poisons de rétention* ; d'autre part, *en excitant l'activité des instruments de la défense organique*. La neutralisation des poisons de rétention, et même (on est autorisé à l'admettre) des poisons endoformés, ressort des expériences entreprises avec M. THÉVENOT, et que nous avons déjà signalées. Ces expériences, on se le rappelle, établissent que le sérum d'un urémique, chargé vraisemblablement de substances auto-toxiques, est capable, injecté dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, de produire un véritable état vermoulu du rein, bien mis en évidence par de belles préparations de M. THÉVENOT ; ce sérum devient beaucoup moins actif pour l'ani-

mal en expérience si on l'injecte concurremment avec du sérum rénal.

« D'autre part l'observation clinique démontre que les malades soumis à la sérothérapie éliminent très rapidement des quantités d'urée importantes, surtout si l'amélioration doit s'en suivre. Il faut, très vraisemblablement, attribuer ce phénomène à la suractivité fonctionnelle du foie, et, par conséquent, supposer la suractivité parallèle des éléments de la défense hépatique.

Une autre action, très probable aussi : en chassant de leurs combinaisons chlorées les albumines toxiques, comme les recherches entreprises avec nos élèves MIORSEC et DUCLAUX, sous l'habile direction de M. le professeur MOREL, l'ont montré, la sérothérapie augmente encore par ce moyen les facteurs de désintoxication.

« Il est permis de supposer que la sérothérapie doit tout autant s'appliquer à la néphrite chronique en évolution qu'aux accidents spéciaux de l'urémie, et qu'elle est très vraisemblablement en état, dans bien des cas, d'enrayer la marche envahissante du mal, si tant est même qu'elle ne soit pas capable de favoriser la régression des lésions anatomiques encore mal constituées.

« Le seul inconvénient de la méthode, c'est que jusqu'ici, elle est assez dispendieuse ; l'entretien des animaux, un personnel expérimenté pour faire les prises du sérum, exigent des dépenses assez importantes. Peut-être qu'en utilisant le sérum de cheval, comme M. HALLION l'a fait lui-même, on pourrait réduire d'une façon sensible le prix de revient du médicament. Il n'est pas sûr qu'il soit moins efficace.

« Toutefois, nous estimons toujours que le sérum caprin est un peu moins toxique et expose d'une façon moins fréquente aux accidents sériques. Néanmoins, cette question doit être sérieusement envisagée, car si l'on entre dans la voie du traitement des néphrites chroniques par la sérothérapie, il faut s'attendre à se trouver dans l'obligation de faire des injections très prolongées et quasi-massives de sérum. Nous connaissons un malade qui en a reçu plus de 200 centimètres cubes en vingt injections. Du reste, il suffit de lire les observations de Messino MAGGIO pour voir les effets réalisés dans le cours d'une néphrite chronique grâce à des doses quotidiennes variant de 20 à 60 centimètres cubes, c'est-à-dire de façon qu'en moins de deux mois les malades recevaient de 200 à 350 centimètres cubes de sérum.

« Sous l'influence de ces injections massives, Messino MAGGIO a vu l'albumine disparaître, l'urée passer de 6 à 24 grammes, le chlore de 6 à 17 grammes.

« En résumé, sauf ces réserves au sujet de la question économique, on peut toujours aller *larga manu*, puisque deux fois sur trois, à moins d'agir *in extremis*, on a la chance d'avoir des effets utiles — soit *définitifs* s'il s'agit de néphrite aiguë ; — soit une amélioration très appréciable, puisque au cours d'urémie survenant dans la néphrite chronique, on a des chances de survie variant de quelques mois à deux ans ; et que, même dans les cas plus éminemment graves, on risque toujours un soulagement de la céphalée, de la dyspnée, des convulsions »,

---

De l'argyrose conjonctivale et des moyens d'y remédier.

Depuis que la thérapeutique ophtalmique s'est enrichie des sels organiques d'argent, protargol et argyrol, depuis qu'on les emploie couramment, aux lieu et place du nitrate d'argent, on s'est aperçu avec regret que ces substances présentaient les mêmes inconvénients que le nitrate au point de vue de l'argyrose conjonctivale. M. Darier rapporte dans la *Clinique Ophtalmologique* qu'il a essayé, pour faire disparaître l'argyrose, les lavages et les instillations à l'hyposulfite de soude, puis à l'iodure de potassium. Il ajoute que le Dr L.E. Schwartz a proposé d'injecter au moyen d'une très fine aiguille en passant aussi superficiellement que faire se peut sur une longueur de 8 millimètres environ, une solution d'iodure de potassium à 30%. Il en injecte sur ce trajet et très lentement 2 à 3 gouttes : si la réaction n'est pas trop violente, on peut faire une seconde injection (le plus loin possible de la première), un pansement est ensuite appliqué. Quand toute irritation a disparu (2 ou 3 semaines), l'injection peut être répétée en d'autres points, jusqu'à ce que toute la surface argyrosée ait été injectée. La décoloration est lente et progressive, mais certaine ; la conjonctive reprend un aspect absolument normal. Schwartz a employé ce traitement avec plein succès depuis 1905.

« Enregistrons avec plaisir ces résultats fort encourageants ; mais nous ne saurions trop insister sur ce point, c'est que les instillations de collyres argentiques ne doivent jamais être prescrites pour un laps de temps de plus de 15 à 20 jours. Il faut avoir soin, quand on prescrit un collyre à l'argyrol, d'écrire au bas de la formule : « N. B. *Ne pas renouveler le collyre sans une nouvelle ordonnance du médecin* ». Si le malade n'est pas guéri, il se trouvera bien mieux d'un collyre au sulfate de zinc, à l'alun, etc., puis s'il n'est pas guéri, il reviendra à l'argyrol ou au protargol et ainsi de suite. Grâce à ces alternances médicamenteuses, on réussira souvent à prévenir l'argyrose. Les malades doivent être avertis du danger qu'il y a à continuer trop longtemps l'emploi de l'argyrol, car cette substance, plutôt calmante qu'irritante, devient facilement d'un usage journalier chez certaines gens.»

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'hérédo-syphilis et la lutte anti-syphilitique. — Aortite syphilitique. — Appendicite à manifestations thoraciques. — Action nocive des injections intra-veineuses hyperalcalines de 606.

M. Pinard fait à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de M. Ch. Leroux, relatif à l'*hérédo-syphilis et à la lutte antisyphilitique.*

M. Leroux, s'appuyant sur de nombreuses observations prises à la consultation du dispensaire Furtado-Heine, insiste sur la nécessité du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis, beaucoup plus efficace que le traitement de l'hérédo-syphilis effectué. Il conseille de suivre les familles, les ménages syphilitiques et de ne pas se contenter de blanchir les accidents hérédo-spécifiques des enfants. Il faut montrer aux parents l'importance de la cure préventive qui leur permet de mettre au monde des enfants indemnes. Le traitement avant la procréation et le traitement intensif et prolongé pendant la grossesse peuvent seuls éviter les accidents.

A ce propos, M. Pinard rappelle les quatre préceptes, les quatre fautes à ne pas commettre, indiquées par le Prof. Fournier en matière de prophylaxie et de traitement de la syphilis héréditaire. Ces fautes sont les suivantes :

La première est l'acte même pour un syphilitique de donner naissance à des enfants.

La seconde consiste à ne pas veiller à leur sauvegarde, dès l'instant où ils entrent dans l'existence.

La troisième, de ne pas les soigner en tant que syphilitiques, alors que leur état de syphilis (tout au moins probable) est indiqué par les témoignages évidents de ce qu'on appelle les stigmates d'hérédo-syphilis.

La quatrième, de ne pas les traiter aussi longtemps que l'on traite les malades affectés de syphilis acquise.

Un point, d'autre part, a attiré l'attention de M. Pinard. C'est le rôle de l'homme dans la syphilis héréditaire. Contrairement à l'opinion générale, M. Pinard pense que la syphilis héréditaire paternelle est de beaucoup la plus fréquente. Les œufs humains syphilitiques seraient bien plus souvent le fait de l'homme que celui de la femme. C'est donc l'homme surtout qu'il convient d'instruire. Tout syphilitique qui veut sagement et sainement procréer doit auparavant se soumettre à une *retraite* médicamenteuse rigoureuse.

— MM. Hirtz et Braun présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur *dix cas d'aortite syphilitique.*

Leurs observations montrent, une fois de plus, l'importance qu'on doit attribuer à la syphilis dans la pathogénie des affections de l'aorte. Elles montrent aussi la fréquence très grande de la syphilis aortique, puisque les dix cas ont été recueillis en moins de cinq mois.

M. Dieulafoy a indiqué déjà ce caractère de la syphilis aortique d'être tardive. Les observations de MM. Hirtz et Braun confirment cette opinion, la syphilis ayant remonté chez leurs malades à 32 ans, 30 ans, 9 ans et 7 ans.

En dehors des cas de syphilis avouée, ce sont les troubles nerveux concomitants qui permettent, en général, d'asseoir le diagnostic étiologique. M. Vaquez a insisté sur l'association fréquente de l'insuffisance aortique et du signe d'Argyll (syndrome de Babinski), le signe d'Argyll permettant d'affirmer la syphilis. D'autres troubles nerveux, paralysie oculaire, hémorragie méningée, etc., associés à l'aortite, ne peuvent guère s'interpréter que par la syphilis.

Chez une de leurs malades, ce fut le caractère nocturne des douleurs qui fit penser à la spécificité. La réaction de Wassermann cherchée 7 fois, fut trouvée six fois positive.

Le traitement de l'aortite syphilitique variera avec l'état du patient. S'il n'y a pas d'asystolie, la cure spécifique paraît la mieux indiquée. Cette cure, si elle est incapable de transformer les lésions, agit du moins sur les phénomènes douloureux et principalement sur les phénomènes angineux. Mais lorsque les malades sont en pleine asystolie, la conduite à tenir devient plus délicate. S'agit-il de lésions sans dilatation, on pourra, sans crainte, relever la tension et intervenir comme d'habitude, en donnant de la digitale. Lorsqu'il y a dilatation nette ou soupçonnée, on peut craindre en relevant la tension de provoquer une rupture et il ne faut intervenir qu'avec prudence. L'iodure peut être donné mais on l'administrera à faible dose, 0 gr. 20 ou 0 gr. 25 par jour.

— M. Walther présente à la *Société médicale des hôpitaux* deux malades atteints d'*appendicite à manifestations thoraciques.*

La première est une jeune fille de 22 ans, toussant et maigrissant depuis six mois. Elle se plaignait de toux quinteuse, très fatigante, sans expectoration, sans hémoptysie. Elle avait maigri de 15 livres en trois mois. Pas de douleur, pas de trouble digestif, à part une perte complète de l'appétit. A l'examen du thorax, presque rien, une respiration insuffisante avec une très légère submatité. L'examen de l'abdomen révéla l'existence d'une appendicite chronique très nette, caractérisée par une douleur vive à la pression, localisée, avec défense musculaire marquée. Sous l'influence du régime alimentaire des appendicites chroniques, l'état général s'améliora un peu, la toux diminua légèrement, mais en persistant. C'est alors que M. Walther intervint chirurgicalement. L'opération montra un appendice profondément altéré, avec deux larges zones de folliculite hémorrhagique à la base et à la pointe. Depuis l'opération, la malade ne tousse plus et la teinte subictérique de ses téguments a disparu.

La seconde observation est analogue. Elle concerne un garçon de 14 ans, atteint de toux incessante. Le malade perdait ses forces et maigrissait. On ne constatait rien à l'auscultation, mais en revanche des signes très nets d'appendicite, une douleur à l'angle iléo-cæcal et une défense musculaire marquée. Dans ce cas, comme dans le précédent, c'est l'examen complet et méthodique

qui a révélé l'existence d'une appendicite chez un sujet qui ne consultait que pour une toux persistante et un amaigrissement rapide.

M. DE MASSARY vient d'observer un cas semblable. Son malade, considéré comme pré-tuberculeux, fut soumis pendant plusieurs années au traitement de la tuberculose. M. de Massary porta le diagnostic d'appendicite chronique, bien que les symptômes locaux fussent très légers. L'opération montra un appendice très atteint, contenant un pus brunâtre, hématique.

M. WALTHER pense qu'on ne saurait trop insister sur ces formes latentes de l'appendicite chronique dans lesquelles des lésions graves, suppuratives, ne se traduisent que par des phénomènes d'infection générale, sans aucune douleur locale. On voit à chaque instant des malades, des jeunes filles surtout, qui maigrissent, perdent l'appétit. On songe à la tuberculose, on les suralimente, et la suralimentation produit exactement le contraire du résultat attendu. Le plus souvent ces malades souffrent en même temps de troubles gastro-intestinaux, douleurs vagues dans le ventre, digestions laborieuses, etc. Il y a là des symptômes qui doivent amener à un examen méthodique de l'abdomen. La toux semble être, d'ailleurs, un symptôme assez fréquent dans l'appendicite : toux sèche, quinteuse, sans expectoration, toux réflexe, analogue à la toux des affections utérines.

— MM. DARIER et COTTENOT font à la *Société médicale des hôpitaux,* une communication sur l'*action nocive pour les veines et pour le sang, des injections intra-veineuses hyperalcalines d'arsénobenzol.*

Les auteurs ont observé, à la suite d'injections intra-veineuses de 606, des thromboses et des altérations du sang. Ils estiment que ces accidents sont dus à l'hyperalcalinité de la solution. On sait, en effet, que le 606 a une réaction fortement acide ; il coagule le sang et on ne saurait songer à l'injecter dans les veines sous cette forme. Pour obtenir une solution injectable, on y ajoute de la lessive de soude. Pour éviter les précipitations, on a pris l'habitude d'hypercaliniser la solution. Or, d'après MM. Darier et Cottenot, cet excès de soude est susceptible d'amener des accidents du côté des veines et d'entraîner aussi des altérations sanguines. Ils conseillent d'employer une solution *juste alcaline.* Celle-ci, étant peu stable, doit être préparée au moment de s'en servir.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'hyperidrose.

Pour combattre l'hyperidrose, il est nécessaire dans la majorité des cas d'instituer d'emblée un traitement général et un traitement local.

I. INDICATIONS DU TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le traitement général comporte :

a) L'institution d'un régime approprié (régime des arthritiques, des obèses, des anémiques, etc., suivant les cas).

b) L'administration d'astringents, de toniques vasculaires et d'antisudorifiques. Ainsi, suivant l'âge du sujet, on peut prescrire, par jour, un à trois des cachets suivants :

Poudre d'agaric	5 à 15 cent.
Bichlorhydrate de quinine Poudre d'ergot	ãã 10 cent.
Poudre de digitale Poudre de noix vomique	ãã 1 cent.

pour un cachet n° 8, 16 ou 24.

Ce traitement doit en effet être suivi pendant huit jours ; il est bon de se reposer ensuite une dizaine de jours, pour reprendre après s'il en est besoin.

c) La surveillance du bon fonctionnement du tube digestif et du rein (combattre la constipation, exciter la diurèse par les moyens *ad hoc*).

II. TRAITEMENT LOCAL. — 1° *Hyperidrose généralisée.*— — Frictions générales tous les jours, quelquefois même deux fois par jour sur tout le corps avec de la flanelle imprégnée d'eau de Cologne, d'alcool camphré, d'alcool additionné de suc d'orties dans la proportion de 5 °/₀₀ ou d'une solution alcoolique de tannin.

Tannin	5 à 10 gr.
Alcool à 90° q.s.p.	1 litre

Bains généraux astringents tous les 2 jours.

2° *Hyperidrose localisée* (mains, pieds, aisselles, front, régions inguinales et génitales, etc.).

a) Savonnage soigneux matin et soir des régions malades avec un savon à l'acide salicylique.

b) Ensuite lavage rapide avec de l'eau froide additionnée ou non de substances astringentes suivant l'intensité de l'affection. Les décoctions d'écorces de chêne, à 40 ‰ ou de feuilles de noyer à 50 ‰ sont d'excellente pratique, de même les solutions d'alun à la dose de 10 à 40 gr. d'alun par litre d'eau. L'usage des bains de longue durée, et l'application prolongée de compresses sont à déconseiller.

c) Après le lavage, tamponnement avec du coton hydrophile, puis lotions avec :

Naphtol	5 gr.
Glycérine	20 gr.
Alcool à 60°	200 gr.

ou bien :

Tannin	5 gr.
Eau-de-vie camphrée	200 gr.

ou bien :

Permanganate de potasse Thymol	ãã 1 gr.
Alcool à 60°	20 gr.
Eau distillée	200 gr.

(COMBY.)

que l'on emploie pures ou coupées d'eau suivant l'âge du patient, l'intensité du processus ou le degré de résistance des téguments.

Brocq recommande les formules suivantes :

Naphtol B	5 parties
Glycérine	10 parties
Alcool	100 parties

ou mieux :

Formol du commerce	2 à 5 gr.
Alcool à 66°	200 gr.
Essence d'amandes amères..q.s.p.	aromatiser

qu'il conseille également d'employer pures ou coupées d'eau suivant les cas.

Ortega préconise les lotions quotidiennes avec

Hydrate de chloral	1 gr.
Eau distillée	100 gr.

En présence d'hyperidrose plantaire ou palmaire intense, il est préférable, au lieu d'employer les lotions ci-dessus, de badigeonner de suite avec un tampon imbibé de :

Solution aqueuse d'acide chromique à 1, 2 ou 3 % ;

ou de :

Solution hydro-alcoolique d'acide chromique préparée par exemple comme suit :

Acide chromique	0,20 à 0,60 cent.
Alcool	àà 30 gr.
Eau distillée	

(Formulaire clinique de Vienne.)

Ces badigeonnages à l'acide chromique ne doivent être renouvelés que tous les deux ou trois jours ; de plus, ils doivent être réservés aux cas d'hyperidrose palmaire, et mieux d'hyperidrose plantaire. Dans ces cas, ils présentent, en effet, l'avantage de faire disparaître non seulement l'abondance mais encore la fétidité des sueurs. Lorsqu'on emploie les solutions d'acide chromique, il est recommandé de ne pas employer des doses trop faibles si, l'on veut obtenir des résultats, de même il ne faut pas se servir de doses trop fortes, car elles peuvent occasionner un érythème traumatique (Sabouraud).

d) Lotions ou badigeonnages terminés, on essuie et on poudre avec :

Naphtol pulvérisé	2 parties
Amidon	100 parties

(Brocq).

ou bien :

Talc	30 gr.
Sous-nitrate de bismuth	35 gr.
Permanganate de potasse	2 gr.
Salicylate de soude	4 gr.

(Formulaire de Vienne.)

ou bien :

Acide salicylique	2 gr.
Acide borique	10 gr.
Talc	àà 50 gr.
Amidon	

(Comby.)

Si ces moyens échouent, il est bon d'avoir recours à des pommades telles que :

Onguent diachylon... (Hebra.)

ou :

Sulfo-ichtyol d'ammoniaque	àà 3 gr.
Térébenthine	
Onguent de zinc	10 gr.

(Formulaire clinique de Vienne.)

ou :

Acide salicylique	1 gr. 50
Diadermime	100 gr.

ou bien :

Les pommades à la litharge (1 /10) ou à l'oxyde de fer (1 /10) (Quinquaud).

La roëntgenisation faible donnerait, d'après Kromaye, une guérison rapide et durable.

Il est enfin quelques recommandations particulières utiles dans quelques cas, telles : le port de gants saupoudrés de talc, ou de poudre d'alun le port de bas ou de chaussettes saupoudrés avec du naphtol, ou de l'acide borique soigneusement pulvérisé.

Dr G. Siguret,
(Saint-Nectaire).

THÉRAPEUTIQUE PROPHYLACTIQUE

A propos de la vaccination anti-typhique.

Nos lecteurs ont lu tout dernièrement les intéressants articles que le Dr Fiser a publiés sur la défense de l'organisme contre les infections microbiennes. Grâce à l'exposé clair et précis de notre collègue ils savent à cette heure à quelles réactions déterminées donne lieu l'invasion des humeurs en général et du sang en particulier par un élément infectieux ou par une toxine. Ils sont désormais familiarisés avec les expressions de *coaguline*, de *sensibilisatrice*, de *complément*, d'*anticorps*, d'*antigène*, avec le mécanisme qui fait apparaître ces corps, et avec le rôle que joue chacun d'eux pour ou contre l'immunisation.

Ces notions essentiellement neuves ouvrent la voie de la thérapeutique de l'avenir. Elles se précisent chaque jour davantage et permettent d'entrevoir une ère prochaine où la méthode des vaccinations préventives ou curatives, appliquée jusqu'alors à certaines espèces déterminées, se généralisera à toutes les maladies infectieuses.

Tout porte à croire que la prophylaxie de la fièvre typhoïde bénéficiera tout d'abord de ce procédé. Pour mieux dire, il est présumable qu'à bref délai, la vaccination anti-typhique, mise en pratique depuis longtemps à l'étranger et même en France dans quelques milieux nosocomiaux, s'emploiera couramment à l'instar de la vaccination jennérienne. Nous n'en voulons pour preuve que les très intéressantes discussions qui ont occupé l'ordre du jour de l'Académie de Médecine, l'espace de plusieurs séances, au début de cette année.

Une commission fut nommée, qui chargea M. Vincent de fournir un rapport dont les conclusions seraient soumises à la haute assemblée.

Sans revenir sur les détails de ce rapport que toutes les feuilles scientifiques ont publié plus ou moins complètement, il est bon de rappeler que l'auteur, après avoir exposé l'historique de la question, faisait état des très nombreuses expé-

riences réalisées, — plus de 100.000—, pour conclure que la vaccination anti-typhique a fait ses preuves, qu'elle réduit au moins de moitié la morbidité typhoïdique, et qu'elle abaisse le taux de la mortalité dans une proportion quatre fois moins élevée. Il proposait toutefois qu'elle restât facultative, en raison des réactions violentes auxquelles elle donne assez souvent lieu.

MM. Chantemesse et Netter appuyèrent de leur autorité et de leur expérience personnelles les conclusions de leur collègue.

Par contre, le professeur Delorme, dans une réplique d'une dialectique serrée, se fit fort de les combattre, les taxant de prématurées et d'excessives. La vaccination anti-typhoïdique, à son dire, n'aurait été utilisée dans les colonies anglaises et en Afrique, particulièrement au Transvaal, que comme un pis-aller, les méthodes de préservation et de prophylaxie ordinaires, étant, dans ces régions, de réalisation impossible. En France, il n'en saurait être de même, puisque la situation va sans cesse s'améliorant, grâce aux perfectionnements de l'hygiène urbaine et du régime des eaux. En outre et de plus, de l'aveu même de l'auteur, elle ne va pas sans de sérieux inconvénients, dont les deux principaux sont la courte durée de la période d'immunisation post-vaccinale, d'une part, et d'autre part, la phase négative pendant laquelle le sujet inoculé, loin d'être immunisé, serait au contraire sensibilisé et rendu plus apte à contracter l'infection éberthienne. Pour toutes ces raisons, l'éminent médecin du Val-de-Grâce, tout en reconnaissant l'intérêt qui s'attache à l'étude de cette méthode, s'opposait à ce que, même à titre facultatif, elle fût recommandée par l'Académie.

Cette thèse ne rallia que sept suffrages parmi les académiciens présents, tandis que les conclusions de Vincent étaient votées par la majorité.

En dépit de ce résultat, qui semble donner raison aux protagonistes de la vaccination anti-typhoïdique, puisqu'il sanctionne d'un vote académique l'efficacité de cette méthode, les objections de Delorme ont trop de force pour ne pas faire impression sur la masse des praticiens, et il est vraisemblable que ceux-ci attendront encore d'autres confirmations avant de l'adopter dans leur pratique courante et continueront à préconiser la vieille prophylaxie hygiénique, qui, quoiqu'on en ait pu dire pour les besoins de la cause, a fait ses preuves.

En écrivant ce qui précède, nous ne prétendons nullement prendre parti dans le débat, ni frapper tendancieusement de dédain un procédé que nous croyons au contraire appelé à un succès égal à ses similaires, entrés déjà dans les mœurs médicales.

Fût-il d'ailleurs définitivement mis au point et éprouvé par des années d'application, qu'il ne s'ensuivrait pas que la lutte contre la fièvre typhoïde par l'amélioration des conditions de l'hygiène publique doive être abandonnée, et l'hygiène prophylactique laissée de côté.

Les découvertes scientifiques que chaque jour apporte avec soi n'en laissent pas moins debout et intactes les vérités d'hier, et la théorie des porteurs de germes, qui défraya les gazettes, il y a un an, n'infirme nullement l'étiologie hydrique de la fièvre typhoïde et l'invasion, pour ainsi dire constante, de l'organisme par le bacille d'Eberth, au niveau des voies digestives, foyer initial de l'infection et centre des lésions.

La première des mesures préventives à observer consiste à n'utiliser pour les besoins courants en général, et pour l'alimentation en particulier, qu'une eau exempte de toute souillure spécifique. Elle est en réalité plus facile à formuler qu'à mettre en action, et, du train où nous mène actuellement le thermomètre, il est probable que nous allons bientôt entendre le cri fatidique : « Parisiens, faites bouillir votre eau ! » Que ce soit à Paris ou ailleurs, l'ébullition, précaution sage, n'a qu'une vertu microbicide toute relative, Le mieux, voyez-vous, c'est encore de recourir à l'usage exclusif pour la table d'une eau minérale naturelle offrant toutes les garanties d'asepsie possibles, tant originairement que par la façon dont elle est captée et embouteillée.

Que par surcroît, cette eau, de par sa composition, soit susceptible d'agir favorablement sur les fonctions digestives, pour les maintenir intactes, ou pour les régulariser toutes les fois que, dans les temps de grande chaleur, elles tendent à s'écarter de la norme, — et tout n'en ira que mieux dans les arcanes de l'appareil gastro-intestinal.

Parmi ces eaux, il en est une qui se recommande particulièrement à l'attention du corps médical, préoccupé de renseigner utilement sa clientèle, —, c'est la Reine de Vals, bicarbonatée-sodique, fortement gazeuse et moyennement minéralisée (3 gr. environ par litre).

Prise en quantité suffisante et d'une façon prolongée, la Reine de Vals n'agit pas seulement sur les fonctions digestives, mais encore elle provoque une sorte d'hyperleucocytose dont la conséquence n'est autre que de renforcer préventivement les moyens de défense de l'organisme, mieux armé pour lutter contre une infection éberthienne possible.

Ce n'est pas l'immunisation telle que se propose de la réaliser la vaccination anti-typhoïdique. C'est la transformation de l'organisme en une place forte inexpugnable, et qui peut défier toute menace microbienne, condamnée ainsi, à l'avance, à une impuissance absolue et par suite, sans danger.

Dr E. D. Gaston.



PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

La participation de l'Association générale à la constitution des retraites de droit

L'Assemblée générale, en adoptant que la contribution des Sociétés locales resterait falcultative et en renvoyant le projet de convention entre l'A. G. et la Mutualité familiale à l'examen des sociétés locales, a par le fait renvoyé toute la question à ces Sociétés locales.

La discussion quelque peu confuse de l'Assemblée générale me paraît réclamer quelques explications complémentaires nécessaires à la mise au point de la question.

On nous a demandé quel était notre programme. Sans prétendre parler au nom du Conseil général dont je n'ai pas reçu mandat, je puis répondre, certain d'être d'accord avec la plupart de ses membres : nous souhaitons que l'A. G., au rôle de pure assistance qu'elle a rempli jusqu'ici et qu'elle continuera à remplir dans l'avenir, joigne un rôle de prévoyance. Sans cesser de tendre la main aux naufragés de la profession, elle doit faire le possible pour éviter le naufrage — et c'est pour cette raison que nous demandons à l'A. G.de contribuer à la constitution des retraites ne dépassant pas 360 francs et de subventionner les œuvres de droit assurant la retraite.

Et tout d'abord, il importe qu'il n'y ait pas de malentendu sur cette question : nous ne réclamons aucun monopole pour aucune de ces œuvres, eût-elle été créée par nous ; nous sommes prêts à étudier les statuts de toutes les œuvres assurant la retraite et à demander pour elles les subventions de l'A. G. si elles se trouvent dans les conditions légales voulues et à leur accorder, dans tous les cas, l'appui moral très effectif que justifie le nombre important des confrères qui y sont affiliés.

Ce que nous voulons, c'est que le médecin, si modeste que puisse être sa situation, soit dans la possibilité de se constituer une retraite pour ses vieux jours et que cette possibilité lui soit encore facilitée par l'A. G.

Dans les conclusions de mon rapport, j'avais demandé que la contribution de 0 fr. 80 par membre fût obligatoire pour les Sociétés locales parce qu'ainsi le geste de solidarité eût été plus large ; mais je me suis bien volontiers rallié à l'idée de laisser cette contribution facultative et j'ai, en Assemblée Générale, modifié mes conclusions en ce sens, certain de ne pas trouver dans chacune des sociétés de meilleurs défenseurs que ceux qui devront bénéficier de ces retraites.

La question que nos confrères ont à examiner se pose donc actuellement en ces termes : *Sont-ils d'avis que leur société locale contribue à la constitution des retraites ne dépassant pas 360 francs par une allocation de 0 fr. 80 par membre, étant entendu que cette allocation servira tout d'abord à réduire les cotisations de ses propres membres qui rechercheront cette retraite ?*

La Caisse des fonds généraux se bornera à centraliser les versements des sociétés locales pour les attribuer aux sociétés assurant les retraites.

Et, en attendant les décisions qui pourront être prises à l'égard des sociétés diverses, il reste à examiner les modifications des contrats qui liaient l'A.G. à l'Association Amicale et à la Caisse des pensions réunies désormais sous l'appellation nouvelle de *Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical Français.*

Je ne veux pas entrer dans les détails de la discussion, je me bornerai à rappeler cette simple considération :

L'A. G. peut toujours venir en aide à ceux de ses membres qui se trouvent empêchés de payer leur cotisation dans telle ou telle société —pour cela point n'est besoin de convention spéciale. Mais aux sociétés auxquelles elle impose l'obligation de ne recevoir que des médecins qui sont préalablement inscrits à une société locale, n'est-il pas équitable qu'elle accorde en échange une subvention globale ?

Actuellement, la Mutualité Familiale est seule dans ce cas — d'autres sociétés pourront s'y trouver dans l'avenir et nous sommes, pour notre part, absolument décidés à leur accorder les mêmes avantages.

Nous désirons vivement continuer notre entente avec l'A.G., mais si la Mutualité Familiale ne doit retirer de cette entente que des entraves à son recrutement, nos confrères comprendront qu'elle doive en envisager la dénonciation.

A eux de décider s'ils approuvent l'orientation nouvelle que nous voudrions imprimer à l'action de l'Association Générale.

A. Gassot.

SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 11, 18, 25 *mai* et 1er *juin* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

2179 Croutes, à Vervins (Aisne).
2180 Hervéou, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

2181 Crozes, à Aïn-M'lila (Constantine).
2183 Bonnet, à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
2184 Rabion, à Paris, 1, place Vintimille.
2185 Gauthier, à Angoulême (Charente).
2186 Rivière, à Auch (Gers).
2187 Caldaguès, à St-Raphaël (Var).
2188 Filderman, à Paris, 2, rue Rosa-Bonheur.
2189 Agniel, à Bourg (Ain).
2190 Bramtot, à Valmont (Seine-Inférieure).
2191 Née, à Ste-Mère-Eglise (Manche).
2192 Réclar, à Miliana (Alger).
2193 Prioulat, à St-Fort-sur-le-Né (Charente).
2194 Golchman, à St-Cosme-de-Vair (Sarthe).
2195 Escalier (Paul), à Alais (Gard).
2196 Escalier (Alfred), à Alais (Gard).
2197 Richaud, à Bulgnéville (Vosges)
2198 Quénot, à Tourouvre (Orne).
2199 Benier, à Houdan (Seine-et-Oise).
2200 Bombart, à Solesmes (Nord).
2201 Battier, au Kremlin-Bicêtre (Seine).
2202 Huet, à St-Servan (Ille-et-Vilaine).
2203 Poupault, à Dieppe (Seine-Inférieure).
2204 Vigneron, à Angoulême (Charente).
2205 Schott, à Couches-les-Mines (Saône-et-Loire).
2206 Buffet, à Elbeuf (Seine-Inférieure,.
2207 Coste, à St-Paul-sur-Ubaye (Basses-Pyrénées).
2208 Gerboud, à Paris, 138, rue de Rivoli.
2209 Bousseau, à Paimbœuf (Loire-Inférieure).
2110 Thirion, à Saint-Dié (Vosges).
2211 Millienne, à Carquefou (Loire-Inférieure).
2212 Collignon, à Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).
2213 Arnaud, à St-Félicien (Ardèche).
2214 Mossé, à Marseille, 51, rue Sainte.
2215 Berthezenne, à Vals-les-Bains (Ardèche).
2216 Laugier, à Nice.
2217 Perdriat, à Corbigny (Nièvre).
2218 Baylac, à Coudures (Landes).

Syndicats adhérents. — Le Conseil constate que les secrétaires et trésoriers des Syndicats qui ont déclaré adhérer tout entiers au *Sou médical* ne se montrent pas tous à la hauteur de leur tâche, comme il conviendrait dans leurs groupements, qui ont réclamé avec ténacité leur autonomie. Celle-ci est un droit, mais elle comporte corrélativement un devoir, celui du scrupule *dans la responsabilité administrative.* En conséquence, le Conseil du « Sou médical » est obligé de déclarer bien haut qu'il ne marchera pas pour le compte d'un Syndicat *dit adhérent en son entier* tant qu'il n'aura pas reçu :

1° *Du secrétaire la liste bien à jour des syndiqués et les statuts du Syndicat* ;

2° *Du trésorier le total des cotisations de tous les membres.* Il se bornera, à défaut d'observation de ces mesures indispensables, à soutenir individuellement ceux des syndiqués dont il aura reçu la cotisation, sans se préoccuper de ce qu'aura pu être l'action syndicale locale au cours des conflits auxquels ils auront été mêlés, et ne fournira contribution pécuniaire que *pour la part du syndiqué, membre régulièrement inscrit au* « Sou médical ».

— Le Conseil, vu la consultation de Me Gatineau, accorde au Dr X. l'appui pécuniaire pour demander devant le juge de paix, lorsqu'il se sera assuré des témoignages nécessaires, des dommages-intérêts au maire qui détourne les indigents de le choisir comme médecin, ainsi qu'ils en ont le droit.

— Le jugement qui a débouté l'ouvrier de sa demande en dommages-intérêts contre le Dr H., qu'il accusait de l'avoir estropié, est devenu définitif, les délais d'appel étant actuellement expirés. Cette affaire, pour laquelle le Dr H. était garanti par le « Sou », est donc terminée.

— Le *Syndicat patronal de la Boulangerie de Paris* sollicite le « Sou Médical », comme syndicat patronal, de signer une protestation contre l'article 3 du projet de loi Godart tendant à interdire le travail de nuit dans la Boulangerie au patron lui-même.

Le Conseil, considérant que le « Sou Médical » n'est pas plus un Syndicat patronal qu'un Syndicat ouvrier, mais qu'il est un Syndicat médical existant en vertu de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, estime qu'il n'a pas à prendre parti sur cette question ; mais que cependant, comme groupement de médecins, il ne peut qu'approuver toute disposition législative qui, comme celle visée, ne saurait avoir qu'un effet excellent au point de vue de l'hygiène.

— Le Dr L. demande l'appui pécuniaire pour défendre à l'appel interjeté par son adversaire contre un jugement de justice de paix qui n'a réduit que dans de minimes proportions des notes d'honoraires accidents du travail, en mettant à sa charge un dixième des frais.

Cet appui pécunaire est accordé, mais le Dr L. devra envoyer, ainsi que la demande lui en a été faite, la copie du jugement attaqué.

— Les Dr W. et V. remercient le « Sou Médical » de son intervention dans des procès qu'ils ont eu à soutenir, dans les termes suivants :

Dr W. — J'ai le plaisir de vous accuser réception de votre envoi de 1417 francs représentant le montant de mes frais de procès que le « Sou » a bien voulu me rembourser. Veuillez, mon cher confrère, exprimer au « Sou » toute ma gratitude pour l'aide morale et matérielle qu'il n'a cessé de me témoigner et agréer l'expression de mes sentiments très confraternels.

Je joins un mandat de 20 fr. que je vous prie de vouloir bien attribuer à l'une des œuvres du « Sou » ou du « Concours » en reconnaissance des services rendus.

Dr V. — Je viens de toucher intégralement les honoraires contestés dans le procès contre le Syndicat de garantie (accident C.).

J'ai remercié déjà bien sincèrement l'avocat du « Sou » Me Gatineau, « redresseur de torts des grandes compagnies », je tiens à ajouter à l'expression de ma reconnaissance pour le « Sou » lui-même un témoignage modeste mais palpable, et je vous adresse ci-joint un mandat-poste de dix francs.

Le Conseil remercie ces deux confrères de leur geste généreux et décide de verser ces sommes dans la caisse de propagande du Sou.

— Le rebouteur contre lequel le Syndicat du Puy avait obtenu l'appui pécuniaire pour se

porter partie civile a été acquitté, parce que tous les faits d'exercice illégal qui lui étaient reprochés, sauf un, étaient pénalement prescrits comme remontant à plus de trois ans.

Le Syndicat, qui s'était abstenu parce qu'il prévoyait ce résultat, demande actuellement l'appui pécuniaire pour poursuivre au civil. Cet appui lui est accordé.

— L'appui pécuniaire du « Sou » est accordé au Dr D. pour poursuivre devant le Tribunal correctionnel le gérant d'un journal qui l'a diffamé ainsi que l'auteur de l'article.

— Le Conseil du « Sou » ordonnance le remboursement au Dr F. de la somme de 116,90, montant en principal et frais des condamnations prononcées contre lui par le juge de paix du 1er arrondissement de Paris sur une demande de restitution de sommes qu'il avait touchées d'un blessé du travail, par lequel il avait été choisi, à titre de complément des allocations portées au Tarif Dubief.

Le jugement est actuellement soumis à l'examen de Me Auger en vue d'un pourvoi en Cassation.

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Comité des Alpes-Maritimes (Menton).

Séance du 10 mars 1911.

Étaient présents : membres de la Société de médecine de Menton, Drs Chaboux, Maturié, Malibran, Didier, Chiaïs, Gallot, Jean Fornari, Trapenard, d'Adhémar, Palmaro, Bourcart et Tixier.

Autres confrères présents : MM. les Drs Cézilly, Maurat, Boudin et Cotar.

Comme on l'avait décidé à la séance précédente, cette réunion de mars avait été réservée à une conférence sur les œuvres de solidarité et de mutualité médicales, faite par le Dr Boudin, secrétaire général du *Concours médical.*

Le Dr Chaboux, président de notre Société, prononce quelques paroles de bienvenue et la conférence se fait sous sa présidence.

Le Dr Boudin traite devant nous des différentes questions de Syndicat, du « Sou médical », de la Caisse des pensions de retraites, d'indemnités en cas de maladie et enfin du journal qui groupe toutes ces associations : le *Concours médical.* Il demande que nous voulions bien souscrire à l'une ou l'autre de ces œuvres qui intéressent à juste titre le corps médical tout entier.

Il insiste sur l'utilité de la formation d'un syndicat qui s'organiserait indépendamment de notre Société, mais qui seul pourrait intervenir utilement dans nos discussions avec les autorités administratives et qui seul pourrait défendre efficacement nos intérêts soit locaux, soit régionaux.

En terminant sa conférence, qui a été très appréciée et très applaudie, le Dr Boudin prie les Drs Didier, Jean Fornari et Tixier, de Menton, de vouloir bien continuer en son absence à recruter des adhésions pour les œuvres dont il nous a entretenus, tant auprès des confrères actuels que des nouveaux confrères qui pourront arriver dans notre station.

Après quelques mots de remerciements de notre président, la séance est levée.

Le secrétaire,

Dr Tixier.

CHRONIQUE SYNDICALE

Sur le fonctionnement de l'Union

Dans votre article du no 21 du *Concours*, vous avez fait surgir, mon cher Noir, un organisme vivant des textes qui, à force d'être remaniés, triturés, tiraillés, avaient fin par évoquer les conceptions les plus opposées, chez la plupart d'entre nous.

Ce que deviendra cet organisme en prenant de l'âge et des forces, personne ne peut le prévoir ; l'essentiel, c'est qu'il soit viable, et tel, que vous le présentez, il l'est certainement.

Mais je tiens à attirer de suite votre attention sur un de ses points qui me paraissent le plus faibles et qui a trait cependant à une des parties essentielles de son fonctionnement : la consultation de tous les syndicats, par les soins du bureau de l'Union, sur toutes les questions importantes. C'est le résultat de cette enquête qui servira de base aux délibérations du conseil des délégués, « après que toutes les opinions auront été centralisées, coordonnées dans un rapport. »

« Le conseil en conclura, dites-vous, que la majorité du corps médical syndiqué a telle opinion sur la question... »

Eh bien ! dans ce cas, sa conclusion aura juste autant de valeur que celle de M. Bertillon établissant que le cancer est plus rare dans les campagnes que dans les villes, ce qui est peut-être exact, mais ce qu'il ne peut savoir, attendu que les décès ne sont, autant dire, jamais constatés et étiquetés par un médecin dans les campagnes.

La comparaison est exagérée ? Voyons le mécanisme en mouvement. Le secrétaire d'un syndicat reçoit le questionnaire du secrétaire général de l'Union. Comment prendra-t-il l'avis des membres du syndicat, qui se réunissent soit une fois par an, soit 2, 3 ou 4 fois au plus, en nombre infime et en une séance très limitée par les heures des trains et l'interminable banquet considéré généralement comme indispensable ?

A moins de recevoir le questionnaire à la veille d'une de ces pseudo-réunions générales du syndicat, le secrétaire la soumettra seulement au bureau, c'est-à-dire aux président, vice-président et trésorier, et ces Messieurs, à eux seuls, à la condition encore de tomber d'accord,

(*Voir le Sommaire et Bulletin d'Abonnement pages suivantes.*)

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Prime GRATUITE aux abonnés du « CONCOURS MÉDICAL »

(*Voir plus loin Bulletin d'Abonnement*)

SOMMAIRE

1re PARTIE

Renseignements généraux.

Chapitre I. — **L'Accès à la Profession médicale.**

Conditions pour l'obtention du doctorat en Médecine.
Grades exigés pour le doctorat en Médecine.
Études préliminaires. P. C. N.
Les études médicales depuis le décret de janvier 1909.
Stages, examens, diplôme.
Le service militaire des étudiants.
L'Association corporative des étudiants en médecine.
Les remplacements avant l'installation.
La recherche d'une clientèle ou d'un poste à créer
Les formalités de l'installation.

Chapitre II. — **Les débouchés de la Médecine.**

Médecins de colonisation en Algérie et en Tunisie : recrutement, avantages.
Médecins sanitaires maritimes : Conditions pour obtenir le diplôme. Avantages offerts par les Compagnies de navigation.
Médecins de l'Assistance médicale en Indo-Chine et en Afrique Occidentale : recrutement, conditions et avantages.
Médecins coloniaux : recrutement, solde, etc.
Inspecteurs de l'Assistance publique : recrutement et avantages.
Médecins-dentistes : conditions à remplir, marche à suivre pour obtenir les connaissances spéciales.
Médecins d'asiles : Règlement des concours, avantages.
Médecins des stations thermales.

Chapitre III. — **Les Etablissements médicaux spéciaux.**

Maisons de Santé diverses. — Sanatoriums.
Cliniques et Instituts pour médecins spécialistes.
Maisons de santé chirurgicales ;
— — médico-chirurgicales ;
— — pour maladies nerveuses et intoxications.
Etablissements hydrothérapiques.
Sanatoriums de plaine ;
— d'altitude ;
— maritimes.
Etablissements médico-pédagogiques d'enfants arriérés.
Lois de surveillance, formalités d'ouverture, patentes, etc., auxquelles sont soumis les divers établissements ci-dessus.

Chapitre IV. — **Les Propharmaciens** (Médecins exerçant légalement la Pharmacie).

Conditions dans lesquelles le médecin peut faire la pharmacie. — Obligations qui lui sont imposées.

2e PARTIE

Législation Médicale

Lois. — Décrets et Règlements intéressant la profession médicale.

(*Textes complets ou Extraits*).

3e PARTIE

Les Honoraires Médicaux.

I. — Les Tarifs Médicaux.

Chapitre Ier. — **Tarif général des honoraires médicaux.**

Tarif général minimum du docteur Jeanne.

Chapitre II. — **Tarifs des Spécialistes.**

Tarif du Syndicat des Oculistes.
Tarif du Syndicat des Laryngologistes.
Tarif du Syndicat des Electrothérapeutes.
Tarif du Syndicat des Kinésithérapeutes.

Chapitre III. — **Tarif spécial des Accidents du travail dit Tarif Dubief.**
(30 septembre 1905).

Arrêté du 26 Juillet 1906, modifiant le tarif.

Interprétation de quelques points du Tarif.

Chapitre IV. — **Tarif de la Fédération Médicale Parisienne.**

Chapitre V. — **Tarif Médico-légal.**

Chapitre VI. — **Tarif des Embaumements**

Chapitre VII. — **Tarifs pharmaceutiques.**

II. — Le recouvrement des honoraires médicaux.

Chapitre VIII. — **Comment le Médecin peut-il faire recouvrer ses honoraires ?**

Encaissement privé ; recouvrement postal ; recouvrement par les banques ; recouvrement amiable par huissier dans les campagnes.
Recouvrement des notes relatives aux Assurances-accidents.
Marche à suivre pour poursuivre un client en justice de paix et devant le Tribunal civil.

Chapitre IX. — **Comment doit-on établir ses notes d'honoraires ?**

Modèle des notes d'honoraires.
Modèles de notes du *Concours Médical*, d'après le tarif Jeanne, pour l'établissement rationnel des notes d'honoraires.
Modèles de notes pour accidents du travail.

Chapitre X. — **La responsabilité des honoraires.**

Responsabilité des honoraires du médecin en cas d'accident du travail, en cas d'accident sur la voie publique, en cas de réquisition pour soins donnés aux parents, aux enfants, aux domestiques, aux militaires.
Jurisprudence relative à chaque cas.

Chapitre XI. — **La prescription des honoraires.**

Prescription des honoraires en général.
Prescription des honoraires pour soins aux accidentés du travail.
Consultations de Me Gatineau et Jurisprudence.

Chapitre XII. — **Privilège du Médecin pour frais de dernière maladie.**

Consultations de Me Gatineau et Jurisprudence.

4e PARTIE

Les Actes médico-légaux et médico-sociaux du Praticien.

Chapitre I. — **Certificats.**

Comment doit-on rédiger les certificats ?
Certificats exempts du timbre.
Certificats d'accidents du travail.
Certificats pour internement d'aliénés.
Honoraires à demander pour certificats.

Chapitre II. — **Expertises.**

Honoraires des Médecins-experts. — Recrutement des Médecins-experts.

Chapitre III. — **Secret médical.**

Chapitre IV. — **La responsabilité civile du Médecin.**

5e PARTIE

Les Services d'Hygiène et de Médecine publique.

Chapitre I. — **L'Assistance médicale gratuite. — A domicile. — A l'Hôpital. — Les Hôpitaux.**

Chapitre II. — **Les Services de la Loi de 1902.**

Obligations des particuliers et des communes.
Vaccination antivariolique.
Obligations des propriétaires d'immeubles.
Devoirs du médecin praticien.
Composition et fonctionnement de l'Administration sanitaire.
Dépenses et pénalités.

Chapitre III. — **Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.** — Certificats.

Chapitre IV. — **L'Inspection médicale des Nourrissons.**

Chapitre V. — **L'Inspection médicale des Ecoles.**

6e PARTIE

Service Médical des Collectivités.

Chapitre I. — **Les Accidents du Travail.**

Les Accidents agricoles. — Les Accidents individuels.

Chapitre II. — **La Mutualité.**

Ses rapports avec la profession médicale.

Chapitre III. — **Rapports des médecins civils avec l'autorité militaire.**

7e PARTIE

Les Renseignements professionnels spéciaux

Chapitre I. — **Cessions et Achats de clientèle.**

Conduite à tenir. — Modèles de contrats de cession. — Jurisprudence.

BULLETIN D'ABONNEMENT

donnant droit à l'AGENDA-MEMENTO, comme prime.

Je soussigné .... *demeurant*

à .... *départ.* ....

déclare souscrire à un abonnement d'un an au " **Concours Médical** " *à dater du* (1)

.... *1911, ce qui me donne droit à* **l'Agenda-Memento du Praticien,**

Edition 1912 qui paraîtra vers le 15 Novembre 1911.

A ...., *le* .... *1911.* (SIGNATURE)

(*NOTA. — Lire les renseignements au dos*).

(1) Les abonnements souscrits *avant le 15 Juillet seulement* recevront gratuitement **l'Agenda-Memento du Praticien.** — Les abonnements partent du 1er de chaque mois. — On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

Retourner ce bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical,*
132, rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS

établiront à l'usage du conseil des délégués l'opinion dominante des 100, 150 ou 200 adhérents de leur syndicat.

Dans ces conditions beaucoup de bureaux ou de secrétaires de syndicat préfèrent ne rien répondre au questionnaire : c'est plus correct !

Personne ne les a revêtus du droit d'exprimer l'opinion de gens qu'ils n'ont pas consultés.

Voilà comment, jusqu'ici, les choses se sont toujours passées ; vous le savez mieux que moi et le déplorez comme moi.

Seulement, sans le dire, vous espérez que cela changera. Vous pensez que la fonction développant l'organe, les divers syndicats de toute la France comprendront bien vite que dans la nouvelle organisation de l'Union, c'est en somme eux qui sont chargés de mettre en branle tout le mécanisme, et ils s'organiseront bien vite pour remplir toute leur tâche.

Cela se heurte à des impossibilités matérielles absolues. Il sera toujours impossible de rassembler fréquemment tous les médecins syndiqués d'un département, du moins tant que les chemins de fer nécessiteront pour beaucoup d'entre eux le sacrifice entier d'une journée pour assister à cette réunion. Il sera impossible d'attirer beaucoup de syndiqués à cette réunion, tant qu'on n'y fera pas une besogne d'une utilité évidente. Or, pour faire cette besogne, il faut du temps, plusieurs heures, une longue après-midi, d'où impossibilité pour beaucoup de rentrer chez eux dans la même journée ; aggravation de la gêne indiquée plus haut.

Frappés de ces difficultés, les médecins de certaines régions ont formé des groupements par arrondissements. Cela ne diminue pas les frais et la durée des déplacements suffisamment pour résoudre la question qui nous occupe.

Mais le secrétaire peut envoyer le questionnaire à tous les adhérents ! Quel secrétaire ? celui du syndicat ? Pourquoi ce double emploi, cet échelon intermédiaire, ce rouage surajouté, n'occasionnant que du travail, des frais inutiles et une perte de temps ?

Pourquoi ne partirait-il pas du centre, du Bureau de l'Union, autant de feuilles de questionnaires qu'il y a de médecins syndiqués en France, chacune adressée directement à chacun d'eux et devant être retournée directement par chacun au secrétaire général de l'Union ? ou plus simplement, pourquoi ne pas insérer cette feuille à remplir dans le *Bulletin* de *l'Union* ?

N'est-ce pas le sûr et l'unique moyen de connaître, cette fois, effectivement l'avis... de ceux qui en ont. Et il y en aura chaque jour de plus nombreux qui tiendront à se faire une opinion et à la manifester, quand ils n'auront pour cela qu'à lire les journaux professionnels, réfléchir aux questions proposées et y répondre en quelques mots sur une feuille toute préparée.

N'est-ce pas la réalisation, à l'état chronique ou plutôt fréquemment répété, du Congrès des praticiens, mais d'un congrès sans bruit, sans emballements, sans influences diverses pouvant obnubiler le raisonnement et retourner bout pour bout les décisions ? De cette façon au contraire, les opinions seraient mûries dans la solitude ou après causeries avec confrères voisins et elles ne resteraient soumises qu'à cette part d'erreur qui est le propre de toutes choses humaines.

Vous auriez enfin un essai d'abord, puis rapidement une réalisation de consultation générale, tandis qu'avec le système actuel, vous n'en avez qu'un simulacre qu'il serait même plus décent de supprim

Dr Ed. DUCHEMIN.

Nous partageons l'avis de notre confrère ; sans doute, ce serait compliquer les choses que de faire adresser, par l'intermédiaire du Syndicat, les questionnaires pour consulter les syndiqués, mais nous croyons qu'il serait mauvais de demander le retour direct des réponses au Secrétariat de l'Union. C'est aux syndicats, qui doivent rester autonomes, à s'organiser, à se sectionner, pour obtenir des réunions faciles de leurs membres et pour mobiliser rapidement leurs adhérents quand une consultation de tous les syndiqués est urgente.

Conseils pour la création d'un syndicat

A M. le Directeur du *Concours*,

Les médecins de ma région, ayant l'intention de fonder un syndicat, vous prient d'avoir l'obligeance de leur envoyer un modèle de statuts, et d'agréer, Monsieur, leurs civilités dévouées et confraternelles.

Dr B.

Réponse

Vous trouverez dans l'*Agenda Memento du Praticien*, pages 226 et suivantes, tout ce qui a trait à l'organisation des syndicats.

Nous vous faisons l'envoi d'un exemplaire des statuts du syndicat de Versailles : c'est le syndicat type au point de vue de l'organisation. Aussi beaucoup de groupements ont accepté ces statuts et les ont copiés. Vous faut-il des sanctions ? Oui, car le syndiqué doit être sûr de pouvoir être défendu contre les collectivités ; mais il doit avoir la certitude que tous marcheront avec le respect de l'engagement pris. Les sanctions, comme les gendarmes, ne gênent nullement les honnêtes gens, ceux qui ont la conscience tranquille, alors qu'au contraire ce sont les apaches qui réclament la suppression de la police. Montrez à vos adhérents que vous avez la ferme intention de les défendre *intus et extra* et vous aurez des adhérents.

Faites au contraire un syndicat à l'eau de rose, un syndicat d'admiration mutuelle, ou de trembleurs, et les jeunes, les ardents, les actifs, vous tourneront le dos, parce que vous ne serez considérés que comme des inutiles.

Une fois constitués, abordez l'étude des questions locales : avez-vous le libre choix pour l'A. M. G. ? pour les mutualités ? pour les vaccinations ? Nommez des commissions et des rap-

porteurs ; après quoi, conclusions de leurs travaux votées, vous irez défendre les intérêts départementaux devant le préfet et devant le conseil général.

Mais, ce qui vous gênera le plus, c'est le manque d'argent. Malgré toute votre bonne volonté, vous serez désarmés devant les illégaux ; vous ne serez pas à même de venir au secours d'un adhérent qui aurait un ennui judiciaire : pas d'argent, pas de justice ; et même auriez-vous les fonds nécessaires qu'il vous manquerait encore les avis autorisés d'avocats-spécialistes. Vos conseils judiciaires, si dévoués soient-ils, n'ont pas la compétence que Me Gatineau, ou Me Mornard ou Me Auger ont acquise en discutant tous les jours nos questions professionnelles.

Eh bien ! trésor de guerre et compétence juridique, voilà ce que vous offre le « Sou médical ». Si, comme l'ont fait onze syndicats, votre groupement décide que ses membres seront tous statutairement membres du « Sou » (20 frs par an), chacun d'eux aura isolément les avantages conférés par le « Sou », c'est-à-dire consultations juridiques, appui moral dans tous les cas, appui pécuniaire dans les cas bien connus de tous, et garantie contre la responsabilité professionnelle jusqu'à concurrence de 2.000 frs. Mais la personne morale du syndicat jouira des mêmes avantages, sans avoir de cotisation à payer ; c'est-à-dire que les consultations vous seront données et que l'appui pécuniaire ne vous fera pas défaut dans certains procès généraux : exercice illégal, etc.

Bon courage, mon cher confrère, et félicitations pour votre entreprise généreuse ; ne craignez pas de nous demander des renseignements, nous sommes à votre entière disposition. Etudiez bien vos statuts ; fondez votre syndicat ; adhérez ou non au « Sou », mais n'oubliez pas l'affiliation à l'Union des Syndicats : notre Union puissante est notre force et plus nous y serons nombreux et plus nous saurons nous faire écouter en haut lieu. L'Union fait la force.

P. B.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les situations acquises.

Une occasion unique de régler dans le département de l'Aisne cette irritante question.

Nous avons reçu la lettre suivante que nous croyons de notre devoir de publier intégralement :

Mon cher confrère,

Un litige de la plus haute importance va être porté sous peu devant notre prochaine Assemblée générale. Voulez-vous émettre un avis à ce propos, et le publier dans un prochain numéro du *Concours* ?

Les maires de deux communes de notre arrondissement ont congédié, sans tambour ni trompette, les médecins titulaires de l'assistance communale. Ces deux médecins font partie du Syndicat. Vous n'ignorez pas que, dans le département de l'Aisne, le libre choix n'existe pas ; le monopolisme y fleurit à outrance.

Cependant, le Syndicat de l'arrondissement de Laon, qui a voté et adopté les statuts de Versailles, a inscrit en tête de son programme la nécessité du libre choix pour les assistés. Voici, en effet, une résolution prise à la date du 5 décembre 1906 :

« Assurés, mutualistes, indigents étant libres de choisir leur médecin, il n'est *pas digne de nous* et il est contraire à notre pacte syndical d'accepter dans la région le *monopole* exclusif de ces clients, et surtout de les rechercher en les détournant des confrères ».

Qui plus est, le 8 décembre 1907, à la suite d'un rapport en faveur du libre choix rédigé et lu par le Secrétaire du Syndicat, la motion suivante était votée : « Le Syndicat médical de l'arrondissement de Laon, réuni en Assemblée générale obligatoire, donne mandat à son bureau de faire toutes démarches utiles auprès du Préfet, du Conseil général et des autorités compétentes afin d'obtenir en faveur de l'indigent le libre choix du médecin, cette liberté étant seule compatible avec l'intérêt supérieur du malade et la dignité du médecin ».

Telles sont donc, mon cher confrère, les idées maîtresses qui président à notre destinée syndicale.

Je disais, en débutant, que deux des nôtres avaient été congédiés. Le terme n'est pas trop fort ; l'un d'eux, qui soignait les indigents depuis sept ans, a été éconduit avec des insultes ; l'autre, après vingt-cinq années de services ininterrompus, n'a pas reçu le plus traître mot de remerciement pour tout son passé d'abnégation. Il y a dans ce sans-gêne municipal quelque chose de profondément vexant pour notre dignité, et qui soulève en nous, au prime abord, un sentiment de révolte, puis de mépris.

Mais, en regard de la situation pénible des confrères éconduits, il y en a une autre que nous envisagerons aussi, celle de ceux-là mêmes qui ont été désignés par les maires en question.

Or, ces médecins viennent nous déclarer qu'ils ont été désignés à leur insu, un peu à leur corps défendant, et que, d'autre part, la municipalité ainsi que les indigents veulent, à tout prix, changer de médecin.

Quelle attitude un Syndicat comme le nôtre doit-il observer en présence d'intérêts aussi discordants ? Autant discuter la question des situations acquises, des situations acquises à la faveur, s'entend. Le *Concours* en dresse le bilan depuis quelque temps...

Il y a deux ans environ, le cas se présentait pour deux de nos membres. Un confrère occupait un poste depuis sept ans, quand un beau matin, il voit s'installer près de lui un jeune médecin. Notez que ce dernier est originaire du pays, parent d'un conseiller général très influent. Conclusion : en moins de deux années, le premier médecin perd ses indigents, ses vaccinations, etc., et, après de nombreuses vexations de la part des municipalités, finit par quitter le pays. Auparavant, il avait porté ses doléances devant notre conseil de famille. Après les avoir écoutées avec la plus grande bienveillance, nous décidâmes de faire des démarches auprès des maires et du Préfet. Et au bout du compte, nous fûmes navrés de ne pas pouvoir porter remède à cette douloureuse situation.

Le confrère favorisé ne cessait de répéter qu'il n'avait rien demandé personnellement, et qu'il ne pouvait empêcher les maires ni les indigents de le choisir comme médecin. Rien de plus exact à la vérité.

Il y a aussi des cas où les situations sont acquises d'autre manière. Parfois, un médecin succède à un autre à prix d'argent et achète les monopoles de son prédécesseur ; c'est encore le fils qui succède au père, le neveu à l'oncle, le gendre au beau-père ; que sais-je ?

Alors, ces successeurs héritent en quelque sorte des monopoles familiaux.

Certes, à l'heure actuelle, la conception du libre choix domine l'esprit syndical, au point que toute contrainte chez le malade, si pauvre soit-il, nous répugne. Ainsi que le pense le Dr Vimont, le médecin qui fait des démarches pour obtenir une situation par laquelle il accepte d'être imposé à un malade, commet un acte répréhensible.

Dans certains cas, à la vérité, certaines situations acquises peuvent être respectées. Cependant, il y a une limite à la patience et à l'esprit de concession, si je peux dire.

Un jeune médecin que je connais, installé depuis dix ans à côté d'un vieux confrère, a acquis, de par son activité, son dévouement, son savoir, une importante situation. Fidèle observateur des règles déontologiques et syndicalistes, ce jeune homme repousse systématiquement toutes les propositions qui ont pour but de déposséder son concurrent. Il me racontait récemment non sans amertume, qu'il soignait depuis cinq ans tous les indigents de son village, mais que c'était son concurrent qui touchait tous les abonnements.

Qu'arrivera-t-il si ce concurrent âgé et influent vient à désigner un successeur ? Il arrivera que tous les monopoles seront cédés à ce dernier, en dépit du dévouement du jeune confrère et de sa correction confraternelle.

Est-ce là l'idéal que nous désirons atteindre ? Assurément non.

S'il est vrai qu'un Syndicat n'a pas pour but de soutenir une catégorie de confrères au détriment d'une autre, force nous est de porter plus haut la question, en l'adaptant, si possible, aux intérêts généraux de la profession.

Au point de vue administratif, un maire a le droit de remercier le médecin qui n'aurait plus la confiance des indigents de sa commune.

A nous, je le répète, d'élever une protestation quand la manière est réellement lourde, offensante. Mais, d'autre part, notre Syndicat a pour devoir de rechercher et d'adopter le moyen qui supprime toutes ces éclaboussures à notre dignité. Ce moyen réside dans la liberté pleine et entière du malade, liberté qui, par surcroît, nous rend la nôtre et nous rehausse tant à nos propres yeux qu'à ceux du client.

C'est dans ce sens, à mon avis, que le Syndicat doit solutionner le litige exposé tout à l'heure. Au reste, c'est le seul mode qui soit conforme à nos décisions syndicales, puisque nous avons dénoncé les monopoles. Il ne nous est pas permis d'imposer toujours aux jeunes confrères le geste dédaigneux d'Hippocrate ou le refus absolu de tout. Le sacrifice ne saurait être unilatéral.

En réalisant entre les médecins en conflit une entente qui les amène au libre choix, le Syndicat aura sauvegardé, non pas seulement des intérêts particuliers, mais les intérêts généraux de notre belle profession. Au surplus, n'est-ce pas le moment d'élargir le débat et de lancer aux confrères de l'Aisne un appel ayant pour but..... le libre choix départemental ?

Agréez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr Saint-Maurice,
Vice-secrétaire du Syndicat de l'arrondissement de Laon.
à Liesse (Aisne).

Notre confrère nous demande d'émettre un avis. Est-il besoin, après la lecture de sa lettre, d'y ajouter quelque chose ; n'a-t-il pas exposé la question des situations acquises mieux que nous ne saurions le faire ?

Une occasion unique se présente à Laon pour obtenir le libre choix ; nous espérons bien que, fidèles observateurs de leurs statuts, les membres du Syndicat de l'arrondissement de Laon ne la laisseront pas échapper et que, gagnés par le bon exemple, tous nos confrères de l'Aisne répondront à l'appel du vaillant secrétaire de ce Syndicat pour obtenir le libre choix départemental.

J. Noir.

« Docteur ». Un point, c'est tout !

Vous vous imaginez peut-être, jeunes confrères, que le diplôme que l'Etat vient de vous donner va vous permettre d'exercer votre profession, avec les « droits et prérogatives qu'il comporte » ? Détrompez-vous !

Je croyais, moi aussi, que le fait d'avoir conquis et *payé* mon diplôme de docteur en médecine, de *payer* chaque année pour avoir le droit de m'en servir, me donnait la capacité et le droit de constater qu'un enfant *est vacciné et n'est atteint d'aucune affection contagieuse.* J'ai appris qu'il n'en est rien. L'Etat n'attache aucune valeur aux diplômes qu'il confère. Pour qu'ils soient bon teint, ils ont besoin d'une autre consécration. Certaines administrations en effet disposent que les certificats devront être délivrés *par des médecins attachés à des hôpitaux civils ou militaires* ». Ainsi donc, dans ma ville, un diplôme n'est valable que lorsque le médecin a eu le bonheur d'être distingué par l'honorable M. X., président de la commission administrative de l'hôpital.

Est-ce assez grotesque ?

Et puis, qu'est-ce donc que cette injure gratuite faite à tout le corps médical ? Dans chaque ville, à part cinq ou six, nous sommes donc tous des suspects ? De quel droit nous traite-t-on ainsi, ou comme des incapables, ou comme des malhonnêtes gens, toujours prêts à donner de faux certificats ?

Nos organisations syndicales doivent agir énergiquement pour faire cesser ces distinctions stupides. Du moment où nous avons notre diplôme et où nous payons patente, nous devons pouvoir exercer notre profession dans toute son amplitude. Qu'est-ce que ces médecins délégués, assermentés, etc. ? N'y a-t-il pas des lois pour punir les médecins qui font des faux ?

Tenons ferme à cette règle : *Pour exercer la médecine, il faut et il suffit d'être docteur en médecine.*

Dr Le Duigou,
Membre du *Concours,*
Cherbourg.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Médecins directeurs de bureaux d'hygiène

Un de nos confrères nous a demandé les conditions de création des bureaux d'hygiène et si les médecins-directeurs pouvaient faire de la clientèle.

Le maire de la petite commune où réside notre confrère, veut, pour lui faire pièce, installer un concurrent et lui donner un traitement fixe communal, sous le fallacieux prétexte de créer pour lui un bureau d'hygiène communal.

Nous nous sommes adressés au Dr Ott, inspecteur des services d'hygiène de la Seine-Inférieure et l'avons prié de vouloir bien nous donner son opinion autorisée.

Voici sa réponse :

Aux termes de la loi du 15 février 1902 (art.19), un bureau d'hygiène doit exister dans toute ville de plus de 20.000 habitants ou toute station thermale de plus de 2.000 habitants.

Loi et circulaires sont muettes sur les bureaux d'hygiène facultatifs. Il est évident qu'un maire peut toujours créer dans sa ville un bureau d'hygiène, si le conseil municipal met à sa disposition les fonds nécessaires. L'article 97 de la loi municipale de 1884 lui en donne le droit. Mais il est évident aussi que ce bureau d'hygiène devra s'occuper d'hygiène et non constituer un bureau de médecine quasi-gratuite.

Les attributions des bureaux d'hygiène obligatoires sont définies par l'article 19 de la loi du 15 février 1902 qui définit le bureau d'hygiène : « un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi ».

Le décret du 3 juillet 1905 détermine les « conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène ».

La circulaire du 23 mars 1906, qui commente ce décret, divise les attributions des bureaux d'hygiène en deux catégories :

Celles résultant de l'application de la loi du 15 février 1902, et celles résultant de l'application des dispositions légales ou réglementaires relatives à l'hygiène, autres que la loi du 15 février 1902.

Voici l'énumération de ces diverses attributions :

A. *Attributions obligatoires*

1° Mesures sanitaires concernant les individus ;

a) Contrôle de l'exécution du règlement sanitaire pour les prescriptions concernant les individus ;

b) Réception des déclarations de maladies contagieuses ;

c) Vaccination et revaccination ;

d) Service municipal de désinfection (villes de plus de 20.000 habitants) ;

c) Surveillance des hôtels et logements loués en garni ;

d) Statistique des maladies transmissibles.

2° Mesures sanitaires concernant les immeubles :

a) Contrôle de l'exécution du règlement sanitaire pour les prescriptions *concernant* les immeubles ;

b) Délivrance des permis de construire (villes de plus de 20.000 habitants) ;

c) Assainissement des immeubles insalubres.

d) Surveillance des eaux d'alimentation, de quelque provenance que ce soit ;

e) Surveillance des fosses d'aisances, puisards ;

f) Casier sanitaire des immeubles ;

3° Mesures concernant les localités :

a) Assainissement général de la localité et de la voie publique ;

b) Contrôle des distributions publiques d'eau potable ;

c) Contrôle des égouts ;

d) Carte sanitaire de la commune.

B. *Attributions facultatives.*

1° Service médical de l'état civil :

a) Constatation des naissances et décès ;

b) Statistique démographique.

2° Hygiène de l'enfance :

a) Exécution de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge ;

b) Contrôle de la qualité du lait, consultations de nourrissons, gouttes de lait, etc. ;

c) Hygiène scolaire, inspection médicale des écoles ;

3° Hygiène alimentaire :

a) Surveillance des abattoirs, inspection des viandes;

b) Inspection des denrées alimentaires, halles et marchés ;

4° Police sanitaire des animaux.

5° Surveillance des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

6° Surveillance de la prostitution.

Etc.

Par analogie avec ce qui se passe pour les bureaux d'hygiène obligatoires, il tombe sous le sens qu'un bureau d'hygiène facultatif devra s'occuper de tout ou partie de ces mêmes attributions. Et jamais un préfet n'autorisera l'inscription à un budget communal de dépenses ayant pour objet, comme dans le cas que vous me soumettez, des soins médicaux à prix réduits à octroyer à tous les habitants d'une commune par un directeur de bureau d'hygiène.

Dans un grand nombre de villes à bureau d'hygiène, on a même interdit aux directeurs de faire de la clientèle, ce qui est parfait au point de vue hygiène, mais excessif, étant donné le traitement consenti à beaucoup de directeurs (3600, 4000 ou 4600).

Dans le cas particulier, le bureau d'hygiène nouveau style dont le confrère D... vous signale la préparation, ne peut pas être créé administrativement.

C'est au préfet qu'il y aura lieu d'adresser une plainte régulière émanant des *contribuables* de la

commune et de confrères y exerçant ou y résidant.

Si, par impossible, la délibération du conseil municipal était approuvée, ce qui ne pourrait se produire que par surprise ou négligence administrative, c'est le Conseil d'Etat qu'il y aurait lieu de saisir.

En tous cas, il y a lieu de se procurer le plus de renseignements possibles sur la genèse de cette affaire (délibération du Conseil municipal, lettres du maire, etc.) aucun document n'est à négliger.

Mon impression est que jamais ce bureau d'hygiène ne sera créé, et que ce n'est qu'un bluff du maire ou de son conseil.

Toujours à votre disposition pour tous renseignements,médico-administratifs,croyez mon cher confrère, à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

1er mai 1911. P. OTT.

N. D. L. R. — Notre confrère, muni de ces renseignements, a agi auprès de qui de droit et il vient de nous informer que le maire vient de renoncer à son projet.

NECROLOGIE

Nous apprenons la mort du Dr J. GEOFFROY qui, secrétaire général du Comité de la rédaction, remplit en réalité les fonctions de rédacteur en chef du *Concours Médical* de 1881 à 1884.

Doué d'une vive intelligence et d'une érudition qui lui permettait de puiser dans les textes grecs les éléments de sa thèse sur la *Physiologie d'Aristote* et d'une controverse avec le grand Gladstone sur la *Conception des couleurs d'après Homère*, notre confrère sut donner au *Concours* encore bien jeune une forme littéraire en même temps qu'une valeur scientifique qu'il n'avait pas connues jusqu'alors.

Les vieux lecteurs du *Concours* n'ont pas oublié le rapport magistral qu'il rédigea à la suite des travaux de la Commission de réforme de la loi sur l'exercice de la médecine, rapport dont s'inspira Chevandier pour la rédaction de sa proposition de loi.

Plus tard, revenant à la pratique médicale, Geoffroy porta tout spécialement ses études sur l'anatomie topographique des organes abdominaux chez le vivant, sur les troubles qu'amène tout changement dans leurs rapports, sur ceux que provoque la contracture de la tunique musculeuse de l'intestin, et il fit sur ces sujets des communications remarquées dans divers congrès.

C'est un praticien de valeur, un érudit, un homme de bien qui s'en va. Le *Concours Médical* manquerait à ses devoirs s'il ne lui adressait un dernier souvenir de gratitude.

— Nous avons encore le vif regret d'annoncer la mort du Dr BROSSARD (de Poitiers), membre du Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Enseignement médical libre. — *Dispensaire pédagogique*, 49, rue Saint-André-des-Arts. — M. le Dr Bérillon fera, le jeudi 15 juin, à 5 heures, une conférence sur : Le problème social de l'épilepsie. L'éducation des épileptiques.

Les membres du *Concours médical* sont invités à prendre part, le dimanche 25 juin, à 3 heures, à la visite de l'Etablissement d'orthopédie mentale (enfants arriérés, irritables et nerveux) : Château des Buttes, 12, avenue de Ceinture, à Créteil. Ils peuvent être accompagnées de personnes de leur famille. (Tramways du Louvre à Créteil.)

Dotation scientifique. — Le laboratoire du service du professeur Chantemesse, à l'Hôtel Dieu, vient d'être doté par le Conseil municipal d'une subvention de 10.000 francs pour achat d'instruments et création d'une consultation des maladies digestives.

Société d'hygiène de l'enfance. — La Société met au concours la question suivante pour 1911 : « Les cantines scolaires, leur utilité, que doivent-elles être ? »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1911. *Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.*

Ils devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils ne seront pas signés, mais porteront en tête une devise ou épigraphe reproduite sur enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout auteur qui se fera connaître sera exclu du concours.

Les mémoires ne sont pas rendus : même non primés, ils deviennent la propriété de la Société et ne peuvent être publiés par leurs auteurs. La Société se réserve de tirer des meilleurs travaux la matière d'une brochure de propagande et d'enseignement.

Les prix seront décernés en 1912, dans la séance publique annuelle. Ils consistent en médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et en mentions honorables.

Adresser les mémoires avant le 31 décembre 1911, au président de la Société d'hygiène de l'enfance, 10, rue Saint-Antoine, Paris, IVe.

A propos des poursuites pour exercice illégal de la médecine. — D'après le *Bulletin Médical*, le Syndicat médical de Dunkerque a voulu faire poursuivre, pour exercice illégal de la médecine,une femme qui se livrait à la pratique des accouchements et qui propageait la fièvre puerpérale. Le parquet n'ayant pas consenti à agir de lui-même, le Syndicat s'est porté partie civile. Le procès a été ainsi engagé, et la femme a été condamnée. Mais voici où l'histoire se corse :

La femme étant insolvable, le Parquet a refusé, sous prétexte que la condamnée était âgée, de recourir à la contrainte par corps, bien que le Syndicat se soit engagé à payer les frais de la pension en prison. Le Syndicat a donc été obligé de payer les frais du procès, soit 230 francs, et le résultat obtenu a été nul, car la femme continue à exercer son métier et déclare se moquer de sa condamnation qui n'a entraîné aucune sanction.

En signalant à ses confrères ce fait instructif,

M. le Dr Dewèvre (de Dunkerque) a pensé, avec juste raison, qu'il méritait d'être porté à la connaissance des Syndicats, afin qu'ils sachent à quoi ils s'exposent quand ils décident des poursuites en exercice illégal.

M. le Dr Oui a fait remarquer à ce propos qu'on avait tort de se contenter, dans ces cas, de réclamer un franc de dommages et intérêts ; il faut demander davantage et exiger, si l'on n'est pas payé, la contrainte par corps. On peut encore, quand il y a eu ainsi propagation d'infection puerpérale par une de ces matrones, la faire poursuivre par les familles pour homicide par imprudence. Dans ces conditions, on obtient des condamnations sévères à la prison.

Une institution due à l'initiative privée, mais de fonction sociale, qui mérite d'être signalée, et propagée, c'est la « Forsyth Dental Infirmary » ; de Boston, due à la générosité de deux frères du nom de Forsyth. Le but est d'instituer une clinique dentaire gratuite ouverte à tous, au-dessous de seize ans. On veut sauver la denture des enfants et leur inculquer la notion qu'il faut entretenir les dents : une vraie leçon de choses, dont il profiteront, il faut espérer. Ce n'est point une charité, disent les fondateurs. L'enfant a le droit de se développer physiquement aux frais du public, comme de se développer mentalement. Les enfants viendront donc se faire entretenir les dents gratuitement, et on les invitera à assister à des conférences d'hygiène dentaire pour leur apprendre ce qu'ils doivent faire pour éviter les maux qui les ont amenés. On espère, de la sorte, les instruire de leur intérêt, et on compte qu'adultes ils pratiqueront la doctrine qui leur aura été inculquée.

On ne peut qu'approuver, et on aimerait voir généraliser le principe. Tout enfant serait obligé par la loi de se faire examiner, non pas seulement les dents, mais les yeux, et tout le corps, trois ou quatre fois par an, que bien des maux seraient évités, qui sont parfaitement évitables. Mais nous n'en sommes pas encore là : la santé, l'hygiène, sont des « considérations inactuelles », — remarque le *Journal des Débats*.

La saison à Châtel-Guyon. — Grâce aux faveurs tant inattendues que nous dispense Messire Phœbus depuis l'ouverture de la saison, les baigneurs affluent dans la jolie station d'Auvergne. — Parmi eux, les médecins et les familles médicales figurent en bon nombre.

Ceci n'a rien qui puisse nous surprendre, Châtel-Guyon ayant été de tout temps considéré comme la villégiature d'été du corps médical.

Rappelons à ce propos que les médecins ont droit à la gratuité complète du traitement thermal pour eux-mêmes, leurs femmes et leurs enfants non mariés.

Le mauvais numéro. — Des gens attendent, carrefour Châteaudun, l'autobus improbable qui les emmènera vers le Quartier latin. Tous arrivent presque complets, et l'on se dispute les rares places.

Le conducteur appelle les numéros : 600, 601, 602... Des gens montent. « 606 », hurle l'homme à casquette. Alors, ce sont des rires, des cris, des applaudissements... Le gros monsieur qui se hisse sur la plate-forme est acclamé : « 606 ! Console-toi ça se guérit.. »

Et le gros monsieur goûte peu les rires qui l'accueillent dans la voiture. (*Paris-Journal*.)

Les pharmacies à St-Pétersbourg. — La loi russe limite le nombre des pharmacies à raison d'une pour 12.000 habitants.

La population de Saint-Pétersbourg s'étant accrue dans des proportions considérables, il a été décidé en haut lieu que 11 officines de plus seraient autorisées, et en prévision d'une progression constante, les autorités ont demandé la création successive de 50 nouvelles pharmacies.

En France, il faudrait obtenir une loi qui décongestionne les pharmacies qui sont en surnombre. Utopie ! ! !

Erreur de diagnostic. — Se trompant dans son diagnostic, un médecin parisien avait soigné une de ses clientes pour un commencement de diabète, alors que celle-ci était atteinte d'une affection cancéreuse, affection dont elle mourut d'ailleurs. Le mari de la défunte, ayant actionné le médecin devant la 1re chambre civile, réclamait 50.000 francs de dommages-intérêts au profit de ses deux enfants mineurs. Le tribunal a rejeté cette demande, le mari n'ayant pu justifier à l'encontre du médecin traitant d'aucune faute personnelle et professionnelle.

En ce qui concerne la faute professionnelle le jugement de la 1re chambre est à retenir.

Attendu, y est-il dit, que dans l'hypothèse où cette faute professionnelle serait effectivement établie, elle ne pourrait engendrer une responsabilité pécuniaire à la charge de son auteur que si celui-ci s'était lourdement trompé dans l'établissement de son diagnostic, la détermination et la direction des soins et du traitement prescrit.

— **La guerre aux mouches.** — Une campagne énergique, dirigée de New-York par le docteur W. Hornadog, directeur du jardin zoologique de Broux-Park, s'organise aux Etats-Unis pour la destruction des insectes nuisibles. Le moustique et la mouche de maison sont particulièrement visés. Depuis qu'on a reconnu son rôle actif dans la propagation de la fièvre typhoïde, la mouche est traitée sans merci ; et il se fonde un peu partout des ligues pour sa destruction. Il vient de s'en fonder une à Washington qui, par l'intermédiaire des instituteurs, paie 4 cents (0 fr. 20) aux enfants pour chaque centaine de têtes de mouches qu'ils rapportent ; les écoliers accueillent cette mesure avec enthousiasme. (*La Nature.*)

Anatomie modern style. — Extrait d'un roman publié par le grand quotidien qui sait et qui dit tout :

« Ils (les yeux) étaient immenses, très largement « fendus, et la *pupille dilatée, d'un bizarre jaune « d'or, entourait d'un large cercle l'iris noir,* profond, ténébreux et angoissant comme l'œil d'un « sphinx. »

Il est impossible de prendre plus désinvoltement le contenant pour le contenu, l'encerclant pour l'encerclé, et *vice-versa*.

Romanciers qui écrivez et qui décrivez, renseignez-vous aux bonnes sources afin d'éviter d'aussi grosses erreurs qui font rire de vous...

L'orchestre médical. — Le *Bulletin médical* annonce que le concert fixé au mardi 13 juin 1911 est remis à une date ultérieure.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

UNE CONSULTATION du CORPS MÉDICAL

Cher Confrère

Le *Concours Médical*, vous le savez, est une société d'études dont font partie tous les médecins qui désirent contribuer par leurs opinions et leurs actes à l'amélioration des conditions d'exercice de la profession.

Elle a pour organe le journal du même nom, dont le rôle, tout à fait unique dans la presse médicale, est de rechercher et centraliser les avis de tous les adhérents, c'est-à-dire des lecteurs, pour permettre au Conseil de Direction d'en faire rapport, d'en tirer des conclusions et de soumettre celles-ci à l'Assemblée générale en vue d'exécution soit par le *Concours médical* lui-même, soit par les Sociétés professionnelles qualifiées à cet effet.

Or, aujourd'hui, des problèmes très divers soulevés par les derniers Congrès, par les Assemblées générales de l'Association des médecins de France et de l'Union des Syndicats médicaux réclament des solutions *pratiques*.

D'autre part, notre Société elle-même, toujours grandissante en activité et en influence, veut être sûre de répondre de mieux en mieux aux désirs et aux besoins de ses membres.

A cet effet, le Conseil de Direction se considère comme obligé de solliciter votre avis d'une façon précise sur un grand nombre de points, parce qu'il sait que, en vertu même de notre pacte social, vous vous considérerez aussi comme obligé de lui répondre en tout souci d'exactitude, dussiez-vous pour cela vous procurer des renseignements qui vous font personnellement défaut.

Cette consultation que nous étendons à tous les praticiens français tirera des réponses qui nous seront faites une importance capitale.

Par elle, le *Concours médical* saura ce que vous attendez de lui, dans tous les détails, fussent-ils en apparence d'aspect un peu secondaire.

Par elle, nous serons en mesure de fournir à l'Union nouvelle des Syndicats médicaux une documentation, des indications et des archives dont elle ne saurait se passer dans la marche en avant qu'elle vient de s'imposer.

Par elle enfin, l'Association générale pourra classer et sérier les questions du programme nouveau de mutualité qu'elle veut *ajouter* à son ancien et unique programme de bienfaisance.

Appelé à donner votre opinion sur tout cela, vous seriez mal fondé de nous la refuser, même par une confiance aveugle, que nous appellerions fatalement *refus de concours*, puisque nous ne sommes ni des infaillibles, ni des Pic de la Mirandole. Ne serait-ce pas, d'ailleurs, vous interdire ensuite le droit de fronder et de critiquer, si cher à l'esprit français et surtout à l'esprit médical ?

Sans souci pour la forme d'un numéro du journal (qui, nous le répétons, ne se préoccupe jamais de ressembler aux autres en suivant une mode), nous vous adressons donc un vaste questionnaire que vous tiendrez à remplir scrupuleusement, en vous disant que le travail, s'il est quelque peu pénible pour vous, sera cent fois plus grand pour ceux qui feront le dépouillement, mais surtout sera éminemment profitable à vous-même et à toute la profession.

Nous sommes las d'entendre dire ou insinuer que nous prétendons mener le Corps médical. Le moment est venu pour celui-ci de nous faire savoir ses volontés.

Le Conseil de Direction.

Feuille à détacher et à envoyer au *CONCOURS MÉDICAL*, 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

Exercice de la Profession médicale

Dans quelles conditions exerce-t-on la médecine dans votre région ?

Quels sont les rapports des praticiens :

Entre eux ?

Avec les consultants (professeurs de Facultés ou d'Ecole) ?

Avec les chirurgiens ?

Avec les spécialistes ?

Avec les médecins militaires ou de marine ?

Avec les médecins des grandes Administrations de l'Etat, des chemins de fer, etc. ?

Avec les médecins des Compagnies industrielles ?

Avec les médecins d'assurances ?

Avec les chirurgiens dentistes ?

Avec les sages-femmes ?

Avec les pharmaciens ?

Y a-t-il beaucoup de confrères qui exercent simultanément la médecine et la pharmacie ?

Honoraires

Quel est le taux des honoraires ?

De la consultation ?

De la visite ?

Du kilomètre ?

Des accouchements ?

Des interventions ?

Avez-vous un tarif ? Si oui, ayez l'obligeance de nous l'envoyer.

Etes-vous satisfait de ces prix et de ces tarifs ?

Depuis quelle époque n'a-t-on pas relevé le tarif ?

Syndicats

Y a-t-il des Syndicats dans votre région ?

Sont-ils départementaux ?

Sont-ils d'arrondissement ?

Sont-ils de ville ou de canton ?

Sont-ils groupés en Fédération régionale ?

— — *départementale ?*

Dans quelle proportion les médecins sont-ils syndiqués ?

Quelles raisons invoquent les dissidents pour ne pas adhérer au Syndica ?

Votre syndicat a-t-il fait preuve d'activité et dans quelles circonstances ?

Exercice illégal de la Médecine

Avez-vous à vous plaindre de l'exercice illégal ?

Quels sont ceux qui s'y livrent et de quelle façon ?

Protection des enfants du premier âge

Comment est-elle organisée ?

Exposez vos desiderata.

Assistance médicale gratuite

Comment est appliquée la loi sur l'A. M. G. ?

Quel système est adopté ?

Libre choix ?

Abonnement ?

Circonscription ?

Y a-t-il des localités qui ont une organisation spéciale ?

Veuillez nous adresser le règlement et le tarif de l'A. M. G., de votre département.

Feuille à détacher et à envoyer au « CONCOURS MÉDICAL », 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

Hôpitaux

Comment fonctionnent les services médicaux hospitaliers ?

Tous les médecins ont-ils accès à l'hôpital ?

Sont-ils convenablement indemnisés ?

Peuvent-ils réclamer des honoraires aux gens aisés, notamment pour les interventions chirurgicales ?

Quels sont leurs rapports avec les commissions administratives ?

Assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources

Tous les médecins concourent-ils à l'application de la loi ?

Accidents du Travail

La loi du 9 avril 1898 est-elle appliquée dans votre région ?

Le libre choix du médecin par le blessé est-il respecté ?

Voyez-vous une quantité normale d'accidentés du travail, dans votre cabinet, ou bien ces malades sont-ils systématiquement dirigés chez un médecin d'usine, ou de Compagnie d'assurances ?

Avez-vous conclu des forfaits avec les Compagnies d'assurances ?

Si oui, sur quelles bases ?

Eprouvez-vous des difficultés à vous faire régler vos notes d'honoraires ?

Vos notes sont-elles systématiquement réduites par les Compagnies ?

Etes-vous obligé de faire conduire à l'hôpital vos blessés graves ?

En cas d'hospitalisation, vos honoraires sont-ils perdus, quand bien même vous êtes appelé comme médecin traitant ou aide, dans cet établissement ?

Etes-vous quelquefois désigné comme expert, par le tribunal, pour déterminer le taux des incapacités permanentes ?

Vos honoraires ne vous sont-ils payés que sur présentation d'un mémoire, établi d'après le tarif civil soumis à la taxation du juge ? (décrets du 18 juin 1811 et du 21 novembre 1893. Cour de Paris, 19 déc., 1910).

Vos mémoires d'expertise dépasse-t-il 30 à 40 francs ?

Jouissez-vous des honoraires de faveur, de 100 francs, au minimum, par expertise, prix alloué à certains professeurs, ou à des experts à la dévotion des Compagnies d'assurances ?

Quel est le nombre d'expertises annuelles ordonnées par le juge de paix dans votre canton au sujet du demi-salaire ou des honoraires médicaux ?

Quel est le nombre d'expertises ordonnées par le président du tribunal de votre arrondissement, soit en conciliation, soit par jugement, pour fixation de la rente pour incapacité permanente partielle ?

Ces expertises sont-elles également réparties entre tous les médecins, ou sont-elles monopolisées par un, deux, ou trois seulement ?

En cas de monopole des expertises, combien chaque expert gagne-t-il pa an avec ses expertises ?

Ces experts monopolisateurs sont-ils désignés parce qu'amis, parents ou médecins de famille des juges ?

Combien, parmi ces experts, sont médecins de Compagnies d'assurances, ou de chemin de fer, de tramways, d'usine, de mines ou de grandes sociétés industrielles ?

Hygiène Publique

Comment est appliquée chez vous la loi relative à la protection de la santé publique ?

Les communes sont-elles pourvues d'un règlement sanitaire ?

Le Conseil départemental d'hygiène, les commissions sanitaires de circonscriptions fonctionnent-ils ?

Y a-t-il un inspecteur départementa d'hygiène ?

Les déclarations des maladies transmissibles se font-elles régulièrement ?

Y a-t-il un service sérieux de désinfection ?

Quelle est l'organisation du service des vaccinations ?

Avez-vous dans votre département des bureaux d'hygiène

Qui est à leur tête, comment sont-ils organisés ?

Quel rôle joue le Corps médical dans l'organisation sanitaire de votre département ?

Inspection médicale des Ecoles

Existe-t-elle dans votre région ?

Comment fonctionne-t-elle ?

Si non, est-elle à l'état de projet ?

Quelle est votre opinion personnelle sur ce point ?

Médecine Mutualiste

Les Sociétés de secours mutuelles sont-elles nombreuses et florissantes dans votre région ?

Comment est organisé leur service médical ?

Quels sont les honoraires des médecins qui soignent les mutualistes ?

Quels sont vos rapports avec les chefs de la Mutualité ?

Le libre choix et le paiement à la visite tendent-ils à s'appliquer ?

Avez-vous organisé des Comités mixtes pour arbitrer les conflits ?

Cliniques — Dispensaires — Œuvres Privées

Avez-vous à vous plaindre :

D'œuvres de bienfaisance privée ?

Du fonctionnement de cliniques ou de dispensaires charitables ?

De cliniques ou de dispensaires créés par les Sociétés de la Croix-Rouge ?

De dispensaires ou cliniques de compagnies d'assurances ?

De dispensaires ou cliniques, dites ouvrières pour les accidents du travail ?

Réflexions générales et personnelles sur les moyens à employer pour améliorer l'exercice de la médecine et remédier aux abus dont elle souffre.

Défense individuelle

Etes-vous assuré au « Sou médical » ?

Si non, pourquoi ?

Avez-vous des critiques à formuler contre le fonctionnement du « Sou » ?

Quelles améliorations voudriez-vous voir apporter ?

Quelles objections vous oppose-t-on lorsque vous essayez de faire adhérer un confrère au « Sou » ?

Si vous êtes adhérent au « Sou médical », trouvez-vous sa garantie suffisante ?

Vous estimez-vous suffisamment couvert par le « Sou » jusqu'à concurrence de 2.000 francs contre la responsabilité professionnelle, en plus des frais du procès payés par le « Sou » ?

Ya-t-il eu, dans votre région, médecin condamné à des dommages-intérêts, pour faute professionnelle ?

Si oui, à quelle somme a-t-il été condamné ?

A quelle époque ?

Pourriez-vous nous donner la date du jugement ?

Etes-vous assuré à d'autres caisses ou assurances de défense professionnelle ?

Si oui, jusqu'à quelle somme vous êtes-vous garanti contre la responsabilité professionnelle ?

Tous vos actes cliniques et thérapeutiques, sans exception, sont-ils garantis par cette assurance ?

De même, pour vos certificats ?

Si vous êtes attaqué en justice pour d'autres causes que pour dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, pouvez-vous, aux termes de votre police ou contrat, obtenir de votre assurance ou Société des conseils et une garantie pécuniaire ?

Avez-vous le droit de demander gratuitement à votre société ou assurance des consultations juridiques pour les questions professionnelles de tout ordre ?

Ces conseils et cette garantie pécuniaire vous sont-ils accordés au cas où c'est vous qui entreprenez le procès ?

Avez-vous, par police, subrogé la société ou l'assurance dans tous vos droits de conduite du procès ?

La Société ou l'assurance peut-elle transiger en votre nom ?

Votre contrat est-il résiliable, à toute époque ? de votre part ? de la part de la Compagnie ou société ?

Prévoyance et Mutualité

Les idées de prévoyance et de mutualité sont-elles en faveur près des confrères de votre région ?

Si non, pour quelles raisons ?

Quelles œuvres, réalisant ces idées, semble-t-on préférer ?

Etes-vous vous-même affilié à une ou plusieurs d'entre elles ?

Si non, quelles raisons vous en empêchent ?

Que pensez-vous de la fusion, sous le nom de Mutualité Familiale et professionnelle du Corps Médical Français, de l'Association Amicale et de la Caisse des pensions de retraite ?

Approuvez-vous le fractionnement des retraites par parts de 120 *fr. qu'elle a institué ?*

Etes-vous d'avis que l'Association générale des Médecins de France doive aider à la constitution des retraites de droit, et de quelle manière ?

Etes-vous d'avis que votre Société locale doive voter la contribution de 0 *fr.* 80 *proposée par le Conseil général comme moyen de réduire la prime de ceux qui cotisent pour une pension ne dépassant pas* 360 *francs ?*

L'indemnité-maladie, telle qu'elle a été instituée par l'Association Amicale, vous paraît-elle suffisante ?

Si non, quelles améliorations voudriez-vous voir réaliser et dans quel ordre d'urgence ?

Que pensez-vous de la pension aux veuves et aux orphelins telle qu'elle a été établie ?

Agenda Memento du Praticien.

L'édition 1911 *de notre volume vous a-t-elle donné satisfaction ?*

Avez-vous souvent recours aux documents qu'il contient ?

Sa forme vous convient-elle ?

Si non pourquoi ?

Pourriez-vous nous indiquer si vous y avez trouvé quelques lacunes ?

Si oui, de quel ordre ?

Quels sont les sujets qui, à votre avis, manquent dans notre volume et que vous voudriez voir traiter ?
Voulez-vous les énumérer ?

Faites-vous usage de la partie Agenda ?
Si oui, la forme adoptée vous convient-elle ?

Questions aux non-abonnés

Pourquoi n'êtes-vous pas abonné au Concours médical ?

Pourriez-vous nous en indiquer les raisons ?

Voulez-vous que le service vous en soit fait pendant deux mois à titre d'essai ?

Si oui, veuillez nous indiquer d'une manière précise et lisible vos nom et adresse.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Siège social : 132, rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné (nom, prénoms)..
médecin à...................................... *département de*......................................
désire connaître les formalités à remplir pour être admis comme Membre de la **Mutualité Familiale du Corps médical Français.**

Je demande les Statuts et des renseignements pour les combinaisons (1) suivantes :
M. A. *Indemnité Maladie, Accidents.*
P. *Pension de retraite à 60 ans.*
R. *Pension de retraite à 65 ans.*
V. *Caisse des veuves.*

A.................................le.................................191 .

(Signature)

(1) Rayer ce qu'on ne choisit pas.

Adresser ce Bulletin rempli et signé
à M. le Dr Mignon, secrétaire général, au Vésinet (Seine-et-Oise).

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités)..
médecin à .... *dépt de*......................................
né le...................................... *à* ....
reçu devant la Faculté de...................................... *le* ....
membre de (1)..
ou présenté par MM. (2) ....
déclare adhérer au **SOU MÉDICAL** *et envoie au trésorier la somme de* **VINGT FRANCS**, *montant de ma cotisation pour l'année courante.*

A......................................, *le*......................................

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membre du Sou médical.

Envoyer ce Bulletin affranchi avec le mandat inclus, au trésorier du **SOU MÉDICAL**
Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret).

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Indemnité maladie-accidents. Pensions de retraite. Pensions viagères aux veuves et aux orphelins.

La Mutualité familiale a été fondée par la fusion de l'Amicale et de la Caisse des pensions de retraites du corps médical français.

L'Amicale datait de 1894, la Caisse des retraites de 1884. Elles ont été réunies pour faciliter l'administration et la gestion des deux caisses, pour permettre au médecin de pouvoir adhérer plus facilement à une ou plusieurs combinaisons, selon ses idées et son choix ; pour démocratiser enfin la Caisse des retraites et lui permettre de faire des parts de pension de retraites de 120 fr. et non plus de 1200 comme avant.

Veut-on s'assurer contre la maladie et l'accident ?

C'est la combinaison MA, qui, moyennant une prime annuelle invariable, fixée par l'âge d'entrée, garantit contre toutes les maladies ou contre tous les accidents, **de quelque nature qu'ils soient.**

10 fr. par jour sont accordés, du 5e au 65e jour et, si l'invalidité dépasse 65 jours, 1.200 fr. par an, soit 100 fr. par mois **quelle qu'en soit la durée.** Par incapacité de travail, on entend l'impossibilité de faire des visites médicales au dehors, le médecin ayant le droit de donner des consultations dans son cabinet. Les médecins qui ne font que la consultation doivent garder la chambre.

Ces avantages ne sont garantis que jusqu'à l'âge de 65 ans.

Veut-on une retraite ?

On peut l'obtenir, **de droit**, par la combinaison P ou la combinaison R. La première donne la retraite à 60 ans, la seconde à 65 ans.

La part de pension est de 120 fr. par an. On peut souscrire à 1, 2, 3, 10 parts, ce qui permet de s'établir des pensions de retraite de 120, 240, 360, etc., jusqu'à 1.200 fr. par an, à 60 ou 65 ans.

La prime à verser est invariable et fixée par l'âge d'entrée.

Ces primes pour la retraite peuvent être contr'assurées, c'est-à-dire peuvent être rendues aux héritiers, si le titulaire décède avant l'âge de sa retraite.

Veut-on assurer une pension viagère, en cas de décès, pour sa femme ou ses enfants ?

C'est la combinaison V. Moyennant une prime unique, ou une prime annuelle, fixée par l'âge d'entrée du mari et de la femme, on peut assurer une pension viagère à la femme, au cas de décès du mari, pension de 600 fr. par an, reversible, par parts sur les orphelins de moins de 16 ans, au décès de leur mère.

Ces Caisses (Amicale et Retraites) ont fait leurs preuves comme solidité. Réunies sous le nom de Mutualité familiale, elles semblent être mieux accueillies encore que par le passé, puisque ce mois-ci nous avons reçu plus de 600 demandes.

Elles sont patronnées par l'Association générale, puisqu'il faut que leurs adhérents fassent partie de l'A. G., *ou de la Société locale. Un contrat lie l'A. G.* avec les deux caisses.

Pour pouvoir avoir de plus amples renseignements, remplir le bulletin ci-contre et l'adresser au Dr Mignon, secrétaire général, qui enverra toutes les indications nécessaires.

N'attendez pas l'adversité, pour faire œuvre de prévoyance. Prévenez d'avance les dépenses qu'occasionnent la maladie ou l'accident, et n'oubliez pas qu'avec l'âge, les ressources diminuent. Confrères, pensez à l'avenir : soyez prévoyants.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Le « Sou Médical », ligue de protection et de défense professionnelles fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels et prend en outre la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux, se proposant de traduire par des actes les prédications du **Concours médical.**

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans plus de 10.000 affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours, l'Union des Syndicats, l'Association Générale des Médecins de France, etc.

Il a créé une caisse de garantie destinée à garantir **ses membres jusqu'à concurrence de 2.000 francs** contre les **actions civiles en dommages-intérêts** qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas. Le « Sou » couvre en outre ses adhérents pour tous les frais du procès en responsabilité à quelque somme qu'ils puissent s'élever.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services extra-professionnels ?

Pour être membre du « Sou Médical » il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association Médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du « Sou Médical ».

La cotisation annuelle est de 20 francs, comprise la participation de la caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et paiement de la cotisation.

Trente-troisième année. N° 25 Dimanche 18 JUIN 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

MUTUALITÉ FAMILIALE

AVIS IMPORTANT

Par suite d'un retard dans l'impression des pièces nécessaires à l'admission dans la *Mutualité Familiale*, le Dr MIGNON, secrétaire général, s'est trouvé dans l'impossibilité matérielle de répondre immédiatement aux demandes de renseignements qui lui ont été adressées.

Il prie les nombreux confrères (plus de 600), qui ont écrit, de patienter quelques jours encore et leur promet qu'ils auront sous peu satisfaction.

La réunion trimestrielle qui prononce les admissions sera retardée de manière à permettre aux nouveaux adhérents de mettre leur dossier en règle pour faire partie de la Société à partir du 1er juillet prochain.

UNE ORIENTATION COCASSE

Agon, le 14 juin 1911.

Nous venons de lire ici, entre confrères renseignés, la circulaire qui jette encore dans une mêlée le nom du Dr Lepage sans avoir consulté celui-ci. Et il nous semble bien qu'ils abusent vraiment de notre ancien secrétaire général de l'A. G., les quelques mécontents dont il couvrit avec crânerie, pendant de longs mois, les petites manifestations de mauvaise humeur.

Mais nous avons été surtout frappés de la mentalité et de la logique qui inspirèrent les auteurs de cette circulaire.

Pour ces hommes du passé, l'orientation définitive de l'A. G. ne dépend pas des votes réitérés de deux assemblées générales ; *elle dépend de l'élection présidentielle.* Les vœux exprimés par les sociétés locales et leurs délégués, les choix faits pour la composition du Conseil général, tout cela ne compte pas. On en est toujours au temps de l'Empire : le plébiscite fait sortir de la légalité pour rentrer dans le droit, et, pour un peu, on coffrerait les malheureux confrères qui seraient élus délégués pour constituer les Assemblées.

Cela c'est l'état d'âme des dissidents : ils le manifestent quasi inconsciemment et c'est lui sans doute qu'on décore du nom de traditions à conserver. Brouardel, qui l'eût cru ?

Mais la logique des manifestants n'est pas moins intéressante à noter.

Ils ne veulent pas de l'*orientation nouvelle,* c'est entendu. Eh bien, ils chargent de la combattre un de ceux qui ont le plus fait pour la préparer, qui fut dès longtemps mutualiste avec nous, qui le fut notamment tout le long de l'année dernière, pendant les longues séances du Conseil général, qui vient de faire voter la création de S. S. M. de femmes de médecins, qui a *écrit,* dans son dernier rapport, être partisan de cette orientation nouvelle qui a souligné l'esprit libéral des délibérations de la dernière assemblée générale, etc., etc. mais qui nous a déclaré que sa retraite était nécessaire.

Eh bien ! plus nous réfléchissions devant le texte de cette circulaire suivie de signatures récoltées aux coins les plus divers de la France, plus nous est venue, obsédante, l'idée qu'il y eut à l'origine de tout cela, des mystificateurs, et que ceux-là sont de la Seine, puisque nulle signature parisienne ne se montre, alors que...

Confrères de province, ne croyez-vous pas que certains de vos présidents ont peut-être été enrôlés dans la petite troupe des 22, après avoir été aussi *scrupuleusement* consultés que M. Lepage lui-même ?

Mais alors quel rôle vous ferait-on jouer ?

H. J.

PROPOS DU JOUR

L'Assistance médicale gratuite en province. Après le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme.

Le « Propos du Jour » du 28 mai sur la singulière façon dont l'Assistance médicale gratuite indemnise, dans le département du Nord, les opérations dystociques (CENT SOUS *pour une version avec délivrance artificielle, à cinq kilomètres du domicile du médecin,* prix fixé par un règlement passivement accepté jusqu'à ce jour) a produit l'effet que nous attendions.

Cela ne veut pas dire que le Département du Nord changera demain de conduite à l'égard de nos Confrères. Pour arriver à ce résultat, il faudrait de l'énergie et de la cohésion dans le corps médical ; il faudrait encore que l'injustice qui frappe un médecin réveille le même sentiment d'indignation et de révolte chez tous les autres. Or, nous n'en sommes, hélas ! pas encore là. Nous savons que c'est en querelles intestines, en rivalités de chapelles, en jalousies de personnes, que s'épuisent toutes nos forces.

Quand il ne s'agit plus de nous entredéchirer en des polémiques sans issue et des disputes sans portée, mais qu'il faut faire acte de défense utile et raisonné, on ne trouve plus personne.

Et si par hasard, surgit parmi nous un homme énergique et audacieux qui ose à lui seul mener le combat, il reste isolé avec quelques fidèles, il devient officiellement suspect ; c'est tout juste si on ne lui reproche pas les succès qu'il a obtenus, si sa probité n'est pas mise en doute ; on a oublié même, pour certain, les millions que son dévouement a fait tomber dans la bourse de tous les médecins libres.

Ami Diverneresse, n'en savez-vous pas quelque chose ?

Certes, tout cela est assez triste à constater, mais si la force collective du corps médical reste trop souvent à l'état virtuel, nombre de praticiens isolés réfléchissent, jugent sainement les faits et nous font part de leur détresse.

Parmi les lettres de confrères que nous avons reçues (et c'est par milliers que nous en recevons au *Concours médical*), nous croyons intéressant de publier la suivante :

Mers-les-Bains (Somme),
le 28 mai 1911.

Mon cher Confrère,

Je viens de lire l'article de tête du *Concours* du 28 mai, signé du Dr Noir, et rappelant l'incommensurable inconscience de l'Administration à propos de l'Assistance médicale gratuite dans le Département du Nord. Combien de ces petits praticiens, éternelles dupes d'une exploitation éhontée, ne disent rien, et parce qu'ils ont tout de même besoin d'une situation, tout inique qu'elle soit, et parce qu'ils se disent que le temps passé à écrire leurs misères sera perdu, leurs doléances ne changeant généralement rien aux choses. Et combien sait-on profiter de cette faiblesse et de cette dose de naïveté ingénue, et immense souvent chez les jeunes praticiens !

Ce sont les Sociétés de Secours mutuels qui viennent, la bouche en cœur, vous annoncer le grand honneur qu'elles vous font, en vous nommant leur médecin (toujours à prix réduits) ; les assurances de toutes sortes vous feront également faire des affaires d'or si vous consentez à être leur docteur (et leur dupe) ; sans compter tous les escrocs de haut vol qui se disputeront la faveur de pénétrer des premiers dans votre cabinet. Enfin, l'administration complète le tableau et le corse souvent d'une année à l'autre. Exemple : Je viens de quitter, sans regrets, une commune du Pas-de-Calais où une crise industrielle récente se faisait cruellement sentir en tout et pour tous. Mais le médecin, lui, devait être réfractaire, car cette bonne administration, par la main de son Préfet, avisait les maires qu'ils aient à mettre sur les listes d'assistance médicale gratuite au moins 10 °/₀ (10 pour cent) de la population. Et certains maires, pour faire du zèle, y allaient tout de suite de 12, 15 et même 20 %. Quant au traitement, c'était toujours, par indigent et par an, un franc de la commune et un franc du département. Si bien que, dans une agglomération de 6 communes avec 4.000 habitants, j'avais un total de 500 indigents à soigner pour 1.000 fr.

Et vous savez combien ceux-ci se gênent pour déranger à toute heure du jour et de la nuit le médecin, du reste peu considéré, qui ne coûte rien ? Et pour les suppléments, c'était magnifique, comme dans le Nord !

Un fait entre mille : une des indigentes d'une commune voisine de celle que j'habitais *devait* subir l'amputation d'un sein pour néoplasme. Ne voulant pas aller à l'hôpital, nous nous entendîmes, elle et moi, avec un chirurgien qui l'opérerait chez elle. La commune n'y vit pas d'inconvénients, et demanda à l'administration ce qui serait alloué pour cette intervention. Réponse : 50 *francs*.

Je sais que dans la Somme, où je suis, les interventions sont tout aussi bien rétribuées, de même les soins donnés aux indigents. Mais dans le département si voisin de Seine-Inférieure, les médecins sont rétribués à la visite et ne se plaignent pas, mais nous plaignent. Il paraît qu'on a cependant fait grève par ici, mais que cela n'a rien donné. Alors donc, des Pyrénées séparent en une autonomie parfaite ces deux départements ? Pourquoi ?

Mais pourquoi vous ennuierais-je plus longtemps. Que sais-je ?

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Bottemer.

P.-S. — J'ai donc fait mes malles pour Mers, où le médecin venait de mourir. Et j'ai appris sans surprise : d'abord, que le médecin qui m'avait succédé dans le Pas-de-Calais avait refait aussi les siennes au bout de huit jours, partant en disant qu'on se fichait de lui ; et ensuite, qu'on avait pu conserver son successeur, mais que, pour ce faire, les communes intéressées lui avaient voté un supplément total de traitement de 1.000 fr. Conclusion : Confrères, levez le pied, vous serez utiles aux autres !

Nous aussi nous conclurons, sans nous émouvoir, selon notre habitude, des manifestations de dépit provoquées par des froissements d'amour-propre que la vérité, sortant de notre plume, peut çà et là susciter : la situation des médecins, au point de vue de l'Assistance médicale gratuite, comme à tous les points de vue, est celle qu'ils *veulent* se faire. Les praticiens ont les Syndicats qu'ils méritent, et ces Syndicats n'obtiennent qu'en raison de leur cohésion et de leurs efforts.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. le Prof. Jaboulay.

Hernie crurale irréductible.

Le malade que nous allons examiner est atteint d'une hernie crurale irréductible, à contenu épiploïque.

C'est un homme âgé de quarante ans, qui exerce la profession pénible et fatigante de boulanger.

Il a des antécédents hernieux ; son père, son frère et un de ses neveux sont porteurs de hernies.

A sa naissance, il ne présentait pas d'éviscération ou dans la région inguinale, ou dans la région crurale.

Pendant ses années de service militaire, il fut pris de varices des membres inférieurs, qui nécessitaient le port d'un bandage roulé de crêp Velpeau.

Il y a quatre ans, le malade, qui s'était toujours bien porté, s'aperçoit, à la suite d'un effort brusque, de la présence d'une tuméfaction dans le pli de l'aine gauche. Cette tuméfaction, de la grosseur d'une amande, était absolument indolente, ne lui occasionnait pas de coliques, ne l'empêchait pas de digérer ni d'aller à la selle. Il vécut ainsi jusqu'en janvier dernier. A cette époque, la scène change brusquement. Un jour, après avoir fait un effort plus grand que d'habitude, il fut pris de très vives douleurs dans le ventre. Il ressentait de violentes coliques. Après quelques jours de repos au lit, tout rentre dans l'ordre ; mais il constate alors que sa tuméfaction a décuplé de volume.

Il s'agissait là, à n'en pas douter, d'accidents de faux étranglement, de péritonite herniaire, dus à l'engagement de l'épiploon dans le sac. L'épi-

ploon a été serré au niveau du collet, et à la suite de ces phénomènes inflammatoires, a été soudé à la paroi interne du sac.

A ce moment, un médecin consulté dit à notre malade qu'il ne peut différer de se faire opérer. Suivant ces conseils, il se décide à entrer, il y a quelques jours, dans le service pour subir une intervention.

Vous le voyez, cet homme est robuste et solide. Il le faut d'ailleurs pour exercer sa profession.

Avant de faire une cure radicale de hernie, on doit examiner avec soin les voies respiratoires, car presque toujours cette intervention retentit sur les bronches. Aussi, s'il existe quelque affection pulmonaire (emphysème, asthme), vous ne devez pas faire l'anesthésie générale, surtout avec l'éther, qui augmente les sécrétions bronchiques. Vous devez, dans ce cas, vous contenter d'une anesthésie locale.

Ces accidents broncho-pulmonaires, fréquents chez les opérés de hernie, nous pouvons les attribuer soit à l'absorption des vapeurs d'éther, soit à l'oblitération des veines par les fils de ligature, et à la formation de petits caillots qui filent vers les voies respiratoires et font des embolies.

Cet homme n'a rien du côté des voies respiratoires ; il ne tousse pas, n'expectore pas, nous pouvons donc faire l'anesthésie générale à l'éther.

Le cœur est bon ; les artères sont souples, non athéromateuses. Les veines, je vous l'ai dit, sont variqueuses dans les deux segments des membres inférieurs. Ces varices ne remontent pas du côté de la cuisse ; il n'y a pas de dilatation de la veine saphène interne. Notez bien ce signe qui nous servira pour le diagnostic différentiel.

Il n'y a rien d'anormal du côté des urines, ni du système lymphatique.

Du fait de l'intégrité des trois appareils circulatoire, respiratoire et urinaire, cet homme semble donc être dans les meilleures conditions pour supporter l'intervention que nous nous proposons de pratiquer chez lui.

Nous avons examiné attentivement sa zone génitale, mais nous n'avons rien trouvé. Du côté du tube digestif, rien à vous signaler non plus. Cet homme a bon appétit, digère bien, va bien à la selle.

La tuméfaction qu'il présente dans le pli de l'aine gauche est aujourd'hui absolument indolente. Je n'en aurais pas dit autant il y a deux mois lorsqu'il était en état de péritonite herniaire. Mais actuellement, il ne réagit pas, ne se plaint pas quand vous essayez de la réduire.

Cette tuméfaction ne s'accompagne non plus d'aucune impotence des segments voisins. Le malade peut sans difficulté fléchir la jambe sur la cuisse, tourner le pied en dehors, en dedans, ou fléchir le tronc sur la cuisse.

Quand vous regardez cette tuméfaction, vous voyez qu'elle siège dans la région du pli de l'aine.

Pour en déterminer très exactement le siège, il faut mener une ligne partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, et aboutissant à l'épine ou au corps du pubis.

Chez cet homme, vous constatez que la tumeur siège au-dessous et un peu en dedans ; cela veut dire qu'elle appartient à la région crurale. Si elle était au-dessus, vous devriez dire qu'elle appartient à la région inguinale.

Cette tuméfaction a une forme ovoïde, vaguement arrondie. Son volume correspond à peu près à celui d'une mandarine. Les téguments qui la recouvrent ont leur coloration normale.

Si, avec une main, vous l'écrasez, vous constatez qu'elle est mollasse. Et si, avec deux mains, vous cherchez à en apprécier la consistance, vous ne trouvez pas de fluctuation mais quelque chose de grenu ; on dirait de la graisse. Vous constatez aussi qu'elle est irréductible.

Mais, faites l'inverse : faites tousser le malade, demandez-lui de faire un effort, vous voyez la tuméfaction augmenter de volume ; elle subit le phénomène de la propulsion.

Si vous prenez cette tuméfaction à pleine main, vous sentez qu'elle est mobile sous les plans superficiels, mais qu'elle est immobile sur les plans profonds. De même que l'était la peau, le tissu cellulaire sous-cutané est donc intact.

Il n'en est pas de même de l'aponévrose d'enveloppe qui est rompue, perforée. Nous ne la sentons plus comme un voile au-devant des masses musculaires. La tuméfaction fait saillie à travers les trous du fascia cribriformis.

Quant à la veine saphène interne, elle ne paraît pas distendue, ni variqueuse. Vous ne voyez pas ce cordon bleuâtre qui en indique la dilatation.

Examinons maintenant les rapports de cette tuméfaction avec les organes essentiels de la région.

Nous n'avons pas senti battre l'artère fémorale. Mais je ne pense pas qu'elle soit comprimée, puisque vous sentez ses branches situées plus bas, pédieuse et tibiale postérieure, battre aussi fort à droite qu'à gauche. Si nous ne sentons pas battre l'artère fémorale, cela est dû simplement à ce qu'elle est recouverte par la tuméfaction.

La veine fémorale n'est pas comprimée non plus. Si elle l'était, il existerait de l'œdème des membres inférieurs, œdème qui remonterait jusqu'à la racine de la cuisse. Je sais bien qu'à la fin de la journée cet homme présente un peu d'œdème péri-malléolaire, mais il est dû aux varices dont le malade est porteur.

Il n'y a rien du côté du nerf crural. Vous avez vu qu'il n'y avait pas de troubles de la sensibilité

ni de la motilité, pas de paralysies, ni de phénomènes douloureux.

Il n'y a rien non plus du côté de l'articulation de la hanche. Je tiens à vous signaler l'intégrité absolue des surfaces articulaires ; vous ne devez donc pas penser à un kyste qui fait hernie hors de l'articulation.

Quand vous êtes en présence d'une pareille tuméfaction, il est deux régions que vous devez examiner avec soin ; c'est la région inguinale et la fosse iliaque.

Chez cet homme, nous n'avons rien trouvé d'anormal du côté de la région inguinale. Le canal inguinal n'est pas élargi ; les éléments du cordon ne sont pas distendus par le canal vagino-péritonéal. Il n'y a pas de hernie inguinale.

Nous avons examiné aussi la fosse iliaque correspondante. Dans sa partie externe, vers le muscle psoas-iliaque, nous n'avons pas trouvé de masse fluctuante qui puisse en imposer pour un abcès par congestion ; nous ne trouvons pas d'abcès de mal de Pott. La tuméfaction en présence de laquelle nous sommes n'est donc pas le prolongement d'un de ces abcès descendu dans la région crurale. Nous ne devons pas nous arrêter à cette hypothèse.

Si, continuant votre examen, vous portez la main plus en dedans et que vous déprimiez un peu la paroi abdominale, vous sentez profondément une résistance, une sorte de corde tendue de la région voisine de l'ombilic à l'intérieur de la tuméfaction. Cette corde est produite par l'épiploon, fixé en bas, au sac, par des adhérences nées en janvier, et fixé en haut, au côlon transverse : c'est la cor de épiploïque.

En résumé, voici un homme qui a des appareils viscéraux intacts, et qui est porteur d'une tuméfaction dans la région du pli de l'aine. Cette tuméfaction est indolente, ne lui cause ni douleurs provoquées, ni spontanées, et ne s'accompagne pas d'une gène des mouvements. Cette tuméfaction est située au-dessous et un peu en dedans d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Son volume est celui d'une mandarine environ. Elle est mate ; on a, en la palpant, la sensation de grenu, et l'on ne peut la réduire. Elle devient plus volumineuse quand cet homme tousse, fait un effort ; elle est mobile sous les plans superficiels et n'a aucune connexion avec les organes essentiels de la région. Elle ne comprime pas l'artère ni la veine fémorales et ne s'accompagne pas de hernie ou d'abcès par congestion dans la région inguinale. Elle offre enfin le phénomène anatomique caractéristique de la corde épiploïque.

Quelle est l'affection qui donne de pareils symptômes ; avec quelles maladies pourrions-nous la confondre ?

Devons-nous la localiser dans le tissu cellulaire sous-cutané ? Il n'est pas extrêmement rare de voir dans cette région des lipomes ; mais jamais ils ne présentent le phénomène de la propulsion. Je reconnais cependant que cette tuméfaction donne une sensation de grenu semblable à celle d'un lipome.

S'agit-il d'une dilatation de la veine saphène interne ? Parfois, une grosse varice suffit pour donner la même impression. Elle augmente aussi de volume pendant l'effort. Mais elle présente un phénomène constant, celui de la réductibilité Chez cet homme, la tuméfaction est irréductible. Et puis, ses varices ne remontent pas aussi haut. Il n'a donc pas une ectasie de la saphène interne.

Avons-nous affaire à une affection des ganglions superficiels ou profonds ? Vous savez, en effet, avec quelle fréquence on fait une adénopathie. Cette grosse tuméfaction pourrait être une adénopathie syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse, mais dans toutes ces adénopathies le phénomène de la propulsion manque. Enfin, on en trouve toujours la lésion causale, soit du côté du membre inférieur, soit du côté des organes génitaux, soit du côté de la région anale. De plus, ces malades présentent des antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Il ne s'agit donc pas de ganglions ; nous pouvons d'ailleurs en sentir deux, tout petits, à la partie externe de la tuméfaction.

Ce n'est point un anévrysme de l'artère fémorale. La tuméfaction présenterait des battements et de l'expansion et nous aurions un retard de la pulsation dans les artères sous-jacentes.

Ce n'est pas non plus une ectasie de la veine fémorale, ectasie qui n'est jamais spontanée, mais est secondaire à une plaie pénétrante, coup de couteau, par exemple. Je vous ai signalé l'intégrité absolue de la région ; je vous ai dit qu'il n'y existait rien d'autre que la tuméfaction.

Il s'agit donc d'une hernie parce qu'elle aumente de volume quand le malade tousse ou fait un effort ; c'est une hernie crurale, parce qu'elle est située au-dessous de la ligne qui sépare la région crurale de la région inguinale.

Cette hernie s'est faite par le canal crural au niveau du point faible de l'entonnoir fémorali-vasculaire. Elle a passé en dedans de la veine fémorale, en dehors du ligament de Gimbernat et du ganglion de Cloquet.

Mais nous devons nous demander quel en est le contenu ? Est-ce de l'intestin grêle ? Ce ne pourrait en effet être du gros intestin parce que la tuméfaction serait plus volumineuse. Est-ce du liquide, la vessie ou l'épiploon ?

Si cette hernie contenait de l'intestin grêle, nous aurions la sonorité que nous avons à la percussion de l'abdomen. L'intestin grêle ne peut être dans cette hernie, car l'orifice de communication est si étroit que si le grêle s'y engageait,

alors se déclareraient tous les signes de l'étranglement herniaire.

Si c'était du liquide, le contenu de cette hernie serait réductible. Et c'est en vain que nous avons essayé de le réduire. Il ne s'agit donc pas de liquide passant de la cavité abdominale dans le sac et inversement. Cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas, car la hernie crurale est une des variétés où l'on trouve de beaucoup le plus fréquemment ce qu'on appelle le kyste herniaire.

Si c'était une hernie de la vessie, hernie qui d'ailleurs est assez rare, le volume en serait très intermittent. Quand le malade viderait sa vessie, elle disparaîtrait, mais elle augmenterait de volume au fur et à mesure qu'elle se remplirait. Il ne faut pas y songer, d'autant plus que cet homme ne présente aucun trouble de la miction et n'éprouve pas de besoins impérieux d'uriner.

Je vous ai signalé la présence de la corde épiploïque ; le contenu de cette hernie est donc de l'épiploon qui est descendu en quantité plus ou moins grande.

Le diagnostic que nous devons porter est donc celui de hernie crurale à contenu épiploïque, Quelle en a été la cause ?

Elle est survenue à trente-six ans, à l'occasion d'un effort. Nous devons donc dire qu'elle est acquise ; elle peut être considérée comme un accident du travail. D'ailleurs, au point de vue anatomique, la hernie crurale ne peut être congénitale dans le même sens qu'on l'entend pour la hernie inguinale congénitale.

Quand nous opérerons, nous trouverons au-dessous de la peau, à travers la région perforée du fascia cribriformis, un sac volumineux situé en dedans du psoas auquel il confine, en dehors du pectiné et du moyen adducteur, et en avant de l'aponévrose pectinéale.

A l'ouverture de ce sac, nous devons y trouver de l'épiploon soudé à sa face intérieure.

Vous voyez la marche de l'affection. Cette hernie a évolué en quatre ans, mais elle peut durer d'une façon indéfinie. L'on ne doit pas en espérer la rétrocession spontanée.

Nous n'avons rien à attendre du port d'un bandage herniaire. Car, il ne faut pas mettre sur une hernie irréductible un bandage qui écraserait le contenu du sac, mais ne le réduirait pas.

Si nous ne l'opérons pas, cet homme verra sa hernie grossir de plus en plus. Si le collet se distend lui aussi, l'intestin pourra s'y engager sans danger.

Mais, ce qui est à craindre, c'est l'étranglement.

Si l'intestin grêle passe dans le sac avant que le collet ne soit élargi, il ne pourra plus rentrer dans la cavité abdominale. Tous les troubles de l'étranglement apparaîtront, la hernie sera tendue, douloureuse. Le ventre sera ballonné ; puis surviendront les vomissements et en huit jours, le malade sera emporté de choléra herniaire.

Pour prévenir tous ces accidents, il faut vite opérer. Nous devons intervenir de façon à supprimer le sac et son contenu, et oblitérer la perforation du canal crural qui permet le passage du péritoine. Ce qu'il y a de plus important d'ailleurs, c'est la suppression du sac.

Sous anesthésie générale, puisqu'elle n'est pas contre-indiquée, nous mènerons une incision longitudinale. Cette incision est préférable à l'incision transversale qui blesse les éléments veineux, éléments qu'il faut respecter de façon à éviter les caillots et les embolies possibles du côté des voies respiratoires.

D'emblée nous aurons incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Nous serons arrivés ainsi sur la face antérieure du sac que nous devrons séparer de ses connexions. Nous le libérerons de façon à arriver jusqu'au collet qui fait communiquer le sac et la cavité abdominale. Puis nous luxerons le sac en dehors, nous finirons de le disséquer, et nous l'ouvrirons. On verra alors son contenu que l'on vérifiera. On réséquera l'épiploon, on le liera en chaîne avec du catgut. Il ne faut pas employer la soie, qui, se résorbant trop lentement, amènerait une épiploïte post-opératoire.

Une fois l'épiploon réséqué, on va réséquer le sac. Auparavant, il faut le lier, et le lier non pas au catgut, mais au tendon de renne, on le lie en chaîne de façon à le suturer hermétiquement.

Puis on procédera au second temps, à la fermeture du canal crural. Pour cela, on réunit l'arcade crurale à la face antérieure de l'aponévrose du pectiné. On passe un tendon de renne de l'aponévrose pectinéale à l'arcade, et on oblitère ainsi l'orifice.

Il est des chirurgiens qui fixent l'arcade crurale au pubis par un clou qu'ils enfoncent dans la branche horizontale de cet os. Mais ils introduisent ainsi un corps étranger qui tendra à s'éliminer en amenant un abcès.

D'autres compliquent encore la question, en faisant des greffes d'os, de muscles, en mettant des paquets de catgut. Il est beaucoup plus simple d'employer un tendon de renne ainsi que nous le faisons.

Ce n'est pas tout. Des chirurgiens n'interviennent pas par la région crurale, mais par la région inguinale.

Lorsqu'il n'y a pas de hernie inguinale concomitante, il est inadmissible de créer ainsi une perte de substance, par où se fera plus tard une éviscération. Il n'est indiqué d'agir ainsi que lorsqu'une hernie inguinale coexiste avec une hernie crurale.

D'autres chirurgiens enfin passent par une laparotomie. Pour opérer cet homme, nous em-

ploierons le procédé le plus simple : nous l'opérerons par la région crurale avec l'incision que je viens de vous décrire.

(Leçon recueillie pour le *Concours médical*, par M. NAZ, interne des Hôpitaux de Lyon.)

P. S. — Les suites immédiates de cette intervention ont été très simples. Le malade est sorti depuis, complètement cicatrisé, après une réunion par première intention.

L'on ne doit pas s'attendre à une récidive, et l'on doit le considérer comme définitivement débarrassé de son hernie.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la glace sur le bas-ventre.

M. le Dr A. LUCAS signale, dans la *Semaine gynécologique,* trois nouvelles observations de vomissements gravidiques incoercibles guéris par les applications de glace sur le bas-ventre, ce qui porte à six, le nombre des cas où ce traitement a été employé avec succès par son auteur.

M. A. Lucas défend la théorie réflexe des vomissements incoercibles de la grossesse et il préconise comme moyen d'arrêt de ce réflexe morbide la réfrigération hypogastrique à l'aide de la vessie de glace, jointe à l'immobilisation complète au lit, de la malade. Dans cette affection, souvent grave et rebelle, cette médication a constamment donné des résultats remarquables. Sa simplicité et son efficacité la rendent très supérieure aux moyens habituellement recommandés en pareille circonstance.

La manière de prescrire la douche sans pression.

La Pratique des Agents physiques publie un article de M. le Dr Falibois sur la douche froide et la manière de l'administrer qui nous paraissent fort utiles à connaître et à répandre. « Une douche froide sans pression est une douche d'une température de 8 à 15 degrés centigrades, donnée avec un jet large, la pomme d'arrosoir de préférence, de façon à ce que le malade, placé à un mètre environ de l'appareil, soit arrosé par l'eau sans que celle-ci produise la moindre percussion, la douche tombe en bavant ; c'est la douche baveuse. Cette douche doit ajouter à ses indications de température et de basse pression de se présenter sous un certain volume. Il faut qu'il bave beaucoup d'eau ; car cette douche est un véritable bain-mobile ; c'est un ruisseau qui coule lentement, qui enveloppe et qui caresse, grâce au mouvement du haut en bas, avec un rythme lent ; le jet doit bien couvrir la surface du corps en léchant. Cette application hydrothérapique est plutôt une affusion qu'une douche proprement dite.

Dans la douche baveuse, le facteur principal est la thermalité ; c'est de la thermalité presque seule, dont il faut s'occuper et de la durée ; la percussion, qui, dans la douche à haute pression, tient la première place, tient, dans la douche sans pression, la dernière. Quelle doit donc être la durée de la douche, qui nous occupe ? Assez courte, et la résistance, la défense personnelle du patient, fixent seule le temps qu'il faut lui donner.

L'eau froide appliquée à l'extérieur est la base de la médication hydrothérapique (Fleury). Elle est la base, c'est certain, mais elle n'est plus toute l'hydrothérapie ; la méthode hydrothérapique a cessé d'être monocorde, grâce à des modifications plus étendues dans la thermalité de l'eau employée.

C'est à Priessnitz que l'eau froide doit la place énorme qu'elle a occupée dans l'hydrothérapie moderne : à Grœfenberg la douche froide était baveuse, presque toujours.

Deux phénomènes se produisent pendant la douche froide : des phénomènes se passant pendant l'acte hydrothérapique et des phénomènes successifs.

Avec des températures au-dessous de 8° et en prolongeant l'application vous pouvez avoir de l'anesthésie ; la peau blanchit et, grâce à la constriction des fibres lisses de la peau, se produit de la chair de poule ; l'abaissement de la température produit par *l'eau froide est tout en surface*, le sang chassé de la périphérie congestionne les organes profonds et cette hyperémie crée une élévation de la température ; *c'est grâce à cette* action antagoniste que la déperdition de la chaleur est arrêtée et que l'action consécutive pourra se produire. Malgré cette vaso-dilatation centrale, le sang voit sa vitesse augmenter dans les vaisseaux et la pression sanguine s'élever ; le pouls est filiforme, irrégulier, le cœur est dans une sorte d'état tétanique et cet état peut aller jusqu'à la syncope (Delmas). En résumé, la température centrale s'élève pendant la douche froide ; mais, si vous augmentez sa durée et diminuez la pression, vous pourrez faire baisser cette température ; lorsque la chaleur revient à la périphérie, la température rectale s'abaisse. Voici le phénomène qu'il faut avoir toujours présent à l'esprit lorsqu'on veut prescrire l'eau froide.

Les applications froides augmentent la sécrétion urinaire (Cl. Bernard) et la quantité de l'albuminurie physiologique.

Il est certain que la douche froide calme la soif, qui se manifeste dans certains états morbides, c'est un grand modificateur des grandes fonctions et de la nutrition générale.

Comme le dit si bien Hayem : les applications froides conviennent donc aux individus jeunes ayant une certaine force de réaction nerveuse et dont les organes sont peu altérés ; il faut en user avec une grande circonspection chez ceux dont les tissus du cœur ou des vaisseaux sont déjà dégénérés, chez ceux dont la nutrition est trop restreinte, le système nerveux trop affaibli et qui ne pourraient pas lutter contre les déperditions de calorique. De ce nombre sont les vieillards, les enfants tout jeunes, les grands anémiques et certaines chlorotiques.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement des déviations utérines. — La poliomyélite épidémique en 1910. — Actinomycose du poumon et du cerveau. — Infections paratyphoïdes. — Angine de Vincent traitée par l'arséno-benzol. — Persistance du trou de Botal sans cyanose.

M. Richelot fait à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de M. Picqué intitulé : *Considérations sur le traitement des déviations utérines.*

Dans son étude sur les relations des déviations utérines avec les psychopathies, M. Picqué a soutenu les idées suivantes : « Il y a, dit-il, deux variétés de rétrodéviations douloureuses ; dans l'une, la douleur est due à des lésions concomitantes ; dans l'autre, elle a pour origine une psychopathie ». Pour M. Picqué, beaucoup de malades atteintes de déplacements utérins sont des hystériques ou des hypochondriaques, et les douleurs qu'elles éprouventont souvent une origine cérébrale. Ainsi, des malades qu'un pessaire a soulagées, ne peuvent plus s'en séparer sans souffrir de nouveau, mais elles restent guéries si on l'ôte à leur insu. De là découle une conclusion thérapeutique : l'inutilité des opérations dans les rétro-déviations douloureuses, du moins des opérations dirigées contre la déviation, les troubles accusés par les femmes étant purement psychiques ou dus à des lésions accompagnantes.

M. Richelot, dans son rapport, combat cette opinion qu'il trouve, malgré sa part de vérité, exagérée. La rétro-déviation, par la gêne qu'elle apporte à la circulation, le tiraillement des filets nerveux, provoque ou entretient la congestion douloureuse du bassin. Dans bien des cas, la pose d'un pessaire fait cesser tout à coup les douleurs et la femme est soulagée comme par enchantement. Les rétro-déviations mobiles, sans adhérences ni lésions inflammatoires démontrables, sont souvent des maladies sérieuses qui guérissent à merveille par le seul fait du redressement opératoire.

Par conséquent, conclut M. Richelot, tout en accordant à l'opinion de M. Picqué la valeur et l'intérêt qui conviennent, il ne faudrait pas faire rentrer les déviations utérines dans le domaine de la psychiatrie.

— M. Netter fait à l'*Académie de médecine* une communication sur la *poliomyélite épidémique en* 1910.

M. Netter signale la fréquence insolite de la poliomyélite en 1910 et il demande contre elle des mesures prophylactiques. La maladie est grave, susceptible d'entraîner la mort et de laisser des désordres incurables. Toutefois, son pronostic est moins redoutable qu'on ne l'imagine, beaucoup de malades conservant seulement des désordres minimes qui, bien des fois, disparaissent sans laisser de trace.

La poliomyélite, d'autre part, est contagieuse et, étant donné le mode habituel de contagion (souvent par l'intermédiaire d'une tierce personne), il est difficile de se mettre à l'abri. Toutefois, la contagion est relativement minime. Les cas isolés sont la règle, les cas multiples dans une famille l'exception, les foyers d'une certaine importance plus rares encore. On trouve là une analogie avec la méningite cérébro-spinale.

Il faut espérer que, comme pour celle-ci, on disposera bientôt d'une médication spécifique. L'activité et l'ingéniosité consacrées par de nombreux expérimentateurs à ces recherches permettent d'espérer que les souhaits en question ne tarderont pas à se réaliser.

M. Netter se loue de l'emploi de l'urotropine dans le traitement de la poliomyélite. Pour la prophylaxie, il demande de classer la poliomyélite parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire.

— MM. Letulle, Dujarier, Prélat et Pfeffel rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*actinomycose pulmonaire avec abcès actinomycosique du cerveau.* L'abcès du cerveau, rompu dans le ventricule gauche et suivi de méningite céréro-spinale mortelle, se produisit à la suite de l'intervention chirurgicale dirigée contre les lésions broncho-pulmonaires. Leur diagnostic ne fut fait qu'après l'opération.

On peut penser que l'intervention a favorisé l'embolie mycosique en ouvrant aux filaments mycéliens les voies vasculaires. Les chirurgiens lyonnais, experts en actinomycose, recommandent, on le sait, d'éviter avec soin la détersion des abcès actinomycosiques, où qu'ils soient placés, par crainte d'embolies secondaires. M. Letulle exprime le regret de n'avoir pu établir le diagnostic avant l'acte chirurgical et insiste sur la nécessité où se trouve le médecin d'ordonner, toujours et quand même, les préparations iodées à tout malade atteint d'actinomycose. L'action de l'iode est à la fois une médication curative (souvent suivie des succès les plus surprenants) et une médication préventive contre l'embolie mycélienne, toujours à redouter.

— MM. Netter, Gendron et Ribadeau-Dumas communiquent à la *Société médicale des Hôpitaux* deux observations d'*infection par le bacille paratyphique B.* Dans les deux cas, l'augmentation de volume de la rate, l'apparition des taches rosées lenticulaires, l'allure générale de la température, ont évoqué l'idée de la fièvre typhoïde, tandis que la durée inférieure à deux septénaires a semblé justifier l'impression d'une bénignité relative que l'on s'accorde à attacher aux infections paratyphiques.

M. Sacquépée signale l'augmentation de fréquence des infections paratyphiques depuis quelque temps. Ainsi, de 1906 au milieu de 1909, sur un total d'environ 150 cas observés dans le milieu militaire parisien, deux fois seulement il s'est agi d'infections paratyphiques ; chez tous les autres malades, l'infection éberthienne était en cause.

Depuis le mois de juillet 1909 jusqu'à l'heure actuelle, un changement surprenant s'est pro-

duit. Deux petites poussées épidémiques ont éclaté presque simultanément, donnant ensemble une vingtaine de cas dans les mois de juillet et d'août. Plus tard, en octobre 1910, autre poussée épidémique plus sérieuse, intéressant une cinquantaine de sujets. Au total, depuis juillet 1909, les infections paratyphoïdes se sont montrées aussi fréquentes que les infections à bacille typhique.

— MM. ACHARD et FLANDIN relatent à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire d'un cas d'*angine de Vincent traité par l'arséno-benzol.*

La malade était atteinte d'une angine de Vincent ayant frappé d'abord l'amygdale droite, puis l'amygdale gauche. De ce côté, était survenu un véritable phlegmon ulcéreux de la gorge, suivi rapidement d'érosion du voile du palais et d'amputation de la luette. Le diagnostic d'angine de Vincent ne pouvait être mis en doute: l'état ulcéreux de la lésion, l'aspect sanieux et putrilagineux de l'exsudat, sa reproduction rapide et incessante, la présence de bacilles fusiformes et de spirilles à l'examen microscopique le prouvaient.

La question de la syphilis devait être rejetée. Parmi les accidents syphilitiques de la gorge, on ne devait guère songer qu'au chancre. Or, il n'y avait pas d'induration à la base de la lésion, l'adénopathie était légère, les deux amygdales avaient été atteintes, la réaction de Wassermann était négative et l'examen microscopique n'avait pas révélé la présence de tréponèmes.

Devant l'insuccès des autres médications et la gravité des lésions, se basant sur la parenté du spirille de Vincent et du tréponème de la syphilis, les auteurs eurent l'idée de tenter l'emploi *local* de l'arséno-benzol, l'infection fuso-spirillaire étant elle-même locale. L'application de 606 en poudre directement sur l'ulcération amena une guérison rapide. Ce résultat paraît légitimer, dit M. Achard, de nouveaux essais du remède d'Ehrlich dans cette maladie parfois tenace et rebelle.

— MM. DUFOUR et HUBER montrent à la *Société médicale des hôpitaux* une pièce anatomique provenant d'un malade atteint de *persistance du trou de Botal sans cyanose.*

Le patient était porteur de tout un ensemble de lésions congénitales (sténose de la mitrale, arrêt de développement de la taille, etc.). Ayant succombé à des troubles cardiaques, l'autopsie permit de constater une persistance du trou de Botal de grandeur considérable (4 centimètres). Outre la rareté de telles dimensions, il convient de noter l'absence de cyanose. La cyanose n'est donc pas forcément facteur d'une communication circulatoire entre le cœur gauche et le cœur droit.

P. L.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les brûlures au point de vue des accidents du travail,

Par le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (1).

Il est sage d'étudier tous les traumatismes au point de vue des accidents du travail. Des points qui ont été négligés ou qui ont été tout à fait laissés dans l'ombre, qui étaient de médiocre importance autrefois, deviennent pour ce cas spécial d'une importance capitale. Aussi beaucoup de lésions ont donné lieu à des études plus ou moins importantes à ce point de vue. Il en est ainsi pour la plupart des variétés de fractures, pour les hernies, etc.

Il peut paraître singulier qu'on n'ait jusqu'à présent rien fait de bien précis sur les brûlures, accident fréquent du travail. Au moins, les livres sur les accidents du travail ne s'en occupent guère et on peut parcourir les périodiques spéciaux sans rien trouver sur ce sujet.

Pourtant, bien des raisons peuvent inciter à faire pour ces lésions une revue des points importants pour les accidents du travail.

Tout d'abord et très communément, les brûlures passent pour des lésions très simples, d'une réparation facile. Elles appartiennent au groupe de celles qui, précisément à l'heure actuelle, créent tant de difficultés entre les médecins et les assureurs. Beaucoup sont des petites lésions qui devraient être de réparation facile et rapide. Sans importance avant la loi sur les accidents du travail, elles jouent un rôle considérable aujourd'hui. En effet, avant la loi sur les accidents du travail, beaucoup d'ouvriers pouvaient, malgré des brûlures en traitement, reprendre tant bien que mal leur travail, tandis que la loi actuelle leur défendant tout travail jusqu'à la guérison définitive de la blessure, la durée de réparation des brûlures a pris des proportions inattendues. Avec l'état présent de la loi, cette durée ne saurait être abrégée.

D'un autre côté, l'évolution des brûlures, la marche de réparation, sont susceptibles d'aléas considérables.

Au temps où les complications chirurgicales étaient fréquentes, érysipèles, phlegmons secondaires, infections de toutes sortes, les brûlures comptaient parmi les lésions qui étaient le plus souvent le point de départ de ces complications. Aujourd'hui, même alors que la stérilisation de tous les objets de pansement, la propreté des opérateurs, ont mis à l'abri d'un certain nombre de ces complications, les brûlures comptent parmi les lésions qui conservent une grande susceptibilité morbide.

Même lors de leur réparation sans complication grave, il y a des différences considérables dans la durée et dans la facilité de la réparation.

(1) Avec l'autorisation de M. le Dr Lucas-Championnière nous reproduisons la très intéressante conférence que ce maître éminent a faite à l'Hôpital des accidents du travail et qu'il a publiée dans le *Journal de médecine et de Chirurgie pratiques.*

Il y a surtout des différences extraordinaires suvant le traitement qui aura été appliqué.

Au point de vue de la loi sur les accidents, les brûlures constituent encore une lésion à conséquences assez spéciales. Il est bien vrai que lorsque les brûlures sont en voie de guérison, beaucoup d'ouvriers pourraient reprendre le travail. Ils auraient *avantage* à le faire pour retrouver progressivement la souplesse de leurs membres. A plus forte raison pourraient-ils travailler aussitôt guéris. Mais, d'un autre côté, il est bien certain que, pour un temps considérable, les plaies de brûlures laissent des cicatrices douloureuses qui ne peuvent pas permettre de dire que le sujet est définitivement guéri. Il est donc indispensable de laisser le blessé, après cicatrisation, pendant un temps considérable sans reprendre son travail, sous peine de renvoyer au travail un sujet *non consolidé*, comme on le dit officiellement ; et cette longue inaction d'un membre souffrant d'une lésion est tout à fait de nature à engendrer une perte de capacité.

Au milieu de ces circonstances, le médecin est fort embarrassé. Si les choses vont bien, on lui reproche de ne pas renvoyer l'ouvrier au travail assez tôt, et si un accroc survient, on le rend responsable de l'infirmité qui en résultera et qui est à la charge du patron.

Cependant, pour lui, que de difficultés dans les constatations des phénomènes objectifs ; toute vérification est très délicate. Avec des cicatrices minces et rouges, l'ouvrier doit être tenu pour sincère lorsqu'il nous dit qu'il souffre, et pourtant peut-être pourrait-il travailler et bénéficier de ce travail. Lorsqu'au contraire, il nous dit pouvoir reprendre quelque travail dur, nous pouvons nous demander, malgré lui, s'il est bien en état de le faire, et s'il ne va pas déterminer quelque ulcération, quelque plaie nouvelle qui va engendrer de nouveaux et redoutables accidents, les cicatrices de brûlures étant particulièrement susceptibles de maladies graves.

On voit que les brûlures, considérées au point de vue de la loi sur les accidents du travail, soulèvent un grand nombre de questions délicates qui appellent les réflexions du médecin, réflexions d'autant plus difficiles qu'on n'y était pas préparé. Il faudra donc s'ingénier pour ne pas s'aventurer dans des difficultés dangereuses.

Or, il semble bien que les médecins aient été pauvres de prévisions relatives aux brûlures. J'en ai vu de nombreux exemples. Ils n'ont même pas toujours été attentifs à leurs intérêts. J'ai eu, par exemple, à examiner, au point de vue des honoraires d'accidents du travail, un tarif forfaitaire accepté par un grand nombre de médecins, dans lequel les pansements de brûlures étaient confondus avec des formes de pansements ordinaires et de petite chirurgie ne pouvant donner lieu à aucun honoraire spécial, en plus de la visite ou de la consultation. En d'autres termes, quel que soit le labeur qu'impose le traitement des brûlures, il n'est, dans ce tarif, l'objet d'aucun honoraire. Si l'on songe, d'une part, au travail considérable qu'impose le traitement d'un grand nombre de brûlures ; si, on songe, d'autre part, que, de la perfection de ce traitement, dépendra la longue ou la courte durée de la réparation de la brûlure, de l'absence des suites, ou de la perte de capacité, on verra toute l'injustice de cette disposition. On verra aussi pourquoi ce manque d'honoraires a des chances de ne pas permettre la perfection du traitement nécessaire.

Voyons précisément quelques points fondamentaux du traitement des brûlures. Les brûlures peuvent compter parmi les lésions les plus maltraitées. J'entends par là que les traitements les plus classiques sont souvent fautifs.

Beaucoup de chirurgiens restent convaincus que l'intervention brutale du chirurgien panseur est chose nécessaire. Le résultat de ce traitement est de déterminer des phénomènes d'irritation qui gênent la tendance à la réparation spontanée. D'autres abusent des émollients et pansent de façon à favoriser toutes les conditions de fermentation des plaies : tels ceux qui couvrent la brûlure de cataplasmes ou même ceux qui usent des pansements humides qui, si bien stérilisés qu'ils puissent être, favoriseront les phénomènes de putréfaction.

Depuis que l'antisepsie a pris la place de toutes les pratiques anciennes, et, surtout, depuis que l'on a affirmé la supériorité de l'asepsie, on a proposé toute une série de pratiques nouvelles auxquelles on a attaché une importance capitale, pratiques dont l'inconvénient majeur était d'être fondées sur une théorie trop simpliste. On inventait un traitement nouveau de toutes pièces et on invitait le chirurgien à intervenir par des procédés que l'on *supposait excellents*, soit parce qu'ils utilisaient des substances antisepsiques puissantes, soit parce qu'ils multipliaient les procédés réputés actifs de la méthode aseptique.

Mais la brûlure est une lésion très complexe, exposée fatalement à des ensemencements impossibles à prévenir, à une irritabilité très spéciale, et même à des phénomènes d'absorption possible par surfaces dénudées que l'on ne trouve pas au même degré dans les autres formes de plaies. Il s'ensuit donc qu'il est impossible de ne pas transiger avec les principes généraux applicables aux autres plaies. Les conseils donnés par des gens de médiocre expérience, fondés sur des principes absolus, mènent à des résultats médiocres que peut éviter une chirurgie fondée sur des principes prudents et sur l'expérience acquise.

En dehors du cas des brûlures immenses au premier degré pour lesquelles on a conseillé quelquefois les grands bains comme calmant les douleurs cruelles, il faut autant que possible exclure l'usage de l'eau dans le traitement des brûlures. Il faut se garder d'apporter l'élément le plus favorable aux fermentations.

C'est dire immédiatement que les pratiques de lavages avec ou sans savon et les nettoyages à outrance conseillés par les chirurgiens aseptiques sont franchement mauvais. Les attouchements par quelque antiseptique puissant à la périphérie, soit avec l'eau oxygénée, soit avec la solution phéniquée au vingtième, sont les seuls procédés qui doivent utiliser des liquides.

Il ne faut pas oublier, à l'occasion de ces lésions, cette notion générale : nous sommes si bien armés aujourd'hui contre la douleur, sans avoir recours aux topiques, que nous n'avons jamais intérêt à recourir aux topiques émollients ou adoucissants qui ont été nécessaires pour les anciens. La moindre injection de morphine calme mieux les douleurs qu'un topique quelconque.

Je puis résumer en quelques mots le traitement que personnellement je recommande, parce qu'il représente les conditions les plus rapides que puissent souhaiter les blessés et ceux qui payent pour eux.

Supposant les brûlures divisées en deux classes :

1° Les brûlures aux 2e et 3e degrés, petites ou étendues, ne comportant pas des destructions très profondes, mais souvent des phlyctènes considérables ;

2° Les brûlures au quatrième degré et cinquième degré qui comportent des destructions profondes et des éliminations secondaires très prolongées.

Dans le premier cas, voici les indications à suivre : stériliser si possible *la périphérie* de la brûlure sans altérer la peau, car la brûlure elle-même n'est guère septique. Pour cela, toucher avec un antiseptique vrai, l'eau oxygénée à 12 volumes ou la solution glycéro-phéniquée au vingtième.

Ouvrir aseptiquement les phlyctènes en évitant de les déchirer et de les infecter, en respectant l'épiderme de façon à ne pas exposer le derme avant qu'il ne soit défendu par la production d'une couche épidermique nouvelle.

Couvrir toute la région avec une pommade antiseptique faible non toxique, qui ne peut faire ni une antisepsie absolue, ni une antisepsie de longue durée. Si on n'a laissé pénétrer aucun germe pathogène, la défense du derme se fera dans de bonnes conditions. Il ne faut même pas ignorer que, si on ne fait point de lavages intempestifs, les surfaces bien recouvertes de pommades ont peu de chances de s'infecter gravement. La réparation des grandes surfaces brûlées est alors relativement facile malgré des étendues considérables.

Mais, pour agir ainsi, il ne faut aucune des manœuvres qui peuvent irriter directement, qui risquent de détruire un élément qui déjà contribue à la réparation. Aussi, on doit éviter autant que possible les actions directes sur la plaie. Pour mettre la pommade protectrice, il faut ne faire aucune friction sur la plaie, mais se servir de l'intermédiaire d'un linge que l'on en enduit et que l'on place sur la plaie. On changera ce linge aussi souvent qu'il sera nécessaire. Mais à chaque changement, on se gardera bien des actions directes de nettoyage, de lavage ou de brossage des plaies.

En agissant ainsi, il ne faut pas compter pratiquer une antisepsie absolue. Elle serait impossible avec de pareilles surfaces et l'irritation par les antiseptiques suffisants ou même l'intoxication menacerait. J'en ai vu de nombreux exemples entre les mains de chirurgiens qui croyaient faire œuvre antiseptique et ne faisaient qu'œuvre de destruction et d'intoxication. J'ai même littéralement sauvé la vie à des brûlés en semblables circonstances. Je sais deux brûlées du Bazar de la Charité auprès desquelles je n'ai été appelé qu'au moment de la mort imminente et en pleine intoxication et qui ont guéri avec le traitement très simple que j'indique.

En pareil cas, au premier rang des substances les plus dangereuses, il faut placer l'iodoforme et le sublimé. J'ai vu des intoxications des plus graves par ces deux substances.

Les substances les plus diverses sont recommandées pour les brûlures. Aucune n'est plus employée à notre époque que l'acide picrique. Ce n'est pas un mauvais topique. Mais ce n'est pas un des meilleurs. Des phénomènes douloureux et même des phénomènes d'intoxication ont été observés souvent.

Voici les deux topiques protecteurs que j'emploie le plus souvent :

Pommades aux essences :

Vaseline pure	100 gr.
Essence de géranium	ãã 15 gouttes
Essence d'origan	
Essence de verveine	
Essence de thym	

Les essences sont, à cette dose, des antiseptiques faibles, et ne sont jamais irritantes. On peut rendre la pommade un peu plus active comme antisepsie en joignant 25 ou 50 centigrammes de naphtolate de soude (microcidine).

Comme dans les pharmacies, les essences manquent souvent, je remplace quelquefois cette formule par la suivante :

Vaseline pure	100 gr.
Acide borique finement pulvérisé	10 gr.
Baume du Pérou	1 gr.
Naphtolate de soude	0 gr. 30

Bien que ces deux topiques ne soient pas de puissants antiseptiques, leur action bienfaisante est souvent suffisante pour conserver les grandes plaies en excellente condition de réparation, si bien que, très rapidement, les pansements quotidiens ne sont plus nécessaires. On peut alors ne faire de pansements que tous les deux jours, tous les trois jours ou même ne panser souvent qu'une partie de la plaie alors que la réparation d'une autre partie se fait avec une plus grande rapidité.

Avec les topiques doux et protecteurs, le traitement peut être continué jusqu'au moment où, toute lésion sécrétante étant disparue, l'application d'une poudre anodine est possible ; et le traitement se terminera par l'application de la poudre de fécule.

Les brûlures des deuxième et troisième degrés donneront lieu à un traitement assez constant qui, quelle que soit l'étendue de la brûlure, pourra être appliqué dans ces conditions.

Quant aux brûlures destructives du quatrième, cinquième ou sixième degré, caractérisées par des éliminations nécessaires, elles doivent être embaumées en quelque sorte par des antiseptiques puissants : goudron, baume du Pérou et autres jusqu'au moment où les éliminations sont faites, puis trai-

tées ensuite comme des plaies simples suppurantes.

Ici, la réparation est très complexe et nous arrivons aux blessures laissant de grandes infirmités permanentes que nous avons dû faire pressentir et qui seront l'objet de constatations définitives.

Pour conduire une plaie de brûlure à la réparation la plus rapide, il faut donc ne pas entraver la tendance à la réparation spontanée. Le fait même de la production d'une plaie très étendue et à sécrétion considérable, comme la produisent toutes les brûlures superficielles, nous met en présence d'une surface qui n'est pas très infectée par elle-même, mais qui a de grandes tendances à s'infecfer si on y apporte les éléments de la fermentation.

D'un autre côté, il faut tenir compte de ce fait que les grandes surfaces dermiques mises à nu sont très aptes à l'absorption, et que par conséquent l'usage de certaines substances facilement absorbables et toxiques doit être évité.

Ce court exposé montre combien d'obstacles rencontre le traitement des brûlures. Beaucoup de brûlures sont traitées dans de mauvaises conditions par les médecins ou les chirurgiens les plus instruits et cette mauvaise pratique fait la fortune des empiriques. Pourquoi ? Le fait est très facile à expliquer.

Tous les traitements empiriques sont très simples. Ils sont constitués par l'application d'une pommade variable, mais pouvant toujours constituer un enduit protecteur. Cet enduit est souvent stérile parce qu'il a été cuit. Il a été chauffé à une température suffisante pour détruire tout germe nocif. Il contient souvent aussi quelque antiseptique de valeur.

Puis l'immense majorité des empiriques qui appliquent de ces pommades, ayant une confiance aveugle en leur topique, n'y joignent aucun lavage. Le topique est si puissant qu'il répond à tout. Aussi plus de bains, plus de lavages malpropres et irritants, plus d'introduction inutile de l'eau pour favoriser les fermentations, aucune des irritations coutumières des surfaces pour le nettoyage officiel de la plaie. On conçoit alors facilement que l'usage de ces pommades ou enduits accélère singulièrement la marche de la réparation.

Pour peu que le sujet sur lequel on les applique ait été traité pendant quelques jours un peu brutalement, que l'on ait mis quelque substance irritante ou simplement pansé trop souvent, le contraste du résultat de l'application empirique et de celui de l'application ordonnée par le médecin est tel que le succès de l'empirique est assuré.

Comme la vertu de ces pommades est affirmée, on compte sur elle. On *en met beaucoup* et le pansement consiste plutôt à en ajouter de nouvelles quantités qu'à faire des modifications aux pansements ou des lavages intempestifs.

Tous ces détails relatifs au traitement ne doivent pas être oubliés à propos des accidents du travail, car on trouve des recettes de ce genre dans toutes les familles, dans tous les milieux et le médecin peut être accusé de mauvaise pratique lorsqu'il soigne les brûlures contre les idées reçues et par conséquent ses honoraires seront discutés.

J'ajoute qu'en dehors des pommades empiriques proprement dites, des secrets de famille, ou de garçon de bains, on trouve quelques spécialités qui agissent dans le même sens et dont l'usage n'est pas à dédaigner.

Mais ce traitement des brûlures, dont nous ne faisons que donner un aperçu résumé très bref (1), doit attirer notre attention à d'autres points de vue en rapport avec les accidents, à propos des certificats d'accidents, des certificats de guérison ou des certificats d'invalidité partielle.

Dès le début, la lésion appelle des soins particuliers pour la constitution du certificat d'accident.

Il est très important, en effet, que la blessure soit très bien caractérisée. Peut-être, n'est-il pas indispensable d'adopter la division classique en six degrés. Pourtant, elle est assez commode en ce qu'elle parle bien au profane, qui peut y constater l'attention minutieuse apportée à la vérification des conditions de la blessure. Nous ne devons jamais oublier que ce certificat doit être clair pour le profane. Mais, il faut aussi que le certificat porte deux indications très nettes des *circonstances de l'accident* et des localisations et *limites* de la brûlure.

Sans doute, les circonstances de l'accident ne peuvent être enregistrées que d'après les on-dit du malade ou des témoins. Mais pourtant, il faut absolument les rappeler parce qu'une brûlure n'est simple que pour le vulgaire, parce que l'*unité des brûlures* n'existe pas. La brûlure par une flamme, par un liquide, par un solide, sont trois choses essentiellement différentes au point de vue de la lésion, des soins et du pronostic. Il est donc d'importance capitale pour le médecin de ne pas être accusé d'incurie lorsque seront réglées les conditions de durée ou d'incapacité.

On ne saurait trop répéter, pour ce certificat, ce que j'ai dit tant de fois pour certaines fractures, le certificat doit être long et si bien circonstancié qu'il paraisse absolument complet à tous ceux qui ne peuvent avoir aucune connaissance médicale.

Du reste, les renseignements très circonstanciés sont absolument indispensables pour établir la durée probable de la lésion et les chances d'infirmité.

Je dis : « durée probable ». Sur ce chapitre, il faut être très prudent. Bien que l'on ait dit des brûlures qu'elles subissent un cycle de réparation toujours le même, il n'en est rien, car une foule de circonstances peuvent modifier et transformer cette réparation, si bien qu'une petite lésion, une lésion misérable, peut devenir la source d'accidents graves et prolongés, si elle est négligée, si le sujet est rebelle au traitement ou même si des procédés violents sont appliqués en vue de certaines thérapeutiques dites actives.

Le rédacteur du certificat sera donc très pru-

(1) Voir : « Pratique de la chirurgie antiseptique », Lucas-Championnière, p. 419. Traitement des brûlures.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

l'article 4 de la loi du 3 mars 1905, le chef d'entreprise n'est tenu qu'aux frais d'hospitalisation «*tout compris* ». L'assurance a payé à la Clinique 66 fr. d'hospitalisation. Elle les déduit de ma note d'honoraires ce qui fait me restant 43 fr. 75. Elle veut bien m'offrir 50 fr.

Ai-je « légalement » droit à 109 fr. 75 ou à « rien », comme je le crains d'après cette loi de mars 1905.

Puis-je faire valoir que, dans ce cas particulier, les frais d'hospitalisation ne peuvent être confondus avec mes honoraires, n'étant pas à la fois propriétaire de la Cliniqueet médecin traitant.

Mon cas est-il défendable ? ou dois-je accepter 50 fr. (heureux de les avoir).

D'après ce que j'ai lu : je n'ai , je crois, *légalement*, droit à rien, ce qui est, vous l'avouerez, d'une haute injustice.

Je vous serai reconnaissant de me répondre dans le *Concours* de samedi et que cette histoire serve de leçon à d'autres confrères, oublieux d'une loi peu large à notre égard.

Réponse. — Le « tout compris » de l'article 4 de la loide 1898-1905 ne s'applique qu'aux hôpitaux, mais nullement aux cliniques privées. Ainsi en a jugé le tribunal de paix d'Autun, le 22 mai 1908 (Voir Vade - mecum du Médecin Praticien, pour les accidents du travail, p. 37).

Vous avez donc parfaitement le droit d'exiger du patron le paiement intégral de vos honoraires d'après le Tarif Dubief. Il n'a aucunement le droit de déduire de vos honoraires ce qu'il a pu payer pour frais de séjour de son ouvrier à la Clinique.

Ces frais d'ailleurs, sont à la charge de l'ouvrier, pour la partie du moins qui représente le logement, l'entretien et la nourriture. Il reçoit, pour y faire face, l'indemnité de demi salaire.

Si le patron les a payés par erreur, cela n'est point votre affaire, et vous n'avez qu'à le poursuivre devant le juge de paix du lieu de l'accident.

1052. — Dr C., à M., à « Sou médical ». — Je serais très reconnaissant au « Sou médical », de bien vouloir me mettre au courant de la marche à suivre pour toucher une note d'honoraires de 97 fr.

Une cliente à laquelle j'ai fait des pansements et consultations pour une

Suite page XII.

dent au sujet du pronostic qu'il donne. Il évitera ainsi la mauvaise chance de se trouver en contradiction trop accentuée avec les faits.

Le certificat pour la reprise du travail et pour la constatation de la perte de capacité va être pour le médecin la source de bien des difficultés et de bien des incertitudes.

En ce qui concerne la reprise du travail, avec notre pauvre législation qui oblige à ne la permettre que lors de la guérison absolue du sujet, le risque d'un prolongement considérable du traitement est de tous les jours. Pour des brûlures du deuxième et du troisième degré, l'aspect de la cicatrice est très vilain. La rougeur au niveau d'un épiderme mince est très préoccupante. Il est impossible, si le sujet est un peu peureux, de le mettre en demeure de se remettre au travail. Il est impossible, en effet, de savoir exactement s'il souffre ou ne souffre pas, si sa main, son bras ou son pied pourront subir sans dommage des contacts un peu violents.

La reprise peut donc exposer à des complications sérieuses dont l'importance sera plus tard imputée au médecin. Cette incertitude ne se produit pas seulement pour d'énormes brûlures, mais surtout pour de très petites lésions qui occupent les extrémités, les mains surtout, mais souvent aussi les pieds. Dans le cas de certains travaux délicats une brûlure très simple peut exposer à une perte de capacité considérable. Cette constatation doit faire attacher plus d'importance encore au traitement prudent, très bien surveillé et très correctement appliqué, à la nécessité de ne pas laisser une infection d'un point de la plaie mener à la production d'une cicatrice douloureuse.

Il ne faut pas oublier non plus que les plaies de brûlures sont au premier rang de celles qui sont susceptibles de maladies secondaires. Sur les cicatrices de brûlures, les chéloïdes sont beaucoup plus communes que sur les plaies par instrument tranchant ou même que sur les cicatrices de beaucoup de plaies contuses. Réfléchissez bien à tout ce qui résultera pour le malade, pour vous, pour le patron, de la survenue d'une chéloïde qui défigure ou qui fait un infirme complet du sujet.

Ce rapide exposé peut donner une idée des difficultés que nous devons rencontrer dans la rédaction du certificat de consolidation. Je ne vois qu'une circonstance qui compense un peu ces difficultés, c'est le fait de la possibilité de révision au bout de trois ans.

En effet, les deux conditions opposées se produiront : les sujets qui avaient voulu reprendre le travail et avaient paru pouvoir le faire auront des cicatrices que rien ne pourra accoutumer à la pression ou au choc des instruments, et il faudra revenir en arrière, constater à nouveau l'infirmité et en établir nettement l'origine.

D'autres, qui avaient des cicatrices de vilain aspect et qui avaient été très douloureuses au début, se culotteront, comme ils disent, et au bout d'un certain temps ne ressentiront rien de l'infirmité qu'on aurait constatée à une époque proche de la brûlure à laquelle ils s'étaient mis au travail.

Mais, il faut bien dire que, pour ces derniers, la révision n'ira pas sans quelque difficulté et qu'il y a peu de chances pour que, spontanément, ils viennent reconnaître que leur infirmité a cédé à un travail régulier.

On peut dire que cela se passe tous les jours, pour toutes les révisions possibles. Cela est vrai. Mais, pour les blessures autres, nous avons certaines conditions d'appréciation dans l'examen direct de la cicatrice, de la région atteinte. On peut, en en constatant la régularité, apprécier avec quelque chance d'exactitude les conditions habituelles. Il n'en est rien pour la brûlure. On voit une cicatrice étroite qui, placée en un sens de mouvement, se déchirera à toutes les tentatives de travail alors que des cicatrices d'aspect très mauvais ne donneront lieu à aucun ennui.

J'ai soigné longtemps un homme plein de bonne volonté de travail, qui, dans un incendie, s'était fait de très grandes brûlures qui avaient bien guéri, lui laissant de grandes cicatrices sur les jambes et sur les bras, cicatrices très visibles, mais ne le gênant en rien. Il portait aux mains des cicatrices auxquelles il n'attacha aucune importance. Il reprit courageusement son travail et put travailler ainsi pendant quelque temps. Plus tard, ces cicatrices des mains, trop faibles, s'usèrent et se déchirèrent au travail, et il devint un infirme véritable. Le temps étant passé pour faire valoir ses droits à un secours, il vécut de la charité publique et tous les hôpitaux de Paris l'ont connu.

Le certificat de reprise du travail doit donc être particulièrement prudent, être très circonstancié comme le certificat initial d'accident, et plus peut-être. Il faut que le médecin qui le rédigera soit tout à fait *minutieux* et prévoyant. C'est avec juste raison que l'on a souvent appelé l'attention sur un défaut général des certificats, qui sont source de difficultés pour le blessé et pour le médecin : brièveté, insuffisance de description.

J'en donne immédiatement un exemple. La localisation exacte d'une cicatrice qui peut être douloureuse ou devenir le point de départ d'une chéloïde est absolument nécessaire. Elle ne saurait supposer une négligence dans la détermination du foyer.

Une brûlure, qui était en partie au deuxième, en partie au troisième degré, a laissé deux résidus très différents, l'un est une cicatrice rouge étalée qui préoccupe le malade et les témoins et qui n'a probablement pas une grande importance. L'autre est une toute petite cicatrice rétractée, tendue, dans un pli articulaire, qui sera douloureuse et qui se déchirera facilement. Il faut que ces conditions soient déterminées et bien prévues.

Ce certificat très complet ne doit pas être rigoureux seulement pour bien localiser les lésions, il doit comporter l'examen complet de toutes les parties voisines, de toutes celles du moins sur lesquelles peut retentir l'effet de la brûlure. Une brûlure un peu profonde de la main, même très limitée, peut aboutir à l'immobilisation d'une ou de plusieurs articulations de la main.

Une brûlure du pied, même très limitée, peut

gêner certains mouvements du pied et constituer indirectement une lésion faisant un sujet incapable de marcher ou d'actionner certains métiers.

La détermination d'une cicatrice de brûlure en certaines régions rend le sujet incapable pour le métier qu'il faisait.

J'ai autrefois été mêlé aux discussions d'un ouvrier d'usine brûlé au genou qui fut obligé de changer de profession, parce qu'il avait une cicatrice du genou qui ne pouvait supporter les chocs d'un métier qu'il conduisait. Il n'obtient rien de ses réclamations. A l'heure actuelle, il serait à coup sûr considéré comme ayant subi une réduction de capacité ouvrière.

Les cicatrices de brûlures comportant beaucoup d'irrégularité, de sensibilité, de transformations secondaires, n'oubliez aucun des caractères objectifs ou des complications que vous pouvez constater.

Je termine par une remarque essentielle pour prémunir contre une confusion qui pourrait avoir des conséquences très fâcheuses.

Malgré un aspect analogue, malgré certaines conditions générales communes, il ne faut jamais considérer comme des brûlures : ni les lésions dues à l'action de l'électricité,ni celles dues à l'action des caustiques. Il est déjà fort exagéré de grouper ensemble toutes les lésions dues à des sources de chaleur différentes. Ce sont genre de lésions essentiellement distinctes. Pour les lésions dues à l'électricité en particulier, j'ai vu que l'appellation brûlures, donnée à des lésions très semblables apparemment à celles de l'action de la chaleur, avait fait naître des confusions singulières et donné une idée très fausse de la nature des accidents dont la lenteur de réparation et les conséquences fâcheuses ont singulièrement détonné avec le peu d'apparence des brûlures signalées.

A propos des accidents du travail, il faudrait bien se garder de dénommer brûlures ces lésions et de les traiter comme telles.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les diverses salpingites et leur traitement médical,

Par le Dr Solret.

Une suffisante expérience et l'étude attentive des symptômes pelviens permet aux médecins de diagnostiquer la salpingite survenant pendant l'évolution d'une maladie utérine. Il existe, en effet, un ensemble de signes fonctionnels particuliers que l'on peut, sans trop de difficultés, distinguer des signes fonctionnels de la métrite elle-même.

Sans doute, dans cet ordre d'idées, il n'y a rien de pathognomonique, et l'on sait, d'ailleurs, qu'en médecine, la recherche des signes certains, *indubitables*, est des plus rares. Mais étudions de près ces divers symptômes.

D'abord la *douleur*. Son siège est assez précis dans la salpingite, car elle existe surtout dans l'une ou dans l'autre, parfois les deux fosses iliaques, tandis que la douleur de la métrite est plutôt hypogastrique et médiane. Un point sur lequel il faut attirer l'attention, c'est la manière dont cette douleur s'irradie, dans la phlegmasie de l'utérus, surtout quand il y a antéversion; il existe une douleur lombaire par tiraillement des ligaments utérosacrés ou par compression. Mais une douleur à la hanche, à la cuisse, doit faire penser à la salpingite ; il est bon de ne pas l'oublier quand on interroge les malades.

Parfois celles-ci éprouvent de véritables tranchées, fort douloureuses, paroxystiques, et qui se terminent brusquement par l'expulsion d'un liquide séreux, purulent ou sanguin. C'est la colique salpingée indiquant l'existence d'une salpingite kystique.

La *menstruation*. — Tout d'abord on observe de la dysménorrhée et, plus tard, des règles *profuses*, irrégulières.

Les *écoulements*. — Bien qu'ils n'aient rien de particulier et ressemblent à ceux des diverses métrites, il faut faire grand cas, pour le diagnostic, de ce fait que dans la salpingite,le liquide s'écoule parfois *brusquement*, spontanément, ou par compression de la tumeur.

Tels sont les symptômes fonctionnels qui permettent de penser à l'existence d'une infection tubaire, avec ou sans rétention. Le toucher vaginal, ou mieux l'exploration bimanuelle, va, dès lors, préciser le cas et faire le diagnostic.

Dans la salpingite sans rétention, affection récente, le péritoine et le tissu cellulaire périannexiel ne sont pas encore atteints, et l'on trouvera, dans le cul-de-sac latéral, un cordon *noueux*, partant d'une corne utérine, entourant un corps arrondi, l'ovaire, et présentant les dimensions d'un crayon ordinaire. Ce cordon douloureux fuit sous la pression du doigt. Parfois, mais quand l'utérus est rétroversé, on reconnaît la trompe dans le cul-de-sac de Douglas.

Il faut, sans tarder, agir énergiquement, car une collection peut se faire dans la cavité tubaire et cette salpingite sans rétention devenir kystique avec les conséquences graves dont nous parlerons tout à l'heure. Il faut agir d'autant plus vite que l'affection livrée à elle-même évolue par poussées successives rendant bientôt les malades de véritables infirmes, vouées à l'intervention sanglante.

Or, il existe un traitement très actif qui, dans notre pratique, s'est montré supérieur à tout autre, au point que la disparition *complète* des troubles fonctionnels a pu souvent en imposer pour la guérison définitive.

Deux cas sont à considérer

1° La salpingite sans rétention est à la phase aiguë.

2° Cette salpingite sans rétention est chronique.

Dans le premier cas, il faut imposer à la malade, le repos absolu au lit. On fera l'antisepsie du vagin à l'aide d'injections chaudes et prolongées au thigénol Roche, par exemple (10 à 20 %) ; puis on fera mettre à la malade, matin et soir, un

ovule Roche au thigénol, ou bien, ce qui est encore préférable, on continuera le traitement par les ovules Roche que peut placer elle-même la malade et le traitement par les Tampols Roche. Le Tampol est, comme on sait, un pansement gynécologique parfait : il suffit de le plonger, pendant 4 ou 5 secondes dans de l'eau à peine tiède, puis on l'introduira dans le vagin et de le maintenir quelques minutes contre le museau de tanche ; la capsule de gélatine se dissout rapidement, la laine aseptique non absorbante est décomprimée et se développe dans tous les sens, réalisant une occlusion absolue de tout le canal génital et maintenant la pointe médicamenteuse en contact permanent avec le col utérin. Le Tampol est d'abord placé tous les jours, puis tous les deux jours et les résultats obtenus sont vraiment surprenants.

Ce traitement amène, dès le début, des écoulements séreux abondants qui décongestionnent les annexes et les tissus péri-annexiels, aussi bien que l'utérus. La douleur se calme, la fièvre tombe, le volume de la trompe diminue. L'organe est insensible à la pression et l'on parvient ainsi presque toujours à *éteindre* la lésion.

Ce n'est que dans les cas de poussées suraiguës que nous utilisons les cataplasmes laudanisés et même les vessies de glace.

2° *La salpingite sans rétention est chronique.*

La révulsion hypogastrique par les pointes de feu suffit alors en y joignant les Tampols Roche au thigénol. Les lésions chroniques s'atténuent, la douleur disparaît, et la malade reprend, sans difficulté, ses occupations.

Passons maintenant au diagnostic, puis au traitement de la salpingite kystique, c'est-à-dire avec rétention.

La collection tubaire est séreuse, purulente ou hématique. Ce n'est plus un cordon noueux, qu'on l'on découvre au toucher, c'est une *véritable tumeur* dure, et dont le volume varie d'une noix à une orange. Fait essentiel, et qu'il ne faut pas oublier, cette tumeur est séparée de l'utérus par un *sillon* qui a une réelle valeur diagnostique.

Quand cette tumeur est peu douloureuse et mobile, à parois minces, fluctuante, située en arrière de l'utérus, il s'agit d'un hydrosalpinx. Quand elle est très adhérente, à parois épaisses, il s'agit d'un pyosalpinx. Nous ne nous occuperons pas de l'hémato-salpinx qui est une grossesse tubaire rompue.

Les malades atteintes de salpingite kystique sont réellement des infirmes dont la vie se passe au lit ou sur une chaise-longue. Elles sont sujettes à des complications, dont le plus grave est la rupture de la poche dans le péritoine avec terminaison fatale. En outre l'inflammation gagne le tissu cellulaire et le péritoine pelvien, englobant les annexes et les immobilisant dans des fausses membranes douloureuses.

Il faut donc enrayer ce processus inflammatoire et s'efforcer, en même temps, de vider la trompe.

Nous préconisons à ce double point de vue la dilatation de l'utérus et les Tampol Roche au thigénol ou au protargol. Quant au massage abdominal et iliaque, il faut le réserver aux phlegmasies tubaires éteintes et, si le diagnostic est à ce sujet hésitant, la plus élémentaire prudence conseille de s'abstenir sous peine de voir des ruptures se produire dans le péritoine ou bien des poussées suraiguës.

Donc, nous dilatons l'utérus avec des laminaires portées le plus loin possible. Puis, nous nettoyons la cavité utérine à la teinture d'iode et nous la bourrons avec de la gaze trempée dans la glycérine thigénolée à parties égales. Ces pansements doivent être renouvelés tous les deux jours, mais ils n'excluent pas, au contraire, l'utilisation des ovules Roche à 30 % et des Tampols Roche. Sous l'influence de la dilatation, l'utérus se ramollit et l'orifice utérin de la trompe malade s'ouvre. Il s'ouvre d'autant mieux que, sous l'influence du thigénol, se produit une véritable saignée blanche, des écoulements considérables qui sollicitent le dégagement de la cavité tubaire. *En outre, l'action décongestive et analgésique* du médicament s'étend aux régions péri-salpingiennes et péri-utérines et s'oppose à la constitution d'adhérences inflammatoires, aux poussées de péritonites localisées.

Ce traitement a fait ses preuves, et dans notre pratique, c'est le seul que nous utilisons. Nous sommes certain, en effet, d'avoir guéri par cette méthode (dilatation, drainage et décongestion thigénolée) des collections séreuses et purulentes de la trompe. Labadie-Lagrave et Legueu pensent également que, dans ces cas, on obtient ainsi de meilleurs résultats que par le curettage.

Mais quand la tumeur annexielle, informe, mal localisée, est adhérente, maintenue à l'utérus et au péritoine par des brides scléreuses ou fibreuses, c'est à l'hystérectomie abdominale totale qu'il faut s'adresser.

Avant d'en arriver là, nous venons de voir que nous avons beaucoup à faire et que nous pouvons être maîtres, *médicalement*, de l'affection. Dès qu'une salpingite est diagnostiquée, attaquons-la par la méthode résolutive, car tout aussi bien que pour les métrites subaiguës et chroniques, le thigénol Roche bien manié, c'est-à-dire à doses suffisantes et suffisamment prolongées, arrête l'évolution inflammatoire de la salpingite et suivant l'expression connue, *il éteint la lésion.*

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Pour aider nos confrères à défendre leurs blessés.
Pour leur permettre ainsi de garder leurs clients blessés.
Pour éviter que les blessés aillent dans les cliniques spéciales.

L'effort des Compagnies d'assurances tend à faire disparaître de la pathologie médicale certaines affections d'origine nettement traumatique.

Justice de Paix du XVe arrondissement de Paris. — Lumbago traumatique. — G., rue F., en levant une lourde pierre, se fait des ruptures musculaires dans les reins.

La Compagnie d'assurances prétend ne rien donner, disant que l'affection est rhumatismale. Après en quête et expertise, le blessé obtient gain de cause.

Justice de Paix du XIe de Paris. — Hernie traumatique. — P., rue C.-N., se fait une hernie en portant une lourde charge de bois ; naturellement l'assurance nie le rapport de cause à effet avec le travail . Expertise. Assistance du blessé par un délégué de la M. La nature traumatique de l'affection est reconnue.

L'effort des Compagnies d'assurances tend à diminuer le plus possible, l'incapacité permanente de travail des blessés, de façon à ce que l'indemnité qui leur revient soit le plus minime possible.

Conciliation. — L. B., rue F., se fait, il y a trois mois environ, une fracture à la jambe. La compagnie d'assurances offre généreusement 210 francs de rentes ; nous en obtenons 387.

B., mécanicien, est atteint d'une fracture du poignet ; la Compagnie voulait donner 25 francs, d'indemnité ; nous en obtenons 1.200.

Tribunal civil de la Seine. — D. avait eu, l'an dernier, une luxation de l'épaule ; il lui était resté une infériorité permanente que la Compagnie d'assurances, aidée d'ailleurs par le professeur X., refusait absolument de reconnaître.

Le professeur X. est d'ailleurs bien connu pour sa grande complaisance envers les Compagnies d'assurances. Deux expertises consécutives établirent l'incapacité de notre camarade. Et à la suite de la plaidoirie de notre avocat, Me L., qui, d'une façon saisissante, montra la partialité révoltante du Dr X., le tribunal accorda à D. une indemnité de 800 francs.

***

Les garanties du blessé lors de la visite de contrôle du médecin patronal.

Le juge de Paix du IVe arrondissement de Lille donne une leçon méritée aux patrons et aux assureurs qui se moquent de la loi.

Depuis six ans que nous luttons à Lille pour la défense des droits des ouvriers blessés dans leur travail, il est des points que nous croyions définitivement acquis.

C'est ainsi que nous pensions que les patrons n'auraient plus osé violer la loi en ce qui concerne la visite médicale de contrôle qu'ils ont le droit — sous certaines conditions — d'imposer à ceux de leurs ouvriers qui choisissent librement leur médecin.

Un fait récent nous prouve que nous devons toujours être sur la brèche.

Le camarade V. Alexandre est blessé dans une importante usine métallurgique de Moulins-Lille et il se fait soigner par le médecin de son choix.

A deux reprises différentes, au cours du traitement, il reçoit du médecin de l'usine une lettre, l'informant qu'il viendra le visiter à son domicile, muni d'une autorisation du juge de paix. A deux reprises différentes, ce médecin de l'usine se présente, en effet, au domicile du blessé. Mais la seconde comme la première fois, son médecin traitant étant absent (n'ayant d'ailleurs pas été prévenu de cette visite), le blessé met poliment à la porte le médecin de l'usine, non sans lui faire remarquer qu'il était tout disposé à se laisser visiter en présence de son médecin et lui offrant même un rendez-vous de la part de ce dernier...... Ce à quoi, le médecin de l'usine lui répondit qu'il n'avait rien à voir avec son médecin traitant.

Mais à la suite du second refus de visite, le patron suspendit à l'ouvrier le paiement de son indemnité journalière sous prétexte qu'il était guéri ! ! !

Le cas fut porté devant le juge de paix du 4e arrondissement de Lille qui, le 13 novembre 1910, donnait au patron la leçon suivante :

« Attendu qu'avant de statuer, nous avons demandé à la défenderesse de nous présenter le reçu de la lettre recommandée envoyée au médecin traitant du blessé pour le prévenir deux jours à l'avance de la visite projetée ; que ledit reçu n'a pu nous être présenté ; qu'il nous a même été avoué que ladite lettre n'avait probablement pas été écrite :

« *Considérant que le préavis du médecin est une formalité substantielle de la visite prévue ; que, faute de s'y conformer, ladite visite ne peut être exigée ;*

« Attendu, d'autre part, que l'article visé porte que « faute par la victime de se prêter à cette visite, le paiement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du Juge de paix qui

convoquera la victime par simple lettre recommandée » ;

« Attendu que même si les prétentions de la défenderesse étaient exactes quant à l'obligation de la visite refusée, *elle n'aurait pu, dans tous les cas, que recourir à la justice pour faire suspendre les demi-salaires* ;

« Qu'en fait, elle nous demande de sanctionner une façon d'agir doublement illégale ; que pareille prétention ne saurait être admise un seul instant ; que la *seule façon de ne pas la considérer comme un manque de respect pour la justice consiste à supposer chez celui qui l'a émise une ignorance absolue de la loi qu'il invoque, ignorance profondément regrettable en l'espèce* .... »

Et le patron fut condamné à payer à l'ouvrier ses demi-salaires.

***

L'indemnité due aux apprentis blessés du travail.

Dans la lutte que les victimes d'accidents du travail ont journellement à soutenir contre la rapacité des compagnies d'assurance, nous sommes depuis longtemps habitués à voir la magistrature prendre ouvertement parti pour ces dernières contre les ouvriers.

Aussi, est-il bon de signaler, chaque fois que l'occasion s'en présente, les rares décisions où, malgré cette hostilité, les juges ont dû repousser les prétentions exagérées des compagnies et appliquer la loi de 1898 dans sa lettre et dans son esprit.

C'est ainsi que, sur la question des indemnités dues aux apprentis, malgré les termes formels de l'art. 8, les compagnies, comptant sur l'ignorance où sont généralement les ouvriers d'une loi faite pour les protéger, ne leur offrent que leur demi-salaire, ou bien, interprétant faussement le 2e paragraphe de cet article, prétendent que l'indemnité, qui leur est due en cas d'incapacité temporaire, ne peut dépasser le montant de leur salaire. Or, cette partie de l'art. 8 s'applique à l'*ouvrier* âgé de moins de 16 ans et non à l'apprenti.

Le principe a été nettement posé par un arrêt de la Cour de Cassation du 22 décembre 1909. Cet arrêt casse un jugement du juge de paix du IXe arrondissement de Paris qui n'avait accordé à l'apprenti qu'une indemnité égale à son salaire journalier.

Le voici reproduit en entier :

« La Cour,

« Vu l'art. 8 de la loi de 1898 ;

« Attendu que l'indemnité journalière due à un apprenti, victime d'un accident du travail, ne peut être inférieure à la moitié du salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie occupés dans l'entreprise ; qu'il importe peu que l'indemnité ainsi calculée soit supérieure au montant du salaire de l'apprenti ; que le législateur a estimé que cette rémunération pourrait être trop réduite pour être prise en considération et limiter l'indemnité mise à la charge du chef de l'entreprise ;

« Attendu que le jugement attaqué constate que la veuve C., tutrice de son fils mineur Henri, victime d'un accident du travail, alors qu'il était apprenti au service de la Société anonyme d'imprimerie et de librairie centrale des Chemins de fer, a demandé à la Société une indemnité de 243 francs, représentant pour 81 jours d'incapacité la moitié du salaire le plus bas des ouvriers valides de même catégorie occupés dans l'entreprise ;

« Attendu que le jugement attaqué, sans contester la qualité d'apprenti d'Henri C., sans contester davantage le salaire de base allégué, n'a condamné la Société à payer à la veuve C, ès qualités, qu'une somme de 81 francs, et par cet unique motif que le montant du salaire de son fils était de 1 franc par jour ;

« Qu'en statuant ainsi le dit jugement a confondu l'indemnité due à l'apprenti et celle qui est allouée à l'ouvrier mineur de 16 ans, qu'il a ainsi violé l'article susvisé.

« Par ces motifs, casse (1)... »

J'ai personnellement obtenu le 6 octobre dernier, pour un apprenti membre de la *Mutuelle des Victimes du travail*, un jugement du juge de paix du XIVe arrondissement qui affirme le même principe et qui déclare en outre dans ses attendus que l'apprenti a droit à cette indemnité « même si, comme cela arrive fréquemment dans certaines industries, il ne touchait aucun salaire ».

Voilà donc la question définitivement tranchée. Aux apprentis à ne plus se laisser faire.

Firmin LAVALETTE,
avocat à la Cour,
Membre du *Conseil judiciaire de la Mutuelle des Victimes du Travail*,

***

Comment on esbrouffe les blessés dans le cabinet du Président d'un Tribunal, juge conciliateur.

Le 1er juillet dernier, j'assistais à la conciliation le blessé R., et le dialogue significatif suivant eut lieu entre le Président et moi.

Le Président. — On va vous désigner un expert.

Moi. — Ce n'est pas possible, M. le Président. R. n'est pas consolidé. Il est encore en traitement, voici un bulletin du médecin de la Compagnie qui le convoque pour demain.

Le Président (après avoir regardé le bulletin du médecin de la Compagnie et s'adressant au représentant de la Compagnie).— Non, il n'est pas consolidé. J'ai la conviction qu'il doit l'être *aujourd'hui*. Mais enfin, nous allons renvoyer l'affaire à huitaine, et vous produirez un certificat de consolidation.

Moi. — A huitaine, il ne sera pas encore consolidé, et ce sera à recommencer.

Le Président. — A huitaine, nous serons fixés ; et, si vous n'acceptez pas l'expertise, vous n'aurez *ni provision, ni demi-salaire.*

Moi. — Vous n'avez pas le droit, M. le Pré-

(1) *Bulletin de la Cour de Cassation*, n° de déc. 1909.

sident, de supprimer les demi-salaires sans allouer une provision. Il faut l'une ou l'autre, aux termes de la loi.

Le Président. — Eh bien ! nous verrons.

Sur ce, nous nous sommes retirés.

Je demande quelle peut être l'impression que pareille pression peut produire sur une victime d'accident, père ou mère de famille, déjà dans la misère et de plus menacé de ne rien avoir du tout si elle ne se prête pas aux désirs de l'assureur et de son complice le Président de la conciliation.

Je l'ai entendu dire aussi à une victime à qui l'Assurance offrait pour toute pitance 50 francs : « Prenez ça, car vous n'aurez rien ! » ; et cela, sur un ton qui ne supportait pas de réplique.

A. Mathieu,
Conseiller prud'homme de la Seine.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

La Mutualité Familiale du Corps Médical Français.

Chers confrères,

Après l'exposé que vous avez pu lire dans l'avant-dernier numéro du *Concours médical,* voulez-vous permettre au secrétaire général de la Mutualité familiale d'ajouter quelques mots ?

L'organisation nouvelle a tout éclairci et tout simplifié : pour les nouveaux membres, c'est parfait — mais la correspondance me montre déjà que les anciens membres sont un peu perdus au milieu des appellations nouvelles. C'est à leur intention que j'ai dressé le tableau suivant :

Ancien régime.	*Nouveau régime.*
Association	Amicale.
Combinaison A	
pour les anciens membres..	Section 1, comb. A B
pour les nouveaux.........	Section 1, comb. M A
Combinaison C	
retraite à 65 ans..........	Section 2, comb. R
Combinaison D	
pension aux veuves.......	Section 3, comb. V
Caisse des Pensions.	
Retraite à 60 ans	
pour les anciens membres.	Section 1, comb. C P
pour les nouveaux membres	Section 2, comb. P

Je répéterai que les combinaisons nouvelles n'innovent rien absolument en ce qui concerne les anciens membres. AB, c'est l'ancienne Amicale ; CP, c'est l'ancienne caisse des Pensions sans aucuns changements.

Le travail du Dr Louis Gassot en dit plus que tous les commentaires possibles sur l'Amicale, dont le passé est un sûr garant de l'avenir de la combinaison MA. Je n'insiste donc pas.

Mais je désire appeler un instant votre attention sur les combinaisons P et R.

Voyez quelle élasticité présentent ces combinaisons ! la part type est de 120 francs et on peut souscrire jusqu'à dix parts (1200 francs). Elles sont abordables aux budgets les plus modestes et il est toujours loisible d'augmenter le nombre des parts. Chacun peut donc souscrire une pension adéquate à ses facilités budgétaires actuelles.

P (retraite à 60 ans) conservera la faveur, la preuve en est que d'anciens membres de la combinaison C de l'Amicale demandent à passer à la combinaison P, *faculté qui leur est donnée jusqu'au* 30 *septembre* 1911. Mais R est moins chère, plus abordable, puisqu'à 25 ans, la prime annuelle contre-assurée n'est que de 11 frs 40 par part ! Et puis, pour les membres de l'Amicale, pour les futurs sociétaires de la combinaison MA, c'est la pension le lendemain du jour où cesse le droit à l'indemnité maladie.

J'ajoute d'ailleurs que, pour adhérer à R ou à P., il n'est plus nécessaire d'être inscrit à une autre combinaison : chaque combinaison est autonome et absolument indépendante des autres.

Rien n'empêcherait, par exemple, un sociétaire de s'inscrire à R pour un certain nombre de parts et à P pour un certain nombre encore : il aurait ainsi à soixante ans une retraite qui s'augmenterait à 65 ans.

Toutes les facilités sont données, on le voit, par la Mutualité familiale. Confrères, soyez prévoyants ! H. Mignon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Art dentaire est une spécialité médicale (1).

Au moment où un groupe de médecins spécialisés dans la pratique des maladies de la bouche et des dents, auquel j'ai l'honneur d'appartenir, vient de fonder une école de spécialisation dite « Ecole française de Stomatologie », j'ai pensé qu'il vous serait agréable à vous, mes chers confrères, médecins praticiens, d'avoir quelques explications sur cet événement professionnel.

Comme le fait pressentir le titre de ma communication, j'ai l'intention de vous rappeler et de vous démontrer que la stomatologie est une spécialité médicale, et que seuls les médecins devraient avoir le droit de l'exercer ; ils trouveraient dans l'exercice de cette spécialité, séparée à tort de la médecine, un remède au mal dont semble souffrir la grande famille médicale, j'ai nommé la pléthore.

J'ajouterai que cette solution si désirable serait à la fois conforme aux desiderata et aux intérêts du spécialiste, du médecin et du public.

Par stomatologie, il faut entendre l'art dentaire exercé par les médecins, les mots « art dentaire » étant pris dans leur sens le plus large, c'est-à-dire comprenant le traitement chirurgical et prothétique du système dentaire et des complica-

(1) Communication faite à la Société médicale des Praticiens.

tions buccales et péri-buccales sous sa dépendance.

Le stomatologiste est le médecin pratiquant l'art dentaire ainsi compris.

Comme vous le voyez, mes chers confrères, ici, comme dans toutes les autres branches de la médecine, la spécialisation limite le champ d'intervention du praticien, et le stomatologiste, suffisamment tenu par l'exercice de sa profession ainsi définie, se cantonnera dans ce coin de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales, y utilisant les données médicales générales acquises par lui. Grâce à ses études antérieures, il pourra apprécier les relations de causes à effets existant entre les affections dont il aura à s'occuper et les autres parties de l'organisme, et grâce à elles aussi il pourra, parlant le même langage scientifique et clinique que ses confrères médecins, s'entendre avec eux dans les cas d'intervention dans la bouche et dans les cas de complications, plus ou moins éloignées, sous la dépendance du système dentaire ou de ses annexes.

Je ne vous retracerai pas, Messieurs, l'histoire de notre spécialité, je vous dirai simplement en deux mots les raisons pour lesquelles cette spécialité se trouve aujourd'hui exercée par deux catégories différentes de professionnels.

Délaissée jadis par la grande majorité des médecins, quoique de tous temps aussi de rares médecins l'aient brillamment exercée,la pratique de cette branche de la médecine, la stomatologie, de ce fait, devint libre.

Alors, correspondant à une nécessité indéniable,apparut le dentiste, ouvrier presque toujours sans instruction générale, souvent ingénieux et adroit, qui, ignorant tout des choses de la médecine, ne vit dans la profession que le côté manuel, la prothèse, et limita ses interventions opératoires à l'extraction.

Les médecins, de leur côté, ayant négligé, dans le cours de leur scolarite, l'étude des maladies des dents et de leur traitement, n'avaient sur ce sujet que des notions médicales très imprécises. D'autre part, les dentistes, par le fait de l'exercice de leur profession, se trouvaient journellement en présence de faits cliniques qu'ils constataient presque malgré eux et en face des difficultés thérapeutiques qui y étaient inhérentes.

Ces faits cliniques, à défaut d'enseignement théorique, constituaient pour eux le fond d'une expérience qui, quoique limitée et souvent mal assimilée, n'en donnait pas moins aux dentistes d'alors, au point de vue médical même, une supériorité sur le médecin,qui affectait systématiquement et même avec une certaine pointe de coquetterie, d'ignorer tout ce qui pouvait avoir trait à cette branche de la médecine.

Alors donc le médecin, qui s'était désintéressé de l'étude des maladies des dents, et dont le nombre était en ces temps relativement restreint par rapport aux besoins de la société de son époque, trouva à ses côtés une catégorie de professionnels para-médicaux auxquels il fut très heureux de pouvoir abandonner une partie de l'art de guérir qu'il ne voulait pas reconnaître comme sienne.

Ces professionnels d'à côté supprimaient, avec adresse et sans dommage apparent, les dents des patients qui se confiaient à eux, et les remplaçaient ensuite, à leur satisfaction, il est vrai, par des appareils dont la fabrication presque secrète était réalisée avec l'aide d'apprentis au fond d'une officine, à l'abri des regards indiscrets, tout comme s'il s'agissait de réaliser une formule miraculeuse d'alchimie.

A ce moment, et pour toutes ces raisons, le médecin crut volontiers à la dualité des deux professions : la profession de médecin d'une part, et de l'autre la profession de dentiste.

Persuadé que la partie prédominante de cette dernière profession était faite exclusivement de la partie mécanique et manuelle, encouragé à le croire par les faits et gestes du dentiste d'alors qui, il faut bien le dire à sa décharge, le croyait sincèrement, puisqu'il ignorait la partie médicale de notre spécialité, ainsi égaré et trompé, le médecin en vint même à taxer de paria celui des siens qui, comprenant toute la portée de la partie médicale de cette profession, consentait à s'y adonner et à joindre à ses connaissances générales les connaissances mécaniques et techniques qui le mettaient à même d'exercer scientifiquement et pratiquement la profession de dentiste. Eh bien, celui-là, messieurs, était un stomatologiste dans toute l'acception de ce mot ; il était bien un médecin spécialiste des maladies de la bouche et des dents ; aussi, comme tout novateur, comme tout spécialiste, au moment de l'apparition de sa spécialité, il se trouva personnellement en butte, dans les milieux médicaux, à des tracasseries de toutes sortes.

Ces raisons expliquent suffisamment pourquoi, jusqu'à ces vingt dernières années, les médecins se spécialisant dans la stomatologie étaient si peu nombreux.

Beaucoup, qui eussent peut-être été heureux de s'adonner à cette spécialité, reculaient devant la déconsidération que leurs confrères, d'une part, et le public par ailleurs semblaient attacher à l'exercice de la profession de dentiste.

Aujourd'hui, il n'en est plus heureusement ainsi, et tous, patients, dentistes et médecins, reconnaissent ou sont obligés de reconnaître l'importance des données médicales dans l'exercice de la profession de dentiste et d'approuver la spécialisation médicale de cette profession.

Grâce aux notions de médecine, si abondamment, et trop abondamment peut-être, répandues dans le public, le patient d'aujourd'hui, par déduction logique, simpliste mais vraie, est pénétré de cette idée que celui qui le soigne est ou doit être médecin ; il le croit même aussi lorsqu'il songe à se faire soigner les dents.

Le patient (je vous conseille d'en faire l'expérience pour vous en convaincre) en est tellement persuadé que, lorsqu'on lui apprend que le dentiste qui le soigne n'est pas médecin, il en semble tout étonné et pense, pour expliquer son embarras,devoir faire allusion aux notions de médecine que le dentiste doit posséder. Pour peu qu'on lui explique combien ces données médicales acquises par des jeunes gens, que dis-je, par des enfants,

et dans un laps de temps si restreint, ne sauraient être suffisantes, bien vite, comprenant l'utilité de la médecine, l'importance de ses grandes lignes, il admet la théorie de la spécialisation médicale pour le dentiste.

Chez les dentistes même, parmi lesquels je compte de bons amis, cette idée est inéluctable, a de nombreux adeptes, plus nombreux même qu'on ne le suppose.

Beaucoup de dentistes, en effet, mais non les plus tapageurs, sont tellement persuadés de la nécessité des études médicales, que, quoique déjà établis, ils s'efforcent à grand'peine de les acquérir et d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, tandis que d'autres dirigent dans la voie de la stomatologie, de la spécialisation médicale, leurs proches, fils, neveux ou gendres, s'ils les jugent capables de réaliser leur desideratum.

Les uns et les autres de ces professionnels avisés sont dignes d'éloges, car si les premiers ont eu le courage de se mettre au travail dans des conditions difficiles, et l'énergie de mener ce travail à bien, les seconds ont le mérite de prévoir, pour les leurs, l'évolution de la profession et de les armer efficacement pour la lutte pour la vie.

Tous les dentistes, cependant, ne partagent pas ces opinions et la majorité, de crainte d'être lésée dans ses intérêts, par l'entrée en ligne de concurrents mieux armés, et partant plus dangereux, défend l'autonomie de la profession de dentiste avec une ardeur et des arguments dignes d'attirer votre attention.

Soutenir l'autonomie de la profession de dentiste, c'est à notre avis défendre une cause fausse en soi et préjudiciable au public et au monde médical ; soutenir l'autonomie de la profession dentaire, c'est faire croire que le rôle médical, indiscutable même aux yeux des plus convaincus, occupe le second plan par rapport à la partie manuelle et prothétique. Or ceci est faux, car, sans parler des maladies des dents et de leurs complications pour lesquelles il ne saurait y avoir de doute, et qui dominent si souvent la scène ; sans parler des cas nombreux où le praticien doit avoir recours aux divers anesthésiques, il est certain qu'aucun travail de prothèse, qu'il s'agisse d'appareils à plaque, d'appareils de redressements ou d'appareils à pont, ne saurait avoir une valeur quelconque si les principes qui ont présidé à sa construction ne correspondent aux données de clinique et de thérapeutique qui l'ont motivé et s'ils ne sont en rapport parfait avec les buts esthétiques ou physiologiques que le patient est en droit d'en attendre.

Les partisans de l'autonomie répondent que seul pourra prétendre à être dentiste celui qui aura commencé tout jeune à s'exercer manuellement au travail de l'atelier et, par ce raisonnement, semblent exclure de la profession le médecin dont les études générales et médicales absorbent l'activité jusqu'à vingt-cinq ans ; c'est là un des arguments les plus spécieux qui aient été invoqués contre la spécialisation du médecin ; pour moi, mes chers confrères, il ne faut point croire à cet argument, que ceux, qui sont intéressés à garder pour eux une profession honnêtement rémunératrice, cherchent à transformer en axiome ; non, il ne faut pas y croire, car il n'est pas vrai que le jeune homme de 16 à 18 ans, sans instruction, tel par exemple les élèves des Ecoles dentaires actuelles, soit seul qualifié pour être dentiste. Il ne le serait pas, si ses éducateurs professionnels s'en tenaient à un plan conforme à ces idées, car l'instruction, loin d'être préjudiciable à la perfection du travail manuel, l'aide dans de telles proportions qu'on peut dire sans crainte que la main exécute d'autant mieux que le cerveau conçoit plus clairement ; il ne l'est pas, en réalité, car le temps consacré par l'élève à son instruction professionnelle est surtout absorbé par l'étude de notions vagues de médecine et que le côté prothétique, en grande partie sacrifié, lui est pour ainsi dire inconnu quand il sort frais émoulu de l'Ecole.

Ceci est d'autant plus exact que les dirigeants de ces Ecoles ont cru devoir faire ajouter aux trois ans de scolarité jusqu'alors suffisants un stage de deux années ; mais ce stage ne saurait correspondre à quelque chose que s'il était fait exclusivement chez les praticiens de la ville qui peuvent seuls donner assez de travail au stagiaire pour l'intéresser et lui apprendre le côté pratique de la prothèse.

Or, cette condition n'est pas remplie.

Dans ce cas même le but ne serait pas atteint. Le dentiste ainsi formé sera peut-être un ouvrier instruit, mais non un opérateur capable, un spécialiste complet connaissant les deux parties principales de sa profession. Il ignorera la plus importante et connaîtra mal celle pour laquelle il pourra être suppléé par une catégorie d'ouvriers toujours plus capables en cette partie qu'il ne pourra espérer le devenir lui-même.

Il est vrai que, pour porter un défi à la thèse qu'ils soutiennent, les défenseurs de l'autonomie du dentiste, les défenseurs de la partie manuelle de la profession, s'empressent dans leurs réunions, dans leurs journaux et à toutes occasions, de traiter à peu près exclusivement des choses médicales de la profession et, dans celles-ci *de omni re scibili et quibusdam aliis* ; il est vrai aussi qu'au point de vue social ils ne craignent pas d'empiéter sur les droits du médecin : consultations, prescriptions, etc., à qui ils contestent d'autre part le droit d'examiner la dentition des enfants dans les écoles ; enfin au point de vue social, tant leur semble inutile le titre de docteur en médecine, qu'ils s'efforcent d'obtenir des pouvoirs publics le titre de docteur en chirurgie dentaire ; ce titre-là, au moins, aurait pour eux l'avantage d'obliger à moins de travail et prêterait vis-à-vis du public à une confusion dont ont su bénéficier les dentistes étrangers et dont certains dentistes français seraient aujourd'hui heureux de bénéficier à leur tour.

Puisque je viens de toucher par un point aux services que peut rendre au public le médecin praticien, en l'espèce le médecin des écoles par l'application de ses données médicales générales à l'examen des dents, je tiens à attirer votre attention sur les services que seul peut rendre, au point

de vue de la médecine dentaire, le médecin de campagne à ses clients habituels.

Si grande qu'on veuille supposer la pléthore dans la profession dentaire, par ce fait que ne s'occupant que de sa profession limitée en soi, le dentiste ne peut avoir espoir de vivre dans les petites bourgades et sa présence ne saurait, au dommage du public, qu'y être intermittente et irrégulière ; au contraire, dans les plus petits bourgs, il y a toujours au moins un médecin en permanence, et lui seul est à même de satisfaire à tous les cas d'urgence, parce que médecin seul il peut y vivre de son travail et y demeurer.

Je dis même que si le médecin de campagne s'appliquait avant de s'établir à apprendre les choses simples et faciles de notre spécialité, il rendrait encore plus de services à ses semblables et verrait en même temps et de ce fait sa situation légèrement et honorablement améliorée.

Là encore, vous le voyez, mes chers confrères, le fait de la spécialisation du médecin est conforme aux intérêts moraux et sociaux du public et du corps médical.

Mais, Messieurs, quelle que soit la conviction des défenseurs de l'autonomie dentaire, quelle que puisse être la puissance des politiciens qui *soutiennent* la cause défendue par de vieux amis, vous pouvez être certains que la cause est jugée et l'avenir vous prouvera que plus forte que toutes les coalitions, la vérité va de l'avant.

J'espère que, malgré les efforts opiniâtres et constants déployés par ceux qui cherchent à en entraver l'évolution, l'art dentaire deviendra bientôt ce qu'il n'eût jamais dû cesser d'être, la stomatologie, une spécialité médicale.

Pour cela, mes chers confrères, il faut que vous aidiez dans leur tâche ceux qui poursuivent ce but et qui veulent rendre aux médecins une partie de l'art de guérir dont ils se sont volontairement privés et qui, au point de vue utilitaire, peut apporter un soulagement à la crise médicale en faisant entrer dans la répartition un nombre important de situations honorables.

Pour cela, il faut que nous défendions notre titre de docteur en médecine, qui nous a coûté tant de sacrifices et de labeur, que vous défendiez vos situations quand elles semblent menacées et que vous accordiez votre confiance à ceux qui se sont donné pour mission d'aider les jeunes confrères médecins à se spécialiser. J'ai dit à se spécialiser, je l'ai dit intentionnellement, car, pas plus en dentisterie qu'en toute autre branche de la médecine, il ne suffit d'être docteur en médecine pour être praticien. Avec l'étendue actuelle des sciences médicales, nul ne peut prétendre aujourd'hui tout connaître ; aussi chacun doit-il localiser son activité dans un champ limité, et je ne crains pas de dire que, tout comme le chirurgien, le laryngologiste, le gynécologue, l'accoucheur, le médecin praticien de médecine générale est aujourd'hui un véritable spécialiste.

De même que, soit au cours de leurs études, soit au sortir de la Faculté, tous les spécialistes apprennent leur spécialité, comme tous ses confrères, le stomatologiste doit apprendre la sienne, et ne croyez pas, Messieurs, que parce que je me suis attaché à faire ressortir devant vous jusqu'à maintenant l'importance du côté médical de notre profession, je veuille ignorer le côté manuel et les techniques opératoire et prothétique. Loin de moi cette pensée ; je dois même vous dire que, selon moi, c'est la partie la plus importante de la spécialisation du jeune médecin.

Il faudra évidemment que le jeune médecin qui se destine à la stomatologie apprenne l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique spéciales de la dent ; mais cela sera relativement vite acquis ; il faudra surtout qu'il apporte toute son application à la technique opératoire et aux travaux manuels de prothèse à l'atelier.

Là encore, la supériorité de la spécialisation devient manifeste, et ceux-là mêmes qui ont jusqu'à aujourd'hui formé ou aidé à former de jeunes médecins comme spécialistes, ont été frappés de la rapidité avec laquelle ces apprentis d'un nouveau genre, puisque instruits, progressaient rapidement dans leur adaptation aux travaux manuels.

Ainsi, vous le voyez, Messieurs, tout comme le premier venu, le docteur en médecine est susceptible de devenir un bon ouvrier ; mais d'autre part, il est capable de faire un dentiste complet, je veux dire un stomatologiste, à la condition qu'il se spécialise.

Fondée sur ces principes d'une spécialisation effective et réelle, l'Ecole française de Stomatologie exige deux années de scolarité de la part du médecin désireux de se spécialiser et les membres du Conseil de Direction de l'Ecole estiment que si deux années de technique opératoire et de travaux de prothèse à l'atelier sont indispensables, elles sont suffisantes pour faire du jeune confrère médecin un excellent spécialiste, un stomatologiste capable de rendre, par la notoriété qu'il s'acquerra dans le public en l'exerçant, une spécialité médicale aux médecins, qui à leur grand dommage, se l'étaient laissé ravir.

C'est pour nous aider à atteindre ce but, mes chers confrères, que je me suis permis d'attirer votre attention sur la stomatologie, dans l'espoir que vous voudrez bien, individuellement ou par l'appui de notre Société et de nos syndicats, joindre vos efforts aux nôtres et défendre contre les partisans de l'autonomie dentaire la spécialisation stomatologique du médecin.

Éd. Beltrami.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DU 1er CANTON DE ROUEN

Accidents du travail. Honoraires médicaux. Refus de nomination d'un expert, vu le temps écoulé depuis le traitement. L'absence de contrôle fait perdre au patron le droit de critiquer le traitement.

Attendu que, suivant exploit du ministère de Me Guéroult, huissier à Rouen, en date du 24 avril dernier, enregistré, le Dr Brasse réclame à R. frères le paiement avec intérêts de droit et

dépens d'une somme de 94 francs pour soins donnés à l'ouvrier Q., blessé au service des défendeurs ;

Attendu que ces derniers soutiennent ne pas devoir cette somme sous prétexte que le médecin du blessé comprend à tort dans sa note d'honoraire des pansements antiseptiques, alors que des pansements simples eussent suffi, étant donné le peu de gravité des blessures ;

Attendu qu'à la barre les défendeurs ont offert une somme de 38 francs ;

Attendu que ces offres ayant été refusées par le Dr Brasse, le mandataire de R. frères a demandé la nomination d'un expert qui serait chargé de dire si les pansements antiseptiques réclamés ne sont pas abusifs ;

Attendu que l'on ne saurait accueillir cette demande d'expertise ;

Qu'en effet il serait matériellement impossible à un homme de l'art de savoir s'il y avait lieu ou non de faire ces pansements antiseptiques, étant donné le temps écoulé depuis le moment du traitement ;

Qu'au surplus, l'*employeur, s'il jugeait le traitement mal employé, n'avait qu'à user du droit que lui accorde l'article* 4 § 3 *de la loi du* 9 *avril* 1898 *modifiée par la loi du* 31 *mars* 1905 *et de faire visiter le blessé par le médecin de son choix* ;

Attendu qu'en n'exerçant pas ce contrôle, MM. R. frères ont perdu tout droit à critiquer le traiment appliqué et doivent être condamnés à payer les honoraires qui leur sont réclamés par le Dr Brasse ;

Par ces motifs,

Le Tribunal, jugeant en dernier ressort, déclare les offres faites par R. frères insuffisantes ;

En conséquence, les condamne à payer au dit Brasse la somme de 94 francs avec les intérêts de droit ;

Les condamne en outre aux dépens, qui seront recouvrés comme en matière d'assistance judiciaire.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Les victimes du devoir. — Toute la presse française a rendu au Dr Mesny, mort de la peste à Kharbine, l'hommage que méritait son héroïque conduite.

La « Fondation Carnegie », destinée à récompenser les actes d'héroïsme, vient, sur la proposition de M. Lucien Descaves, de décerner sa médaille d'or à Mme Mosny, pour honorer la mémoire de son courageux mari.

— Le Dr Auvert, médecin aide-major de 1re classe des troupes du Maroc, pansait un blessé sur la ligne du feu. Tout entier à son devoir, il refusa de s'éloigner avant d'avoir achevé d'arrêter l'hémorragie et reçut en plein front une balle ennemie qui le tua net.

Saluons respectueusement cette nouvelle victime du devoir professionnel compris dans son sens le plus large. Inclinons-nous devant la dépouille de ce vrai combattant qui meurt en soldat, prouvant ains aux états-majors combien est spécieuse et futile la distinction qu'ils prétendent établir entre les officiers du commandement et ceux du service de santé.

L'exercice illégal. — Nous avons mentionné la condamnation d'un pharmacien qui, par la répétition illégale des ordonnances, avait facilité l'exercice de la médecine à un citoyen plus dépourvu de diplôme que de scrupules.

Nous avons eu à Alger un cas à peu près semblable. Seulement notre pseudo-confrère algérois ne délivrait pas d'ordonnance ; il opérait seul, prescrivant des douches, des massages et calmant les migraines ou autres manifestations nerveuses par un casque magnétique.

Condamné une première fois, au mois dernier, le « docteur psychologue » était poursuivi une deuxième fois pour le même délit.

Les hasards de la vie et des professions amènent des rencontres originales : les poursuites ont eu lieu à la requête du Syndicat médical, présidé par le Dr Murat ; la défense du prévenu a été présentée par Me Murat, avocat, le frère du sympathique président du Syndicat médical, qu'on ne saurait trop féliciter de son initiative.

D'après la *Dépêche algérienne*, le docteur psychologue a été condamné à 15 jours d'emprisonnement et 500 francs d'amende. Il a aussitôt interjeté appel du jugement.

(*Répertoire de Médecine et de Chirurgie* .)

L'Orchestre médical. — Sur la foi du *Bulletin médical,* habituellement bien informé, nous avons annoncé à tort la remise du concert donné par l'Orchestre le 13 juin. Nous nous excusons auprès de nos confrères de l'Orchestre et auprès de nos lecteurs, de nous être fait l'écho de cette fausse nouvelle.

Le concert a eu lieu à la date primitivement fixée, et il a remporté un très vif succès. Assistance nombreuse et choisie, exécution impeccable, sous la direction de maestro Busser, de l'ouverture de *Prométhée*, de la *Symphonie inachevée* de Schubert, des pièces brèves de Franck, de *Cosi fan tutto* de Mozart, sans préjudice des bravos chaleureux adressés à Mlle Trelli, pour son interprétation magistrale de l'air d'*Iphigénie,* et à Mlle Delcourt, dont le beau talent a fait valoir la mièvrerie et l'archaïsme pleins de charme des pièces qu'elle joua sur le clavecin.

Les chanteurs de la seconde partie se sont tirés à leur honneur des difficultés très réelles que comporte la production « à l'italienne » d'une œuvre scénique.

Et maintenant que nous avons dispensé aux artistes de l'O. M. les éloges qu'ils ont mérités, qu'on nous permette une petite critique. Le programme de ce concert ne comportait que du pur classique. Quelques entremets modernes, au milieu des plats de résistance, auraient heureusement varié le menu, surtout s'ils avaient été fournis par ceux de nos confrères qui se révélèrent des maîtres en composition musicale. Un peu d'éclectisme, Messieurs de l'Orchestre, ne sera pas pour déplaire à la foule qui est heureuse de vous applaudir.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 26 Dimanche 25 JUIN 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

L'ÉLECTION DU REPRÉSENTANT DES SYNDICATS MÉDICAUX

au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

Les Syndicats médicaux sont appelés à élire leur représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels le 16 *juillet* prochain.

M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, vice-président de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France, président d'honneur de la Mutualité familiale du corps médical français, qui a brillamment rempli durant ces dernières années les fonctions de délégué *élu* des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité, pose de nouveau sa candidature.

Est-il nécessaire de présenter aux lecteurs du *Concours* la personnalité si sympathique et universellement connue de M. Gairal ?

Est-il nécessaire de rappeler avec quelle autorité, avec quel tact, avec quel dévouement il a présidé tous nos grands Congrès de praticiens, il a dirigé tous nos efforts de défense professionnelle ?

Au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, M. Gairal, sans jamais rien abandonner de notre programme syndical (libre choix, paiement à la visite d'honoraires suffisants, etc.), a su s'imposer au respect et à l'estime des chefs de la Mutualité, et cela, à tel point qu'il fut élu délégué de ce Conseil à la commission de revision pour l'application de la loi de l'assistance obligatoire aux vieillards et aux infirmes.

Nous ne doutons pas que tous les Syndicats médicaux ne tiennent, en élisant à l'unanimité M. le Dr Gairal, à lui exprimer la haute estime et l'affection de tout le corps des praticiens français et accroître encore, si possible, son autorité au Conseil supérieur de la Mutualité.

Adresse de Monsieur le docteur Gairal aux Electeurs délégués par les Syndicats médicaux.

La durée du mandat de représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité, fixé par la loi du 1er avril 1898, et qui m'avait été, pour la troisième fois, confié en juillet 1907, est expiré.

Je viens en solliciter le renouvellement le 16 juillet prochain.

J'ai conscience d'avoir, de mon mieux, rempli les fonctions qui m'étaient dévolues, et tout en m'associant largement aux travaux de mes collègues, spécialement chargés d'étudier les questions qui intéressent la Mutualité, je me suis gardé d'oublier les intérêts particuliers que je représentais, dont j'avais pour ainsi dire la sauvegarde, et je n'ai jamais, en toute circonstance et en tout milieu, laissé échapper l'occasion de rappeler qu'ils étaient respectables au même titre que tous autres avec lesquels ils sont, du reste, parfaitement conciliables.

Si l'entente générale si désirable n'est pas encore obtenue, si des conflits, qui se font plus rares, cependant, s'élèvent encore de temps à autre, néanmoins les idées justes que nous défendons et que nous nous efforçons de propager sans trêve gagnent chaque jour du terrain peu à peu.

C'est ainsi que ces deux grands principes de la *liberté laissée aux mutualistes de choisir leur médecin*, et du *règlement des honoraires médicaux avec tarif à la visite*, qui, il y a dix années encore, trouvaient la Mutualité réfractaire et tout à fait intransigeante, voient aujourd'hui leur application réalisée dans maints endroits à la satisfaction de tous les intéressés.

Il nous appartiendra de développer toujours ce mouvement, tant par nos conversations, nos relations, notre travail en commun avec les chefs les plus autorisés de la Mutualité, qui leur accorde une confiance méritée et justifiée à tous égards, que par les rapports directs que nous pouvons avoir avec les mutualistes eux-mêmes au cours de leurs réunions d'Unions départementales, de Fédérations ou de Congrès.

Un résultat essentiel à obtenir, sur lequel nous continuerons à appeler l'attention des Mutualistes, et sur lequel porteront principalement nos efforts, est *la non-admission comme membres participants des gens aisés* auxquels leur situation permet de parer facilement, par leurs propres moyens, aux risques de la maladie, et dont la place dans les Sociétés est plutôt marquée dans les rangs des membres honoraires.

Ces personnes portent préjudice tout à la fois aux médecins et aux Sociétés de Secours mutuels, et l'intérêt bien entendu de ces dernières est de les évincer sans hésitation.

Telles sont les questions principales qui sont appelées à retenir notre attention sans négliger aucune de celles qui peuvent se présenter, et qui seront également l'objet de tout notre zèle et de toute notre activité.

Dr GAIRAL.

LES SERVICES MÉDICAUX
de l'Assistance publique.

Nous avons signalé bien fréquemment, au cours de ces dernières années, certains dénis de justice dont étaient victimes les confrères chargés de divers services publics. Nous apprenons aujourd'hui que M. le Professeur Lande, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, a présenté dans la séance du 21 juin 1911 le vœu suivant :

Le Conseil supérieur de l'Assistance Publique, considérant que le concours du corps médical est indispensable pour l'application des lois sociales (Assistance médicale gratuite, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, inspection des nourrissons et des enfants assistés, service de la vaccine, inspection des écoles, services d'hygiène, etc.) ;

Considérant qu'en dehors de cas d'une exceptionnelle rareté, ce concours a toujours été donné par les médecins avec un dévouement inlassable et une générosité absolue ;

Emet le vœu : qu'il soit procédé à une révision du règlement modèle de 1889 ainsi que de la loi de 1851 ;

Ou tout au moins que les médecins des services publics soient dotés d'un statut les mettant à l'abri de toutes mesures arbitraires et vexatoires de nature à compromettre leur honneur privé ou leur bon renom professionnel ;

Et, réserve faite de pénalités encourues pour fautes bien précisées, assurant à ces médecins les garanties nécessaires de possession et d'exercice des situations et fonctions qui leur auront été attribuées par les communes, les départements ou l'Etat.

Ce vœu n'a pas été discuté, et le président de la séance a invité son auteur à le déposer entre les mains de M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publique au Ministère de l'Intérieur.

Il nous appartient de fournir au nouveau président de l'Association Générale des Médecins de France, qui inaugurait ses fonctions par cette démarche en faveur de la généralité des membres du corps médical, de lui fournir, disons-nous, tous les documents les plus précis et les plus probants à l'appui de sa proposition ; nous prions nos confrères intéressés de nous procurer le plus tôt possible tous ceux qui sont parvenus à leur connaissance et de nous faire connaître tous les abus dont ils ont été les victimes.

PROPOS DU JOUR

La mort du Dr A. Guinard

Ancien Président du Syndicat des médecins de la Seine.

Le Corps médical tout entier a été douloureusement frappé par la fin tragique du Dr A. Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui met en deuil le Syndicat des médecins de la Seine, car le Dr A. Guinard, qui pendant trois ans fit partie du Conseil de notre grand Syndicat parisien, en accepta la présidence durant l'année 1898. Aucun journal n'a cependant relevé ce titre, qui donne au Dr A. Guinard de nouveaux droits à la reconnaissance des praticiens de la capitale.

A cette époque, le Syndicat des médecins de la Seine sortait à peine du berceau et, malgré les efforts de son fondateur, Le Baron, il avait peine à acquérir droit de cité au milieu des autres Sociétés médicales parisiennes.

Beaucoup de médecins, même parmi les praticiens, considéraient que c'était déchoir que de se syndiquer. Aussi, l'on ne fut pas peu surpris quand on apprit qu'un jeune et distingué chirurgien des hôpitaux, le Dr Guinard, avait accepté la présidence du Syndicat.

M. Guinard a exposé lui même, dans son discours à l'Assemblée générale du Syndicat du 27 novembre 1898, la sensation que produisit dans certains milieux son élection à la présidence.

« On a cherché, dit-il, avec plus ou moins de bienveillance, à scruter à cet égard mes idées de derrière la tête, et vous ne sauriez croire à quelles observations variées j'ai dû répondre dans des conversations familières. L'ambition, l'amour du panache, la fièvre du ruban rouge..., que sais-je ? Voilà les plus aimables des calculs qu'on me prêtait.

J'étais vraiment confondu que personne ne s'avisât de penser aux véritables mobiles qui me poussaient. Messieurs, la vérité était beaucoup plus simple. J'avais vu de près les misères du Corps médical ; j'avais moi-même, au début de ma carrière — et vous me permettrez de ne pas insister — j'avais, moi-même été aux prises avec les plus dures difficultés vitales. Plus heureux que tant d'autres, j'avais été favorisé du sort ; mais je m'étais toujours promis, aux jours de labeur et de peine, de ne jamais m'isoler dans l'égoïste individualisme des cœurs secs. C'est là tout le secret de ma conduite.

Le Dr Guinard prit du reste à cœur de remplir complètement son devoir de président et il sut toujours, avec énergie et tact, assurer la défense des praticiens syndiqués. C'est ainsi qu'il intervint courageusement deux fois dans des circonstances, pour lui infiniment délicates, auprès de deux de ses collègues des hôpitaux, morts aujourd'hui, qui avaient porté atteinte aux intérêts moraux et matériels de membres du Syndicat.

Après une année, il quitta volontairement la présidence en exposant les motifs de sa retraite, qui montrent bien par quel esprit de bon syndicalisme sa détermination était dictée :

Il faut, disait-il, que, chaque année, des éléments nouveaux infusent une ardeur nouvelle aux anciens et que le zèle des néophytes stimule la combativité de leurs aînés au Conseil.

Quant à la présidence, puisqu'il en faut une, je voudrais qu'elle fût pour ainsi dire anonyme, et que chaque membre du Conseil présidât à tour de rôle à nos délibérations. Un Président honoraire occuperait le fauteuil aux Assemblées générales. Nos statuts sont là et je sais bien qu'on ne va pas les changer ; je me borne donc à entrer dans les vues que je vous soumets et que je crois bonnes, en quittant la présidence après une année révolue et en vous priant d'appeler à votre tête un confrère qui apportera avec lui tout le cortège de ses sympathies et de ses influences ».

Lorsqu'après une période de troubles, une scission se produisit, et que la plupart des membres de la Faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux abandonnèrent le Syndicat des Médecins de la Seine, le Dr Guinard lui resta fidèle, et son nom est encore inscrit sur la longue liste des adhérents du Syndicat devenus trois fois plus nombreux depuis l'année où il fut appelé à la présidence.

Il a fallu que le destin, par une cruelle ironie, armât la main d'un inconscient pour frapper cet homme infiniment bon, en se méprenant affreusement sur les sentiments que le Dr Guinard témoignait à tous ses malades. Car nul plus que lui ne mit de douceur, de tact et d'humanité dans ses rapports avec ses malades d'hôpital.

Lorsqu'il fut appelé à faire à l'Hôtel Dieu un cours complémentaire de Clinique chirurgicale, il consacra sa leçon inaugurale à indiquer à ses élèves leurs devoirs d'humanité à l'égard des pauvres hospitalisés, et la prudence avec laquelle ils devaient apprécier, devant eux, les diagnostics et les traitements des praticiens qui les avaient préalablement soignés.

N'est-il pas cruel de constater que cet homme, qui portait si haut le respect de la vie et de la santé des autres, qui avec un tel souci, exigeait de ses élèves le tact et la discrétion les plus absolus dans l'appréciation de la conduite de ses confrères, ait été la victime des abus qu'il condamnait avec le plus d'énergie ?

Un malheureux au cerveau ébranlé, opéré par lui récemment, fut pris d'un véritable délire de persécution à la suite de paroles imprudentes et de jugements inconsidérés formulés par des médecins sur son état à la suite d'une

opération pratiquée par le Dr Guinard, s'il faut en croire ce que les journaux ont rapporté de l'instruction ouverte à la suite du crime.

Je parlai de mon cas à plusieurs spécialistes, aurait déclaré le meurtrier au juge d'instruction. Ils s'étonnèrent de la façon dont j'avais été traité. L'un d'eux, interne à l'hôpital St-Louis, me dit même que j'aurais pu guérir sans opération !

Au moment où cette révélation me fut faite, je jurai de me venger de l'homme qui m'avait délibérément mis dans l'état affreux où je me trouvais. »

Ainsi, ce serait de sottes paroles et des jugements imbéciles, paroles et jugements prononcés inconsidérément à l'hôpital, et dont tous les praticiens ont été une fois ou l'autre victimes, qui auraient causé la mort du Dr Guinard, dont la probité, l'humanité et les excellents sentiments confraternels pourront servir à jamais d'exemple aux médecins du monde entier.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les Orientations de la Médecine.

« Le livre ne parle pas, et sur les pages que vous retournez, la pensée est figée dans une expression immuable ; le livre est inanimé. La leçon, c'est la vie ... »

Cette opinion émise par le Pr F. Widal au cours de sa leçon inaugurale du cours de pathologie interne de la Faculté de Paris, est, si l'on se place à certain point de vue, l'expression de la réalité.

La leçon donne bien, en effet, l'illusion de la vie, si celui qui la fait est à la fois un savant et un artiste. Mais n'en est-il pas ici un peu comme dans les Arts ? Pour un Maître véritable, peintre ou sculpteur, dont le pinceau ou l'ébauchoir, guidé par le génie, donne naissance à de vivants chefs-d'œuvre, combien de toiles inertes, combien de figurines froides et sans expression ?

Un cours de pathologie est dans son essence un livre parlé, morne et immuable. C'est la clinique qui est la leçon vivante. C'est elle qui, par la présence du malade, anime les paroles du Maître, force l'attention de l'élève, l'oblige à soulever le voile mystérieux du diagnostic, à entrevoir le pronostic, à déduire le traitement. Et ce n'est certes pas le Pr Widal qui, en toute sincérité, viendra ici nous contredire, car nous pourrions lui rappeler ses tout premiers débuts dans l'enseignement clinique, il y a quelque vingt ans. Alors, avec une belle ardeur, véritablement épris du laboratoire et de l'hôpital, il savait tirer pour nous de brillantes et utiles leçons d'un champ cependant bien ingrat, celui des salles délaissées du vieil Hôtel-Dieu de Paris. Ces salles, annexes d'un service d'autopsie, étaient abandonnées par le Pr Cornil au zèle de son jeune assistant. Les chroniques, phtisiques et cardiaques, dont le Bureau Central les dotait à profusion, suffisaient aux leçons cliniques du Dr Widal, et le Pr Cornil, digne émule de Morgagni, pour un tout autre enseignement attendait patiemment son tour, qui ne tardait guère.

Chargé pour un temps d'enseigner la pathologie interne, jusqu'à l'époque, que nous espérons prochaine, où une chaire de clinique lui permettra de mettre en valeur toutes les ressources de son talent, M. F. Widal a, dans sa première leçon, publiée sous le titre : *les Orientations de la Médecine* (1), fait un saisissant tableau de l'évolution des sciences médicales au cours du dernier siècle. Cette leçon remarquable sort de la banalité coutumière de ces sortes de manifestations académiques. Nous croyons intéresser nos lecteurs en en faisant ici l'analyse.

***

L'attrait des découvertes nouvelles, affirme le Pr Widal, ne doit pas nous faire perdre de vue les conquêtes que le temps a consacrées. Chaque découverte imprévue dans les sciences médicales a, durant une époque, donné à la médecine une orientation nouvelle qui a absorbé souvent l'action scientifique au point de faire délaisser pour un temps les anciennes recherches, qui avaient cependant apporté leur part de progrès. Chaque époque a eu ainsi sa marche à l'étoile. Tour à tour l'anatomie pathologique, la physiologie, l'étiologie, ont été considérées comme le but principal de la pensée médicale. Il importe que la médecine n'ait pas une orientation unique, mais qu'elle continue de suivre des orientations diverses à travers toutes les voies que des sciences plus anciennes lui ont tracées.

Nous ne saurions admettre la hiérarchie dans les sciences médicales ; ce serait revenir à l'esprit de système qui a si longtemps entravé tout progrès. Les découvertes s'ajoutent et se complètent, elles ne se remplacent pas. Il n'est jamais de dernière page au livre d'une science.

En *symptomatologie*, les signes apparents de la maladie, qui, en quelque sorte, en sont l'expression spontanée, ont frappé tout d'abord l'esprit du médecin. Et, bien qu'aux symptômes apparents on ait ajouté la longue théorie des signes provoqués, les premiers n'en conservent pas moins toute leur importance et orientent même le médecin quand il a recours aux méthodes de la-

(1) F. Widal. — « Les orientations de la médecine », Paris, L. Maretheux, impr.

boratoire. Songerait-on à pratiquer une ponction lombaire, si des signes méningés apparents n'en indiquaient pas l'utilité ?

La séméiologie, comme toute science, est en progrès continus ; tous les jours, des symptômes nouveaux surgissent, grâce à la sagacité des observateurs. L'étude des symptômes méningitiques paraissait complète quand Kernig établit que l'impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse dans l'attitude assise était un des signes révélateurs les plus sûrs des lésions méningées. On avait depuis de longues années étudié les réflexes plantaires quand Babinski démontra que l'extension du gros orteil, après excitation de la région plantaire, indiquait la nature organique d'une hémiplégie et éliminait toute origine hystérique.

Le dernier mot ne sera jamais dit en séméiologie ; l'ingéniosité des médecins mettra tous les jours en évidence de nouveaux symptômes. Aucun ne sera négligeable, car tel signe aujourd'hui secondaire pourra demain, mieux expliqué, prendre la place prépondérante, et tel autre, de faible importance, pourra, par un concours de circonstances, suffire à déterminer une maladie.

Les sciences ajoutent tous les jours à nos anciens moyens d'investigation ; par elles, nos diagnostics bénéficient des procédés d'enregistrement et de contrôle qui leur donnent la rigueur de véritables expériences. Après les méthodes de la bactériologie, de la physique, de la chimie, nul ne peut prévoir le point où s'arrêteront les progrès de la séméiologie.

Ce fut une véritable révolution en médecine quand, sous l'impulsion de Laënnec, le clinicien dut s'efforcer, autant que possible, à déterminer exactement l'état des viscères qu'il croyait malades. L'école organicienne fit, de la lésion et non du symptôme, la définition de la maladie.

Grâce à elle, la médecine sortit de l'empirisme qui se borne à enregistrer des faits, pour entrer dans le domaine scientifique où l'on s'efforce d'établir des rapports.

Certes, nous savons bien aujourd'hui ce qu'il faut penser de la classification des maladies par organes, nous savons bien que le plus souvent l'organisme tout entier est atteint avec, ou même avant, l'organe qui paraît seul touché. Malgré cela, nous conservons cette classification commode, car l'importance de la localisation donne le plus souvent à la maladie son caractère.

L'intervention du microscope obligea la lésion grossière de l'organe à céder le pas à la lésion des tissus. Virchow créa la pathologie cellulaire. Des examens histologiques multipliés permirent de se rendre compte de la genèse et de l'évolution de la lésion.

On fit plus, on ne se borna plus à constater les lésions des organes et des tissus après la mort, on étudia les altérations cellulaires durant la vie dans le sang et les sérosités (hématologie, cytologie).

Le rôle d'observateur du médecin est l'inverse du rôle d'expérimentateur du physiologiste ; ce dernier connaît bien la cause des phénomènes qu'il étudie, puisque c'est lui qui la crée dans l'expérience ; l'inconnu qu'il recherche est l'effet. Le médecin observe des symptômes morbides qui sont des effets et dont il recherche les causes. Mais ces causes ne se bornent pas, comme le pensait l'Ecole organicienne, à la lésion de l'organe ou de la cellule ; il y a une vie qui reste mystérieuse dans cette cellule, et c'est seulement sur la connaissance des phénomènes de cette vie que le médecin pourra établir solidement les bases du pronostic et du traitement. Ce sont les altérations de la fonction des organes, l'insuffisance de ces organes qui sur plus d'un point dominent la pathologie. A côté des syndromes anatomiques qui indiquent la lésion, il y a des syndromes fonctionnels qui indiquent l'altération physiologique.

Qu'importe-t-il de savoir en soignant un brightique : est-ce la nature parenchymateuse ou interstitielle de la lésion rénale? Non. Il s'agit de savoir si, par insuffisance de l'élimination chlorurée, la maladie donnera naissance à des accidents d'urémie hydropigène, ou si par insuffisance de l'élimination de l'urée et de l'azote, elle donnera lieu à des phénomènes d'urémie sèche. L'examen de ces troubles fonctionnels du mal de Bright nous conduit plus loin que l'étude de la cellule, il nous oblige à entrevoir les actes moléculaires et à nous préoccuper des fonctions physico-chimiques des corps qui entrent en réaction dans l'organisme.

Les découvertes de Pasteur, à la fin du siècle dernier, ont fait connaître les causes des maladies transmissibles. L'infection a pu depuis être créée de toute pièce et étudiée dans tous ses détails.

On a pu mieux pénétrer les rapports de la maladie et de l'organisme. La fièvre typhoïde, par exemple, du jour où l'on a découvert le bacille typhique vivant dans le sang des malades, a cessé d'être une entérite spécifique, une dothiénentérie, mais est devenue une septicémie éberthienne à localisation intestinale secondaire.

Mais là, ne se sont pas bornés les résultats des découvertes bactériologiques, elles ont provoqué une véritable révolution dans la biologie normale ou pathologique. Une science nouvelle est née, la *sérologie*, qui comprend l'étude de l'organisme impressionné par les éléments morbides ou étrangers qui l'ont pénétré. Antitoxines, agglutinines, sensibilisatrices, agressines, lysines, précipitines, tous ces corps qui résultent de la réaction de nos cellules sous l'influence des toxines microbiennes ont fait plus que d'étendre nos méthodes de diagnostic, elles ont donné à la physiologie et à la chimie biologique des orientations nouvelles.

Ces réactions ne sont pas en effet particulières aux microbes et à leurs toxines, elles sont provoquées par l'introduction dans le sang de toute albumine étrangère. L'organisme pénétré par une substance protéique quelconque réagit en lui opposant une substance exactement opposée : tout antigène fait naître aussitôt un anticorps.

Chaque assaut morbide ou autre que nous su-

bissons laisse dans notre économie trace de son passage. Peut-être, trouvera-t-on là un jour la clef du mystère des tares ancestrales ou acquises et du tempérament.

Si nous sommes éclairés sur le mécanisme de l'immunité, la constatation des phénomènes d'anaphylaxie vient jeter quelque jour sur des accidents paradoxaux tout à fait surprenants.

Plus on étudie les réactions humorales de l'immunité, plus on est tenté de les rapprocher des réactions diastasiques qui se rencontrent dans tous les phénomènes de la vie. Les agglutinations, les précipitations, qui nous font voir nettement comment certains anticorps agissent sur les antigènes, deviennent pour nous de simples réactions physico-chimiques, quand nous apprenons la nature colloïdale du protoplasma et des divers éléments de nos cellules et que nous connaissons les propriétés des corps à l'état colloïdal.

Or, le grain de colloïde est un agrégat de molécules d'albumine et chacune de ces molécules est un édifice complexe formé d'atomes dont les éléments peuvent se prêter à des combinaisons infinies qu'on peut même figurer par des schémas stéréo-chimiques. Suivant la disposition de tel ou tel groupe atomique dans la molécule, cette dernière acquiert une affinité pour tel ou tel autre groupement atomique, qui lui permet de s'adapter à lui comme une clef s'adapte à une serrure, selon l'expression fort juste de Fischer.

Ces notions encore bien hypothétiques de la structure de la molécule permettent néanmoins la réalisation de progrès considérables dans le domaine de la thérapeutique. On est arrivé, en incorporant par synthèse tel ou tel radical à un composé chimique, à créer à volonté des séries de corps ayant des propriétés analogues ; on a pu ainsi fabriquer des produits ayant une affinité toute spéciale pour le protoplasma de certains parasites et formant avec eux des combinaisons inoffensives pour l'organisme. Ce serait dans cet ordre de faits qu'il conviendrait de classer les résultats obtenus par Ehrlich dans le traitement de la syphilis.

La thérapeutique commence donc, elle aussi, à sortir du domaine de l'empirisme, elle n'est déjà plus uniquement composée de trouvailles heureuses. Elle réglera bientôt de plus en plus son action sur la pathogénie même des maladies. Les propriétés électives des rayons de Röntgen et des effluves du radium sont heureusement appliquées au traitement des néoplasies superficielles et des maladies des organes hématopoiétiques. Nous pouvons suppléer par l'opothérapie à l'insuffisance des organes glandulaires. Enfin, nous possédons le moyen d'attaquer parfois le microbe dans la profondeur de l'organisme sans atteindre le malade.

Le Pr Widal, après nous avoir bien convaincus que l'on ne devait rien abandonner des lentes acquisitions du passé, nous a ainsi conduits au faîte d'où le regard découvre les lueurs annonciatrices des aurores prochaines. Il insiste sur l'importance de la chimie moléculaire où la médecine trouvera la dernière explication des phénomènes pathologiques, car au fond, dans notre organisme tout se réduit, dit-il, à une mutation de matière, une transformation d'énergie, un acte de nutrition. Nous devons suivre d'un œil attentif les progrès réalisés dans tous les domaines scientifiques.

Nous ne savons pas quelle surprise demain nous réserve. Mais pour nous médecins, une découverte vaut surtout par les moyens d'investigation qu'elle nous procure et par les armes qu'elle nous fournit contre les maladies. « C'est parce qu'elle s'attaque au problème de la vie et s'efforce d'en pénétrer le mystère que, de toutes les sciences, la médecine est la plus passionnante; elle n'en serait pas la plus noble si elle ne cherchait dans toute découverte un moyen de soulager la souffrance humaine. »

Et c'est sur cette phrase de véritable savant et de médecin convaincu que M. le Pr Widal a terminé sa leçon inaugurale de pathologie interne.

J. NOIR.

ACTUALITÉS MÉDICALES

A propos de 400 cas d'hystérectomie abdominale pour fibro-myomes utérins.

Le Docteur Albertin, chirurgien de la Charité de Lyon, analyse dans une communication à la Société des Sciences médicales de cette ville une importante statistique personnelle d'opérations pour fibromes utérins et en tire d'intéressantes conclusions pour l'histoire naturelle de cette maladie et pour les indications opératoires qu'elle comporte.

Cette statistique comprend 400 opérations abdominales, dont la majorité sont des hystérectomies subtotales. Tout en préférant cette variété d'hystérectomie qui dans les cas simples réduit la durée de l'intervention à 16 ou 28 minutes, M. Albertin ne repousse pas la totale, qui a ses indications ; il ne reconnaît par contre, à la myomectomie, que des indications tout à fait exceptionnelles.

Ces 400 interventions peuvent être, au point de vue des résultats, divisées en 3 groupes :

1er groupe. Femmes de moins de 40 ans ; 142 interventions ; 1 décès (mortalité : 0.7 %).

2o De 40 à 50 ans, 212 interventions ; 16 décès (mortalité 7,5 %).

3o Après 50 ans, 44 interventions ; 9 décès (mortalité 20 %).

Comme on le voit, la courbe de la mortalité opératoire suit fidèlement celle de l'âge. Presque nulle avant 40 ans, cette mortalité atteint 20 % après 50 ans.

C'est que les fibromes ne vieillissent pas impunément. Ils subissent à la longue des modifications qui rendent leur extraction plus difficile, et d'autre part, ils impriment à l'organisme des alté-

rations qui le rendent moins apte à supporter l'opération.

Les modifications locales sont d'une anatomie pathologique très variée, mais ces lésions infectieuses sont dominantes, qu'il s'agisse de l'aggravation progressive de salpingites concomitantes, ou de la gangrène de fibromes sous-muqueux, ou d'autres infections moins connues ayant pour point de départ un fibro-myome interstitiel que souvent on ne soupçonne pas de causer l'empoisonnement de l'organisme.

Les altérations de l'état général chez les femmes atteintes depuis longtemps de fibromes sont la conséquence des infections génitales à types variés, dont il vient d'être question, et aussi des compressions urétérale, vésicale, rectale et des pertes sanguines répétées.

Les troubles urinaires et vasculaires sont dominants, mais ils demandent à être recherchés avec le plus grand soin, car leurs signes cliniques sont souvent intermittents ou peu évidents. Il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent entraîner une déchéance progressive de l'organisme dont la cause première, le fibrome, passe parfois inaperçue.

Que devient, après un pareil tableau, l'ancien adage qu'en matière de fibrome,il faut tout espérer de la ménopause. Cette formule, dit M. Albertin, correspond à la période où Spencer Wells écrivait : « Si un chirurgien qui ouvre le ventre, croyant trouver un kyste de l'ovaire, trouve un fibrome, il doit le refermer, l'ablation étant impossible ou mortelle ».

Une statistique de Pellanda montre que l'âge moyen des cas mortels de fibromes non opérés est de 45 ans. Pour obtenir une amélioration problématique, les femmes atteintes de fibrome auront donc d'abord à traverser l'âge critique où le fibrome est le plus dangereux et que d'ailleurs la présence de la tumeur prolonge avec ses misères non sans dommages pour l'organisme.

Il arrive qu'après avoir ainsi supporté de la part de leur fibrome toutes sortes de maux et laissé s'établir de graves désordres physiologiques, des femmes viennent demander à la chirurgie une opération que leur état général contre-indiquerait, s'il ne fallait cependant la tenter comme l'unique chance de salut.

En terminant, M. Albertin fait allusion aux moyens palliatifs employés contre les fibromes et dont les chirurgiens ne demandent qu'à constater par eux-mêmes les résultats quelquefois « trop brillamment et trop bruyamment annoncés ». Il souhaite que les médecins complètent par l'apport de leurs observations personnelles cette histoire naturelle des fibromes à laquelle il vient de fournir une importante contribution et conclut, au point de vue du pronostic opératoire :

« Plus le myome est jeune, plus la femme est jeune, plus certaine est la guérison ; 142 interventions avant la ménopause, avec un seul cas de mort, justifient cette conclusion ».

Contribution à l'étude du régime des corps gras dans le traitement du diabète sucré.

Le régime gras que F. Maignon a établi à la suite de ses recherches expérimentales et que Vallerix étudie aujourd'hui dans sa thèse (1), diffère de ceux de Rollo, Bouchardat, Cantani, Seegen, qui préconisaient aussi les graisses dans une large mesure. En effet, il est basé sur des idées physiologiques précises, relatives au rôle des graisses dans la glycogénie. D'autre part il permet de faire tolérer au malade des quantités suffisantes de corps gras : 1° en les administrant après leur avoir fait subir des transformations analogues à celles qui se passent dans la digestion des graisses (émulsion et saponification partielle), 2° en ramenant l'acidité urinaire à son taux normal par l'administration de bicarbonate de soude. Dans ces conditions,l'acétonurie,lorsqu'elle existe diminue au lieu d'augmenter et finit par disparaître. L'emploi judicieux des alcalins permet donc un usage abondant des corps gras, même chez les diabétiques acétonuriques, sans que l'on ait à redouter les dangers de l'acidose.

Les résultats cliniques de ce traitement sont tout à fait nouveaux en ce qui concerne les diabètes maigres juvéniles, à dénutrition intense et évolution rapide. Le sucre disparaît en quelques semaines, l'urée est ramenée à son taux normal ; à l'amaigrissement succède une augmentation importante du poids et l'on assiste au relèvement de l'état général et de toutes les fonctions.

Dans les cas de diabète sans dénutrition,l'usage des corps gras permet d'obtenir, beaucoup plus facilement qu'avec le régime seul, la disparition du sucre et une amélioration de l'état général, beaucoup plus marquée.

De toutes les huiles émulsionnées et saponifiées la meilleure est celle préparée par Maignon sous le nom de goléane ; quant aux doses d'administration, elles varient suivant les conditions pathologiques de chaque sujet et les tolérances individuelles.

Ce traitement est contre-indiqué dans le cas de diabète avec albuminurie substitutive, lorsque la diminution du sucre est accompagnée d'une aggravation de l'albuminurie avec sigues de néphrite.

Une intolérance absolue vis-à-vis des corps gras constitue encore une contre-indication évidente du traitement ; cette intolérance peut tenir à des troubles des fonctions hépatiques ou pancréatiques.

Indépendamment des cas d'intolérance résultant d'états pathologiques spéciaux, il y a lieu d'envisager le degré de tolérance individuelle qui peut varier avec chaque sujet ; mais dans la grande majorité des cas, la préparation est bien supportée.

La Bartholinite.

Récemment M. le Dr Pozzi a consacré une leçon à l'étude de la bartholinite et de son traitement.

(1) Thèse de Lyon, mai 1911.

Cette affection, d'origine habituellement gonococcique, est d'une étonnante ténacité et d'une grande facilité de récidive qui doivent engager le praticien à appliquer un traitement radical dès le début.

Voici comment M. Pozzi décrit le traitement : deux phases sont à envisager dans l'évolution de cette affection : une phase aiguë et une phase chronique.

« Dans la phase aiguë, s'il n'y a menace d'abcès avec fièvre, on commencera par calmer les phénomènes infectieux et inflammatoires : la femme sera mise au repos, on fera des applications chaudes sur la vulve. Il est surtout important de bien séparer les surfaces des grandes et petites lèvres par des tampons imprégnés d'un antiseptique qu'on interposera entre elles. Si on a simplement affaire à une suppuration du canal, le simple pansement par séparation des surfaces suffit le plus souvent à amener la disparition rapide des symptômes et on a vu ainsi des bartholinites très aiguës guérir spontanément.

« Si l'abcès se produit avec fluctuation, il ne faut pas tarder à l'ouvrir largement, au point de plus fluctuant, dans le sens longitudinal, de façon à ce qu'il ne reste pas le moindre clapier.

« Faut-il à ce moment, aller plus loin, et tenter l'ablation de la glande malade ?

« Il est certain que si on peut sans inconvénient aller saisir au fond de la plaie les débris de la glande et les exciser avec des ciseaux, cela vaut mieux ; ce qu'il faut surtout, c'est ébarber le fond de la plaie, mais avec l'idée qu'on n'enlèvera pas toute la glande. Du reste, il arrive parfois que cette large incision et le nettoyage du fond de la plaie amènent la guérison ; malheureusement, et presque toujours, la glande qui reste entraînera la chronicité de l'affection et on est obligé de l'enlever.

« Quand on incise la glande de Bartholin et surtout quand on enlève des morceaux de la glande, il faut faire très attention de ne pas sectionner le nerf honteux interne, accident qui arrive fréquemment et entraîne l'anesthésie complète de tout un côté de la vulve.

« *Phase chronique.* — Quand on se trouve en présence d'une femme atteinte de bartholinite chronique, il faut pour la débarrasser de son infirmité et lui procurer une guérison absolue, pratiquer une véritable petite opération.

« On a bien proposé comme traitement de faire des injections modificatrices, sclérosantes, mais ce procédé est très infidèle et on n'obtient que des résultats très imparfaits. Le véritable traitement consiste dans l'extirpation complète de la glande.

« La dissection peut découvrir une glande assez volumineuse, mais d'autres fois, elle n'est pas très augmentée de volume, seuls les canalicules sont très infectés. Il faut alors faire une dissection très minutieuse de façon à enlever toute la glande et ne laisser aucun diverticule. Cette dissection très soignée une fois terminée, on fermera complètement la plaie avec des fils profonds et des fils superficiels et on obtiendra ainsi une guérison radicale et complète. »

Hémorrhagies dans les affections hépatiques.

Les affections du parenchyme hépatique provoquent fréquemment des hémorrhagies dans des régions fort différentes : fosses nasales, utérus, rectum et intestin, larynx et bronches, etc. Les plus fréquentes sont les épistaxis, qui constituent un des symptômes habituels de toutes les affections hépatiques. Les métrorrhagies, quoique moins fréquentes, sont loin d'être rares. Enfin, on observe de temps en temps des hémorrhagies intestinales abondantes.

Récemment, M. Chauveau a relaté un cas d'hémorrhagie laryngée, relativement considérable chez une personne atteinte de cirrhose du foie, avec ascite. Cependant, cette malade n'avait pas présenté d'hémorrhagies sauf quelques petites épistaxis et des hémorragies gingivales.

« M. Chauveau qui a déjà fait connaître des hémorragies pharyngo-laryngées, chez des hépatiques fait remarquer qu'on a signalé assez fréquemment des hématomes spontanés des cordes vocales inférieures, à la suite d'efforts vocaux violents par rupture de fibres du muscle thyro-aryténoïdien ; mais, en général, il n'y a pas d'hémoptysie importante.

« D'autre part, au cours des maladies du foie, et surtout de la cirrhose atrophique, les hémorragies sont, comme on le sait, fréquentes un peu partout, par suite d'une dystrophie des parois vasculaires et de l'altération de la crase sanguine ; celles du larynx sont exceptionnelles. Beaucoup de traités, comme celui de Heymann, n'en parlent pas.

« La laryngite sèche, les végétations, les congestions actives, les ulcérations, donnent parfois quelques crachats sanglants. Seule, et rarement, la périchondrite syphilitique est la cause de véritables laryngorragies.

« Par son abondance même, l'hémorrhagie laryngée pourrait en imposer pour une hémoptysie d'origine pulmonaire d'autant mieux que le sang n'est mêlé ni au mucus, ni à du pus. »

L'anesthésie générale en rhino-laryngologie.

Dans une récente thèse, M. le Dr Raymond Bugeaud, de Paris, a étudié les divers procédés d'anesthésie générale, applicables aux différentes opérations rhino-laryngologiques et voici en quelques lignes les résultats de ses observations :

Pour les interventions de courte durée, l'anesthésique de choix est le chlorure d'éthyle administré avec le masque de Camus, mais il est très important d'en régler minutieusement la technique.

Il faut obtenir une narcose parfaite et de durée suffisante, conditions rendues difficiles par ce fait que l'anesthésieur et l'opérateur se rencontrent la plupart du temps sur la même région (adénoïdotomie, amygdalotomie). L'auteur résume ainsi la technique de l'administration du chlorure d'éthyle.

« Il faut proportionner la dose du narcotique à l'âge du malade : 1 cent. cube de 2 à 8 ans ; 2 cent. cubes de 8 à 16 ; 3 cent. cubes au-dessus de 16 ans ;

appliquer convenablement le masque, réaliser un dégagement régulier des vapeurs inspirées.

« L'emploi de l'ouvre-bouche est le plus souvent indispensable, quand on opère dans la cavité buccale. La technique de choix serait celle employée par Lubet-Barbon. Un aide est placé derrière le sujet et donne le chlorure d'éthyle ; aussitôt la résolution musculaire obtenue, il met de côté le masque, maintient droite la tête en face de l'opérateur. Celui-ci tient de sa main droite l'ouvre-bouche rétro-malaire du docteur Legroux, de sa main gauche celui du docteur Doyen. Le premier instrument est introduit derrière les dernières dents et ouvre la bouche ; le second ouvre-bouche est alors placé dans l'écartement des dents antérieures ainsi réalisé et dans une position perpendiculaire à celle qu'il doit occuper. L'aide saisit alors l'appareil, le place dans une position horizontale et l'ouvre. La durée de cette manœuvre est de 3 secondes.

« A côté du chlorure d'éthyle, l'auteur cite le bromure d'éthyle, le somnoforme, le protoxyde d'azote.

« Pour les opérations de longue durée, c'est au cloroforme ou à l'éther que d'ordinaire s'adressent presque tous les oto-rhino-laryngologistes. Mais ici encore, il est préférable de faire précéder l'anesthésie chloroformique de l'administration du chlorure d'éthyle. On supprime ainsi l'angoisse du début de la chloroformisation et l'on réalise une grande économie de temps opératoire. Toutefois, il est nécessaire d'assurer un passage sans interruption du sommeil par le chlorure d'éthyle à l'anesthésie par le chloroforme.

« Le dispositif ingénieux de Lemaitre qui associe le masque de Camus à l'appareil de Ricard réalise cette condition. En tous cas, lorsque le masque est gênant, l'anesthésie peut être communiquée à la compresse. »

Pour les interventions graves, laryngotomie, ou laryngectomie, il faut avoir recours à la trachéotomie préalable et à l'anesthésie par les appareils de Sébileau-Lemaître et de Lombard, avec position de Trendelenbourg.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Albuminurie acéto-soluble.— Cyto-diagnostic des affections de l'estomac. — Manie de la piqûre chez les morphinomanes. — Oosporose pulmonaire. — Traitement de la syphilis nerveuse par le 606. — Spirochétémie au cours d'une appendicite aiguë.

M. P. Lereboullet présente à la *Société médicale des hôpitaux* un rapport sur un travail de M. Jean Minet (de Lille), concernant un cas curieux d'*albuminurie acéto-soluble.*

La recherche de l'albumine dans l'urine, pour simple qu'elle paraisse, offre parfois certaines difficultés inhérentes à la diversité des albumines urinaires et aux réactifs employés pour les déceler. La cause d'erreur la plus fréquente consiste dans l'acéto-solubilité de l'albumine dans l'urine ; celle-ci se coagule par la chaleur, mais le précipité se redissout dans une quantité minime d'acide acétique, tout comme s'il s'agissait de sels terreux.

Le phénomène de l'acéto-solubilité n'est pas extrêmement rare, bien qu'insuffisamment connu encore de beaucoup de médecins. M. Minet l'a observé plusieurs fois et il a pu suivre en particulier un malade chez lequel l'élimination de l'albumine par le rein se fit dans des conditions spéciales et suivant un rythme véritablement curieux. Pendant un an et demi, ce malade a éliminé de façon à peu près continue de l'albumine soluble dans l'acide acétique. L'urine précipitait en masse par la chaleur et le précipité se redissolvait en présence d'une trace d'acide acétique. L'emploi des divers autres réactifs de l'albumine (acide azotique, réactif de Tanret, acide trichloroacétique) décelait une albuminurie notable. A l'état habituel, l'urine ne contenait pas d'albumine insoluble dans l'acide acétique. Mais, à quatre reprises, tandis que l'albumine acéto-soluble disparaissait de l'urine, on y trouvait en revanche, de l'albumine acéto-insoluble. L'apparition de celle-ci coïncidait d'une part avec la disparition de celle-là. et d'autre part avec une aggravation manifeste dans l'état clinique du patient.

On conçoit aisément comment, au premier abord, si l'on ne pense pas à la possibilité de l'acéto-solubilité de l'albumine, on peut considérer un tel malade comme atteint d'albuminurie intermittente, *l'albumine acéto-soluble étant prise* pour des sels terreux. Chez ce malade, l'élimination de l'albumine acéto-soluble coïncidait avec les périodes où le régime hypotoxique et hypochloruré était suivi. Lorsque le régime cessait d'être suivi, la quantité d'albumine acéto-soluble augmentait ; puis, survenait la triade caractéristique : apparition de l'albumine acéto-insoluble ; disparition de l'albumine acéto-soluble et aggravation dans l'état clinique du patient

— M. Loeper et Binet exposent à la *Société médicale des hôpitaux* les résultats de leurs recherches sur le *cyto-diagnostic des affections de l'estomac.*

Les auteurs conseillent de pratiquer l'examen à jeun, et ils procèdent de la façon suivante : le malade n'ayant rien pris depuis la veille, on introduit la sonde dans l'estomac et on extrait le liquide résiduel quand il en existe. On fait ensuite un premier lavage avec 250 centim. cubes d'eau ordinaire. Nouvelle extraction. Enfin, introduction, puis extraction immédiate de 250 c. c. de sérum physiologique. C'est sur ce second liquide seul que portent les recherches.

L'examen cytologique du liquide permet de rencontrer 3 variétés d'éléments cellulaires : des leucocytes, des globules rouges, des cellules de l'estomac. Les leucocytes indiquent une gastrite inflammatoire. Les globules rouges révèlent les hémorrhagies stomacales. Le traumatisme dû à la sonde et les efforts de vomissements peuvent parfois produire une légère érosion de la muqueuse et faire apparaître quelques globules rouges dans le liquide de lavage. Mais ces globules rouges sont intacts, alors que ceux des hémorrhagies patho-

logiques sont modifiés. Quant aux cellules épithéliales, leur présence en grand nombre et leurs altérations sont des signes de gastrite. Leur diagnostic n'est pas toujours facile avec les cellules cancéreuses. Quelquefois net, ce diagnostic différentiel est, d'autres fois, embarrassant.

MM. Loeper et Binet pensent que l'examen cytologique du culot de centrifugation des liquides de lavage de l'estomac est appelé à rendre de réels services en clinique. Il leur a montré le rôle, en pathologie gastrique, des gastrites atténuées. Pour eux, beaucoup de malades considérés simplement comme dyspeptiques sont en réalité atteints de gastrite à des degrés variables.

— M. Morel-Lavallée revient, à la *Société médicale des hôpitaux,* sur la *cure de la morphinomanie.*

Le problème de la guérison des morphinomanes, dit-il, se complique du plaisir vicieux que trouvent ces sujets à se faire des piqûres et à s'en faire le plus grand nombre possible. Le premier acte du traitement sera d'agir sur cette manie de la piqûre que l'auteur qualifie de l'appellation nouvelle de *kentomanie.*

— MM. Marcel Garnier et Bory communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un nouveau cas d'*oosporose pulmonaire à forme de bronchectasie.* La patiente était atteinte d'une affection ayant tous les caractères cliniques de la dilatation des bronches. On trouvait dans les crachats une oospora voisine de l'*oospora pulmonalis* dont on put démontrer le rôle pathogène par la méthode de déviation du complément.

Ce cas, rapproché de ceux déjà publiés, montre l'importance des oospora dans la pathogénie des affections du poumon évoluant sous l'aspect clinique de la dilatation bronchique. La forme bronchectasique n'est peut-être pas d'ailleurs la plus fréquente parmi celles que peuvent revêtir les maladies pulmonaires à oospora ; mais elle semble la plus typique. L'étude bactériologique des crachats et la recherche de la déviation du complément sont les deux moyens actuellement capables d'assurer le diagnostic.

— MM. Sicard et Marcel Bloch font, à la *Société médicale des hôpitaux,* une communication sur le *traitement du tabes et de la syphilis nerveuse par le « 606 ».*

Les auteurs se sont adressés à la voie intra-veineuse et ils ont eu recours à la méthode des petites doses répétées. La plupart des tabétiques paraissant supporter mal l'injection intra-veineuse de doses supérieures à 0 gr. 40, ils se sont imposé, en règle générale, de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 30 chez les tabétiques hommes et de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 chez les tabétiques femmes. Ils conseillent une série de six injections, séparées l'une de l'autre par un intervalle d'une dizaine de jours. Sous l'influence du traitement, ils ont vu le syndrome tabétique s'améliorer, les douleurs s'atténuer, les troubles vésicaux s'amender, la démarche devenir plus assurée, en même temps que l'état général bénéficiait de la cure.

Mais, si le tabès et d'autres syndromes méningés syphilitiques ont pu réellement être améliorés par cette médication, il n'en a pas été de même pour la paralysie générale dûment diagnostiquée. Les tentatives sur sept paralytiques généraux sont restées vaines, même après craniectomie double et décortication pie-mérienne faite en vue de faciliter l'arrivée arsenicale au niveau des centres nerveux.

— MM. Thiroloix et Durand rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *spirochétémie au cours d'une appendicite aiguë.*

La malade présenta des accidents d'appendicite aiguë avec troubles généraux septicémiques graves (température élevée, pouls fréquent, dyspnée, déterminations pleuro-pulmonaires). Le traitement local de l'appendicite et les médications générales (électrargol, quinine, etc.) restèrent sans effet. L'hémoculture ayant montré qu'il y avait septicémie et que cette septicémie relevait d'une association de spirochètes et de bacilles petits et incurvés, M. Thiroloix tenta l'emploi du « 606 », médicament des spirilloses. Après injection intraveineuse de 0 gr. 25 de « 606 », la température descendit de un degré et les phénomènes généraux s'amendèrent. Une nouvelle dose de 0 gr. 50 d'arséno-benzol arrêta l'évolution de l'état septicémique. Il s'est agi d'une spirochétémie, d'une infection sanguine par un spirochète, distinct, par ses caractères, des spirochètes connus.

M. Milian remarque que la symbiose (spirochète et bacille) observée chez cette malade ressemble étrangement à la symbiose fuso-spirillaire de l'angine de Vincent, qui cause aussi la balano-posthite érosive de Berdal et Bataille. M. Milian pense que les germes de la balano-posthite peuvent également passer dans le sang.

P. L.

EXAMEN CLINIQUE DES URINES

Recherches des phosphates et des chlorures dans une urine.

I. — Phosphates.

L'urine contenant normalement des phosphates, il n'y a pas lieu d'en faire la recherche qualitative ; leur dosage seul est intéressant, à côté de celui de l'urée, car il permet d'évaluer le rapport $\frac{\text{Acide phosphorique}}{\text{urée}}$ ou phosphaturie relative qui, dans une urine normale, a une valeur presque constante, et voisine de 1/9 et dont la variation indique un état pathologique.

L'acide phosphorique se dosant toujours au moyen d'une solution titrée d'azotate d'urane, et ce réactif précipitant également l'albumine, il est indispensable d'opérer toujours sur une urine débarrassée d'albumine par action de la chaleur ; il n'est d'ailleurs pas nécessaire de filtrer après la coagulation, l'albumine ainsi précipitée n'absorbant plus les sels d'urane.

Si l'urine est trouble, s'il s'y forme un dépôt blanchâtre, il faut bien se garder de la filtrer ; il faut au contraire redissoudre le précipité au moyen d'une solution d'acide acétique; le dépôt blanchâtre pouvant contenir des phosphates de chaux ou de magnésie insolubles, surtout en liqueur neutre ou alcaline, mais solubles dans les acides, l'élimination de ces phosphates entraînerait une erreur importante.

Réactifs. — Pour effectuer le dosage, il faut se procurer les trois solutions suivantes :

A. Azotate d'urane.................... 40 gr.
Eau distillée.......q. s. p. dissoudre 500 gr.

On dissout le sel dans l'eau, on ajoute goutte à goutte de l'ammoniaque jusqu'à trouble persistant, puis de l'acide acétique pour redissoudre le précipité. On complète enfin le volume à 1 litre avec de l'eau distillée.

B. Acétate de soude................. 50 gr.
Acide acétique.................... 25 gr.
Eau distillée..............q. s. ad. 500 cmc.

C. Phosphate de soude pur (en cristaux non effleuris).................. 5 gr. 043
Eau distillée..............q. s. ad. 500 cmc

On peut avantageusement remplacer les 5 gr. 043 de phosphate de soude par 3 gr. 240 de phosphate acide d'ammoniaque qu'il est plus facile d'obtenir pur et sec (Joulie). 100 cmc. de cette solution renferment exactement 0 gr. 20 d'acide phosphorique P^2O^5.

Titrage de la solution d'urane. — On place dans une capsule de porcelaine ou dans tout autre vase pouvant être chauffé, 50 cmc. de la solution phosphatique, ce qui correspond à 10 cent. d'acide phosphorique P^2O^5, on ajoute 5 cmc. de solution d'acétate de soude et XV gouttes de teinture de cochenille officinale et on chauffe à commencement d'ébullition. On fait tomber goutte à goutte la solution d'urane, en agitant avec une baguette de verre. Chaque goutte produit en tombant une tache vert olive qui disparaît par agitation au milieu du liquide rose ; quand le liquide vire entièrement du rose au vert, la coloration ne disparaissant plus par agitation, même au bout de 2 ou 3 minutes, l'opération est terminée. On lit le chiffre de la burette et on ramène par addition d'eau distillée la solution d'urane à un volume tel que 20 cmc. correspondent exactement à 50 cmc. de solution de phosphate de soude. Soit A le nombre de centimètres cubes de solution d'urane employés ; à ces A cmc. il faudra ajouter 20 A cmc. d'eau. *Il faudra donc ajouter à la solution totale autant de fois 20 A cmc. d'eau que le volume de cette solution contient de fois A cmc.*

Ce résultat obtenu, 10 *cmc. de solution d'urane correspondent exactement à 1 gr. d'acide phosphorique par litre de solution à titrer.*

Dosage de l'acide phosphorique dans l'urine. — Le dosage s'effectue exactement comme le titrage de la solution d'urane, on opère de même sur 50 cmc. d'urine. Soit N le nombre de centimètres cubes de solution d'urane, la teneur de l'urine en acide phosphorique est en grammes par litre.

$$x = \frac{N}{10}$$

Cette méthode avec la cochenille comme indicateur de fin de réaction est plus pratique que l'ancien procédé qui consistait à additionner l'urine de solution de nitrate d'urane jusqu'à ce qu'une goutte de mélange donne avec une solution de ferrocyanure de potassium une légère coloration brun-rouge. Mais elle ne peut s'employer avec les urines trop colorées ; il faut dans ces cas diluer l'urine de moitié ou la décolorer au moyen du noir animal, après redissolution du précipité de phosphate qui peut s'y trouver.

Le dosage opéré avec les précautions indiquées est d'une précision presque comparable à celle des dosages pondéraux.

II. — Chlorures.

Le dosage des chlorures dans une urine est encore plus simple que celui des phosphates ; la teneur moyenne pour une urine normale est de 8 gr. 50 par litre environ. Le dosage s'effectue toujours au moyen d'une solution titrée de nitrate d'argent, le procédé par pesée à l'état de chlorure d'argent étant bien plus long et plus délicat.

On peut opérer sur l'urine elle-même, mais dans ce cas les résultats manquent d'exactitude, les matières organiques et l'albumine en particulier étant susceptibles d'absorber une certaine quantité de nitrate d'argent ; de plus si l'urine est colorée, il est impossible d'apprécier la fin de la réaction, dans le dosage.

Il faut donc, avant d'effectuer le dosage, détruire au préalable les matières organiques, soit par calcination, procédé long et délicat, soit pa la méthode de M. Denigès.

On chauffe à l'ébullition 10 centimètres cubes d'urine avec 4 gouttes d'acide sulfurique pur et 0 gr. 03 de permanganate de potasse ; on retire du feu et on sature l'acide sulfurique par addition de carbonate de chaux pur, exempt de chlorures, jusqu'à cessation d'effervescence ; on filtre sur un filtre sans pli, lave la capsule et le filtre, réunit les eaux de lavage à l'urine et acidule par l'acide acétique. C'est sur l'urine ainsi traitée que l'on effectue le dosage.

Réactifs. — On prépare d'abord les 2 solutions

A. Nitrate d'argent.................. 2 gr. 90
Eau distillée....................... 100 gr.

Cette solution est telle que 1 cmc. correspond exactement à 0 gr. 01 de chlorure de sodium. *Le nombre de centimètres cubes de cette solution employés pour précipiter tous les chlorures contenus dans 10 cmc. d'urine représente en grammes et par litre la quantité de chlorure de sodium contenue dans l'urine.* Cette solution, altérable à la lumière, doit être conservée dans un flacon coloré et de préférence dans un cabinet obscur.

B. Chromate jaune de potassium....... 5 gr.
Eau distillée............q. s. ad.. 100 cmc.

Dosage. — Pour effectuer le dosage, 10 cmc. d'urine sont traités comme il a été dit précédemment puis la solution, ainsi privée de matières organiques, est additionnée de 10 gouttes environ de chromate jaune, puis à l'aide d'une burette graduée à 10e de centimètre cube, on fait

tomber goutte à goutte la liqueur titrée de nitrate d'argent, en agitant avec une baguette de verre ; il se forme un précipté blanc jaunâtre de chlorure d'argent ; on ajoute du nitrate d'argent jusqu'à ce que ce précipité vire au rouge par formation de chromate d'argent. Soit N le nombre de centimètres cubes de solution de nitrate d'argent employés, l'urine renferme N grammes de chlorure de sodium NaCl par litre.

Présence d'un iodure ou d'un bromure. — Le résultat ainsi obtenu n'est exact que s'il n'existe pas dans l'urine d'autres produits susceptibles de précipité par le nitrate d'argent, ce qui se produit dans le cas où le malade est soumis à un traitement bromuré ou ioduré ; le chiffre trouvé est alors trop fort. Il faut, dans ce cas, avant d'effectuer le dosage, éliminer le brome et l'iode ; le procédé le plus commode consiste à les précipiter à l'état de bromure et d'iodure cuivreux. On prend 20 centimètres cubes d'urine additionnés de 20 cmc. de solution à 10 % de sulfate de suivre, on chauffe à commencement d'ébullition et on additionne d'une solution cencentrée de gaz sulfureux (ou de bisulfite de soude et acide chlorhydrique); il se formé un précipité blanc jaunâtre de sels cuivreux, on filtre, lave le filtre et complète le volume du filtrat à 100 cmc. On divise en deux parties égales correspondant chacune à 10 centimètres cubes d'urine ; chacune de ces parties, privée de gaz sulfureux par ébullition, servira à faire un dosage de chlorure par la méthode ordinaire. Le résultat ainsi obtenu sera exact et le précipité argentique ne renfermera plus que du chlorure d'argent.

Les résultats ainsi obtenus par volumétries, tant dans le dosage des phosphates que dans celui des chlorures, sont suffisamment précis pour des recherches cliniques ; les dosages pondéraux, plus précis, sont aussi plus délicats et ne sont pas à la portée des médecins, ils doivent être confiés au chimiste ou au pharmacien qui, eux, possèdent des balances de précision

V. VOLMAR,
Licencié ès sciences,
Ingénieur chimiste.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Maladies des Paupières.

Le *chalazion* consiste en une tumeur indolore, sans réaction inflammatoire, au début au moins, d'une grosseur variable, siégeant près du bord libre de la paupière sous laquelle elle fait saillie. La peau qui la recouvre est saine et mobile, la petite tumeur, au contraire, est immobile et fixée au tarse (*fig.* 1). Si on retourne la paupière, elle transparaît en clair à travers le tarse épaissi. La lésion siège en effet dans une glande de Meibomius dont elle représente le plus souvent, ni un abcès, ni un kyste de rétention, ce qui est rare, mais une transformation fongueuse de ses parois avec ramollissement central. Après incision il en sort un contenu grumeleux, et un petit champignon de matière granuleuse adhérent à la paroi reste entre les lèvres de la plaie, d'où il disparaît à la longue.

Le contenu du chalazion peut suppurer secondairement et alors il se vide comme un abcès. Bien que le chalazion évolue ordinairement à froid, cependant il produit par sa saillie et la raideur de la paupière une irritation de voisinage qui se traduit par de la rougeur de la conjonctive tarsale.

Il est fréquent de voir plusieurs chalazions sur la même paupière qui peut subir à la longue une véritable dégénérescence fibreuse et s'épaissir au point que le retournement en devient impossible.

Le traitement consiste en une incision faite autant que possible sur sa face conjonctivale et suivie d'un curettage à la curette ou simplement à

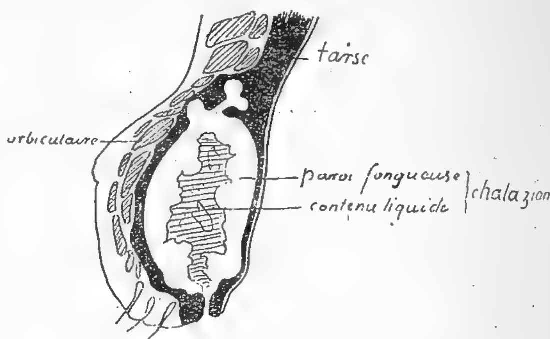


FIG. 1.

la sonde cannelée sans résection des bords ni des parois. La récidive se produit quand le curettage a été incomplet. Tout procédé tendant à diminuer la surface conjonctivale par le bistouri ou par une rétraction cicatricielle secondaire au moyen des caustiques doit être évité pour ne pas amener après guérison un entropion.

L'opération peut se faire par la peau si le chalazion y fait une saillie très marquée ou s'il est trop gros pour qu'une simple évacuation de son contenu paraisse suffisante pour que la poche se comble par la suite. Alors il faut réséquer après incision cutanée et dissection de la moitié

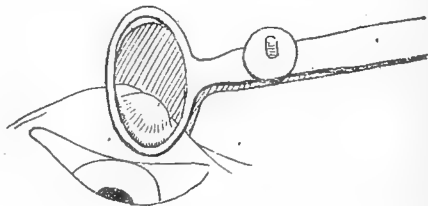


FIG. 2.

antérieure de la tumeur, toute la paroi correspondante. C'est là une opération moins simple que le curettage par la conjonctive.

Le chalazion sera pris dans la pince de Desmarres de façon à faire saillie dans le côté fenêtré de ses mors et la paupière sera ensuite renversée avec la pince (fig. 2), si l'on aborde la tumeur par sa face conjonctivale.

La pathogénie du chalazion est incertaine et son contenu est souvent aseptique. Il serait même quelquefois tuberculeux.

Les glandes de Meibomius sont aussi le siège d'*infarctus* visibles à la face interne des tarses sous forme de points ou de traînées jaunâtres qui sont des produits de sécrétion retenus dans la glande et qui peuvent subir la transformation calcaire. Ils peuvent irriter l'œil et seront enlevés par une incision légère.

Les paupières peuvent encore être le siège de lésions tuberculeuses ou syphilitiques (chancre induré, accidents secondaires, accidents tertiaires sous forme de gommes du tarse et d'une infiltration syphilitique en masse qui fait ressembler le tarse à un morceau de bois (tarsite syphilitique) et rappelle l'épaississement ligneux de l'albuginée dans le testicule syphilitique.

Les tumeurs cancéreuses ont la même lenteur d'évolution à la paupière qu'à la conjonctive et l'intervention opératoire doit être prudemment différée pour celles qui semblent stationnaires et dont une intervention maladroite pourrait accélérer l'évolution. Les néoplasmes ulcérés qui, par leur aspect et leur localisation aux bords libres et aux commissures, sont à différencier d'avec les lésions tuberculeuses et syphilitiques, sont ceux qui évoluent le plus lentement. De ce nombre est l'ulcère rongeant, qui évolue pendant des années,et l'épithélioma de l'angle interne qui, au contraire, peut envahir rapidement les voies lacrymales et les fosses nasales et être, dans ce cas, l'objet d'une large exérèse avec autoplastie.

Dans toutes ces productions malignes,l'adénite préauriculaire ou parotidienne est tardive, contrairement à ce qui se passe pour les ulcères tuberculeux ou syphilitiques.

Parmi les tumeurs bénignes, le *xanthélasma* est constitué par des plaques d'un jaune sale à peine saillantes sur l'une ou l'autre paupière. Vers l'angle interne, chez la femme surtout, on y rencontre encore des *tumeurs érectiles*, le *molluscum contagiosum*, tumeur arrondie, à dépression ombiliquée, dont il s'échappe par pression une matière semblable à du sébum, et infectieuse, à parasite connu, des *kystes sébacés, sudoripares, dermoïdes*, des *lipomes*, etc.

Séméiologie des inflammations et œdèmes des paupières.

En présence d'une inflammation des paupières, il faut en rechercher la cause, soit dans la paupière elle-même soit dans la conjonctive, le globe, les annexes, le voisinage immédiat, ou bien un état général amenant une stase veineuse (cœur, poumons, reins, etc.). Dans ces derniers cas, auxquels on peut ajouter l'état nerveux, sans lésions organiques, il s'agit d'un œdème simple, indolore, auquel l'inflammation ne participe pas.

Dans tous les autres cas, l'œdème est inflammatoire à des degrés divers, suivant la proximité et la nature de la lésion qui le produit.

Il faut alors examiner rapidement la face externe des paupières et le pourtour de l'orbite ; on peut alors découvrir soit une lésion traumatique des paupières, un furoncle, un abcès, un orgelet commençant, un eczéma, un érysipèle, soit un gonflement douloureux du pourtour de l'orbite (ostéite) ou spécialement de son bord interne, auquel cas il faudra songer à une ostéite de la branche montante, et surtout, et le plus souvent, à un abcès du sac dont la pression amène du pus aux points lacrymaux.

Si cet examen rapide est négatif, entr'ouvrir les paupières pour voir l'état de la conjonctive qui peut elle-même être le siège d'un écoulement purulent (*blennorrhée, diphtérie, trachome* plus rarement) ou être simplement le siège d'un œdème inflammatoire ou d'un œdème de stase sans suppuration. Il s'agit alors soit d'une suppuration du globe (*panophtalmie*, douleurs spontanées et provoquées très violentes, aspect purulent du segment antérieur visible sans examen spécial, souvent porte d'entrée de l'infection visible), soit, s'il y a *exophtalmie*, d'inflammation de la capsule de Ténon (*ténonite* d'un *phlegmon*), ou d'une *tumeur de l'orbite*, ou encore d'une *thrombose des sinus* caverneux.

Telles sont les différentes lésions qui ont pour signe commun et souvent le premier visible *un gonflement des paupières.*

Malformations des paupières.

A la suite de toute affection de la conjonctive (trachome, brûlures) ou du bord libre de la paupière qui guérit avec une cicatrice rétractile, il peut se produire un renversement de ce bord en dedans qui, suivant son degré, constitue le *trichiasis* ou *l'entropion*. Le trichiasis, caractérisé par l'inclinaison des bulbes pileux et des poils vers la cornée est un entropion au début. L'entropion, caractérisé par un enroulement de la paupière en dedans, est un trichiasis prononcé. Cette affection se complique de lésions conjonctivales et cornéennes (conjonctivites chroniques, ulcères, pannus et taies) qui en constituent le caractère dangereux.

Contre la direction vicieuse des cils, on emploiera l'épilation. Mais celle-ci n'empêche pas la repousse du cil et il faut la renouveler. L'électrolyse, au contraire, amène la chute définitive du poil. Mais le traitement rationnel est l'intervention chirurgicale qui a pour but le redressement du bord incurvé.

L'entropion est fréquemment, chez les vieillards, dû à un spasme de l'orbiculaire compliqué de relâchement de la peau avec enfoncement ou diminution de volume du globe qui sert normalement d'appui à la contraction du muscle. Dans ce cas, le port d'un bandeau (opération de la cataracte) favorise l'entropion.

L'absence du globe est aussi une cause fréquente d'entropion.

L'*ectropion* est, au contraire, caractérisé par le renversement de la paupière en dehors. Cet état résulte de toutes les affections qui peuvent amener un épaississement de la conjonctive, un raccourcissement de la peau correspondante ou une insuffisance de l'orbiculaire.

L'épaississement de la conjonctive résulte le plus souvent d'une ophtalmie blennorrhagique chez les enfants ou d'un trachome.

Le raccourcissement de la peau de la paupière peut être dû à une cicatrice de traumatisme ou de brûlures, de gangrène, et fréquemment, chez les

enfants à une tuberculose du rebord orbitaire avec cicatrice adhérente. L'écoulement des larmes après éversion des points lacrymaux entraînés par l'ectropion amène la rétraction de la peau et augmente le renversement. L'insuffisance de l'orbiculaire se produit chez les vieillards dont l'ectropion est encore accentué par la conjonctivite et le larmoiement.

La paralysie du muscle amène l'ectropion paralytique et l'ulcération de la cornée dû en même temps à sa sécheresse et à son manque de protection (*kératite lagophtalmique*).

Le traitement sera le plus souvent purement opératoire.

Dr F. Chabrut.

PHARMACOLOGIE

Le Bucchu.

Le bucchu ou bucco est constitué par les feuilles de diverses diosmées originaires de l'Afrique Australe. Il existe plusieurs sortes de bucchu. Les feuilles de bucchu renfermant les éléments thérapeutiques les plus puissants sont celles du barosma pulchella, car elles contiennent une huile volatile appelée « la rutine » dans une notable proportion.

Les Hottentots emploient le bucchu comme vulnéraire et contre les maladies de la vessie. En Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis, on considère le bucchu comme un spécifique contre les maladies des organes génito-urinaires (Dorvault).

En France, il a été jusqu'à présent très peu employé : d'abord parce qu'il est très cher, ensuite, parce qu'il est assez difficile de s'en procurer.

Il est nécessaire, pour présenter un médicament sûr et efficace et pour faire un extrait éthéré, d'avoir une notable quantité de produit. C'est à la suite de recherches nombreuses au laboratoire sur les différentes espèces de bucchu, et d'essais cliniques des plus concluants avec le « barosma pulchella » que l'on est parvenu à découvrir enfin ce précieux remède, à en faire un extrait éthéré appelé bucchu basma qui offre tous les avantages des balsamiques sans en présenter les graves inconvénients.

Tous les praticiens sont d'accord pour reconnaître que les différents balsamiques employés jusqu'à présent : térébenthine, copahu, cubèbe, sont peu efficaces, inconstants dans leur action et finissent par provoquer, à la dose élevée à laquelle on doit les prendre, une altération de la muqueuse de l'estomac.

Aussi les médecins en redoutent-ils l'emploi.

Le santal, qu'il soit administré sous la forme d'essence de santal ou d'extrait d'essence de santal, peut provoquer des congestions rénales.

Aucun de ces balsamiques n'est diurétique.

Le bucchu-basma est un désinfectant dont l'absorption n'irrite et par suite n'altère aucun des organes avec lesquels il se trouve en contact.

Le bucchu-basma est efficace et inoffensif, c'est un excellent balsamique et un *diurétique puissant*. Son emploi, même prolongé, ne fatigue ni l'estomac, ni les reins, et en provoquant la diurèse, il permet d'éliminer rapidement les toxines dues au gonocoque.

Il est antispasmodique et supprime la douleur de la miction ; aussi les cystites de toute nature, aiguës ou chroniques, sont justiciables de son emploi.

La cystite tuberculeuse est grandement améliorée dès qu'elle est traitée par le bucchu-basma.

Dans la blennorrhagie aiguë, l'action de l'extrait de bucchu-basma est remarquable par l'apaisement de la douleur et la disparition de l'écoulement.

On obtient encore d'excellents résultats de l'emploi de ce médicament dans les urétrites chroniques et dans les prostatites.

Enfin, pour les pyélites et les pyélonéphrites, maladies dans lesquelles tous les autres balsamiques sont contre-indiqués, le bucchu-basma, grâce à ses propriétés désinfectantes, est employé avec grand avantage ; il agit sur la maladie elle-même et prévient les complications fréquentes des cystites.

Ce médicament se présente sous forme de perles d'extrait éthéré de bucchu-basma qui traversent le tube digestif sans être désagrégées puisqu'elles sont *enveloppées de kératine* et c'est seulement au contact de la muqueuse de l'intestin grêle qu'elles se dissolvent, l'extrait éthéré de bucchu est mis alors en liberté et son action bienfaisante est presque immédiate, constante et sûre. Le bucchu-basma est efficace dans les cas où tous les autres balsamiques n'ont donné aux médecins que des mécomptes.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences d'hygiène pratique et d'hygiène scolaire par le Dr Roger Hyvert. (Paris, Maloine, édit. rue de l'Ecole-de-Médecine.)

M. R. Hyvert a écrit un livre simple, clair et concis qui, comme son titre l'indique, est surtout destiné aux médecins scolaires, c'est ce qui lui a valu une préface du Dr Albert Mathieu.

Les conférences de M. Hyvert abordent tous les sujets de l'hygiène courante et de l'hygiène scolaire, elles sont complètes sans être trop savantes, et sont présentées de telle sorte que le lecteur, quel qu'il soit, ne regrettera jamais d'en avoir entrepris la lecture. Ce sont là les conditions d'un grand succès que nous souhaitons sincèrement aux Conférences d'hygiène.

J. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Circulaire adressée à tous les médecins de l'Ouest.

Cher et honoré Confrère,

Le *Concours médical*, société et journal d'étude des intérêts de notre profession, fondé il y a trente-deux ans, est parvenu, par ses créations et services rendus en matière de prévoyance, de protection et de défense mutuelle, à grouper et couvrir de son aide plus de 8.000 des praticiens les plus avisés. Encouragé par ce succès, il a résolu d'aller, par un effort continu, prendre contact immédiat et sur place avec tous les médecins de France en leur demandant le moins de dérangement possible.

Ses directeurs veulent ainsi :

1° Se faire dire de vive voix les doléances de tous leurs confrères, apprendre leurs desiderata, connaître leurs besoins, recueillir leurs avis ;

2° Exposer à ceux qui feront bon accueil à leur visite, tout ce qu'ils ont créé pour le bien de la profession, et montrer le parti que chaque praticien peut tirer de ces armes de défense, qui ont fait leurs preuves, à l'heure où tout ce qui nous environne s'associe autour de nous et trop souvent contre nous.

Cette campagne de propagande ayant un but en concordance complète avec l'action des Sociétés régionales auxquelles vous appartenez, nous plaçons nos réunions sous le patronage de ces Sociétés en nous faisant présider par vos élus, dont l'influence nous est un précieux concours.

En exécution de ce programme, qui fut appliqué déjà à une trentaine de départements, nous venons vous informer que MM. les docteurs Jeanne et Boudin, membres de notre Conseil, se trouveront dans vos parages aux jours et dates indiqués ci-après:

Dol de Bretagne, Hôtel-Buffet de la Gare, vendredi 30 juin, à 2 h. 1 /2 soir.

Rennes, Hôtel Moderne, le vendredi 30 juin, à 7 h. soir.

Saint-Brieuc, Hôtel de France, le samedi 1er juillet, à 10 h. 1 /2 matin.

Morlaix, Hôtel Bozellec, près de la gare, le samedi 1er juillet, à 3 h. 1 /2 soir.

Brest, Salons Renaud, rue Amiral-Linois, le dimanche 2 juillet, à 5 h. 1 /2 soir.

Quimper, à la Mairie, le lundi 3 juillet, à 2 h. soir.

Lorient, Hôtel des Voyageurs, rue Fénelon, le mardi 4 juillet, à 11 h. matin.

Vannes, chez le docteur Letoux, le mercredi 5 juillet, à 10 h. matin.

Redon, Hôtel du Lion-d'Or, le mercredi 5 juillet, à 4 h. soir.

Chateaubriant, Hôtel Corbin, place des Terrasses, le jeudi 6 juillet, à 9 h. matin.

Blain, Hôtel de la Boule-d'Or, le jeudi 6 juillet à 2 h. soir.

Saint-Nazaire, Grand-Hôtel, le vendredi 7 juillet, à 9 h. 1 /2 matin.

Nantes, 34, rue de la Fosse, le vendredi 7 juillet, à 4 h. soir.

Angers, Hôtel de Ville le samedi 8 juillet, à 5 h. soir.

pour remplir dans votre région la mission ci-dessus définie et qu'ils éprouveraient un gros désappointement confraternel si vous ne répondiez pas, par votre présence, en un point ou un autre à l'appel amical qu'ils vous adressent pour ces réunions.

Et si vous êtes déjà membre du *Concours médical* et de ses œuvres nous comptons sur vous pour amener ceux de vos voisins qui ne nous connaissent pas.

Veuillez agréer, cher et honoré confrère, l'expression de nos cordiaux et fraternels sentiments.

La Direction du Concours médical.

LE RELÈVEMENT DES HONORAIRES

Une nouvelle Commission

Le 2 juin, à 9 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes et dans le local de l'Union des Syndicats médicaux de France, la commission du relèvement des honoraires s'est réunie pour la première fois.

La commission du relèvement des honoraires émane du troisième Congrès des Praticiens, lequel, à la suite des conclusions du rapporteur sur cette question, a décidé, entre autres points, que «l'Association générale des médecins de France, l'Union des Syndicats médicaux de France, le *Concours médical* et le Comité de Vigilance, désigneraient chacun trois ou quatre délégués.... afin de constituer une commission.»

Et plus loin : « Que cette commission s'occuperait, d'après les indications fournies par les secrétaires des Syndicats et des Fédérations, d'établir plusieurs cartes de France en couleurs, faisant ressortir d'une façon nette et frappante la situation relative des départements..... en ce qui concerne les honoraires. »

La Commission a été constituée.

Elle se compose des docteurs : Délégués de l'Association générale des médecins de France : Smester, Ball, Butte, Dignat. — Délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France : Delpeut, Séailles, Tourtourat, P. Vallat. — Délégués du *Concours médical* : Jeanne, Levassort, Noir. Boudin, — Délégués du Comité de Vigilance : Leredde, Le Fur, Chapon, Bresselle.

Résolue à accomplir le plus rapidement possible la besogne qu'elle s'est tracée, la commission a décidé de se réunir tous les mois. Elle arrête qu'un résumé de la question et un exposé des efforts tentés jusqu'ici seront adressés à MM. les secrétaires généraux de tous les Syndicats et de toutes les Fédérations.

Cet exposé sera accompagné d'une enquête minutieuse que nous les prierons de porter à l'ordre du jour de leurs assemblées générales. Sans même attendre que ces dernières aient lieu, nous comptons demander à MM. les secrétaires de vouloir bien communiquer à plusieurs membres de leurs Syndicats le questionnaire très détaillé et très précis qui leur sera envoyé, afin que les situations diverses des arrondissements, des cantons, voire même, en certains cas, des communes, puissent être connues dans leurs moindres détails.

Ainsi documentée, la Commission pourra réaliser les vœux du congrès de 1910, en s'appuyant d'autre part, au point de vue pécuniaire, sur les cotisations des quatre grands groupements qui ont participé à la nomination des délégués qui la composent, et sur celles, très modestes, qu'elle compte demander aux Fédérations et aux Syndicats eux-mêmes.

Le docteur Bresselle, 17, rue Ernest-André, Le Vésinet (Seine-et-Oise), a été nommé secrétaire-trésorier de la Commission.

Prière de lui adresser d'ores et déjà, avant même toute enquête officielle, les communications qui, d'une façon quelconque, pourraient sembler intéressantes touchant le relèvement des honoraires.

Les confrères qui n'ont pas cru devoir, jusqu'à présent, s'inscrire dans les Syndicats ou groupements médicaux et que le questionnaire par conséquent atteindra peu ou point, sont particulièrement priés de tenir compte de cet appel et de faire connaître en toute sincérité leur manière de voir.

Le secrétaire-trésorier,
Dr L. BRESSELLE.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Il s'est créé depuis quelques années une *Association médico-chirurgicale des accidents du travail*. Si elle est née de la campagne Diverneresse, ce n'est pas pour soutenir les médecins indépendants mais plutôt, semble-t-il, ceux qui font de la déontologie à la mode ancienne en monopolisant ce qu'ils trouvent et en défendant aux confrères d'y toucher à cause du respect que doit tout praticien aux sacro-saintes situations acquises.

Cette Association (qui serait un Syndicat parfait si les intérêts de tous ses membres sont aussi identiques que nous le craignons) a un *Bulletin* dont nous venons de recevoir le nº 22, portant la date du 2 *juin* 1908 !

Pourquoi cet envoi rétrospectif ? D'où nous vient-il ?

Mystères et anonymat.

Ce que nous y voyons, c'est une leçon de déontologie placée en tête du numéro et signée du président du Comité de rédaction, M. le Dr Ch. Rémy. Nous ne refusons pas de la reproduire, car, pour réchauffé que soit ce petit plat, il a encore un fumet qui ne trompe pas sur le local culinaire où il fut mijoté.

Le secret médical et la loi des accidents du travail.

Nous avons eu souvent l'occasion d'entendre des médecins discuter sur le secret médical au point de vue des accidents du travail.

Ils ne savent, disent-ils, quelle conduite tenir et, dans leur embarras, quelques-uns même ont été jusqu'à proposer qu'on établisse une législation particulière pour ce cas. Ils ont la notion qu'il y a quelque chose de spécial dans les rapports du secret professionnel avec la loi de 1898 et ses extensions. Mais ils ne sont par parvenus à en démêler le sens.

Les auteurs qui ont écrit sur le secret professionnel se sont occupés surtout de ses rapports avec la justice criminelle et leurs auteurs ont conclu à la nécessité du silence et à la défense du privilège.

Il ne peut en être de même dans les accidents du travail ; c'est ce que je vais essayer de prouver.

Le meilleur moyen de savoir ce qu'est le secret médical est de lire le serment d'Hippocrate. Voici la traduction du texte grec faite par Littré :

Quoi que je voie ou entende dans la société, pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

La formalité du serment, autrefois nécessaire pour l'admission au titre de docteur, est aujourd'hui supprimée ainsi que son impression dans les thèses de Doctorat ; mais la tradition persiste et ses obligations sont gravées dans la *conscience* des médecins, si l'on peut employer cette image.

Les lois françaises ont consacré son existence, l'article 378 du code pénal de 1810 le rend obligatoire.

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de
« santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes
« et toutes autres personnes dépositaires, par état ou
« par profession, des secrets qu'on leur confie, qui,
« hors le cas où la loi les oblige à se porter dénoncia-
« teurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un
« emprisonnement de 1 mois à 6 mois et d'une
« amende de cent à cinq cents francs »

Quelques médecins ont été punis pour l'avoir violé.

Le médecin a conservé, à travers les âges, le droit d'asile qui était jadis réservé à quelques hommes et à quelques lieux sacrés. C'est un souvenir de l'époque lointaine où la plupart d'entre eux étaient prêtres et vivaient à la fois de leur sacerdoce et de la médecine.

Quelle que soit la nature du secret connu, qu'il ait pour cause les passions politiques ou guerrières, l'amour ou la colère, ou même des motifs moins excusables, le médecin ne doit pas parler, bien qu'il réprouve le crime commis.

Il ne dénoncera pas les coupables.

Il ne pourra être poursuivi comme complice par la justice, qui n'a pas le pouvoir de l'obliger à déposer en témoignage s'il objecte son devoir du secret.

Mais il ne l'emploiera pas dans les occasions futiles ou pour des motifs personnels ; eût-il même besoin de se défendre d'attaques personnelles, il conservera le silence.

Il jouit d'un privilège que lui envient d'autres corporations ; il faut qu'il mette son honneur à en maintenir le prestige.

Le secret médical est fait dans l'intérêt du blessé

et des familles. Seul le client peut en délier le médecin. Mais encore ce dernier a-t-il le devoir de juger dans sa conscience de l'opportunité de parler, et s'il pense que des tiers peuvent être lésés il se taira.

Tel est, dans ses grandes lignes, l'exposé du secret médical, mais il faut bien savoir que ce devoir professionnel comporte certaines restrictions.

1° Les médecins qui sont chargés de la mission d'examiner des malades, soit par la justice, soit par des administrations, soit même par des particuliers, sont déliés du secret médical.

Ils doivent à leur mandant la vérité complète.

Ils ne surprendront pas le malade, ils l'avertiront du rôle qu'ils ont à remplir afin que celui-ci puisse faire ses protestations ou ses réserves ou même refuser de se soumettre à l'examen. Mais quand l'examen accepté aura été fait, il n'y aura pas de secret médical qui puisse empêcher le médecin de remplir sa mission.

2° Les restrictions au secret médical ont été apportées par des lois successives. L'intérêt de l'individu blessé a dû disparaître devant la raison d'Etat. Le médecin devait révéler les attentats contre les rois. Plus tard, l'intérêt du plus grand nombre fut mis en avant au nom de l'hygiène publique. Le secret médical doit être violé pour la déclaration des maladies contagieuses. Puis est apparue la loi de 1898, qui apporte une nouvelle restriction au nom du principe de solidarité sociale.

Cette loi est faite pour réparer les conséquences des accidents survenus aux ouvriers dans certaines conditions. Son application est basée sur les déclarations des médecins, dont le rôle est très évident et très bien défini. C'est le médecin qui donnera le certificat nécessaire pour la déclaration à la mairie. Il doit décrire la blessure, prévoir ses conséquences, dépendant tant de la blessure elle-même que de l'état du blessé. Il doit plus tard évaluer la gravité des pertes, fournir aux parties le moyen de régler leurs affaires ou au juge de prononcer entre elles.

Ces actes du médecin constituent une condition nécessaire de l'application de la loi.

Il faut que le médecin parle et dévoile l'état de son blessé, c'est une violation du secret médical, mais il en est délié par la loi. Il remplit une mission légale, pour laquelle il n'a pas besoin de délégation judiciaire particulière, du moment qu'il s'agit d'un accident du travail.

Il suffit qu'il consente à remplir le rôle et à exécuter les conditions que la loi demande.

Rien ne l'oblige à faire des déclarations, il peut se récuser, mais du moment qu'il s'en est chargé, il se trouve dans la condition des médecins ayant accepté des missions judiciaires administratives ou autres dont nous avons parlé plus haut.

S'il se retranchait derrière le secret professionnel pour refuser des renseignements, il paralyserait l'action de la justice. Que pourrait faire celle-ci ? Déléguer des experts. Dans certains cas ce serait impossible : par exemple dans les accidents immédiatement mortels ou rapidement terminés par la mort, la mission ne pourrait être remplie en temps convenable.

Il ne faut pas croire que la question du secret médical ne soit pas soulevée fréquemment dans les accidents du travail. Sur la nature et le lieu de l'accident, sur l'état maladif antérieur ou concomitant, le blessé peut avoir certaines choses à cacher.

Le médecin doit pouvoir donner son avis sur tous les points : sur la réalité de l'accident, sur l'existence de tares, alcoolique, tuberculeuse, blennorrhagique, syphilitique, etc., sur toutes les affections en un mot dont le retentissement sur une blessure peut être important.

Beaucoup de médecins seraient disposés à satisfaire à la loi dans le sens que j'indique tant pour le certificat de déclaration à la mairie que pour l'enquête de la Justice de Paix, parce qu'ils considèrent le maire et le juge comme des agents de la loi. Mais ils sont inquiets sur la réponse à faire quand le patron et surtout la société d'assurance chargée de le représenter leur demandent des renseignements.

Laissons cette dernière de côté pour le moment.

Le patron, c'est un fait indiscutable, doit connaître l'état du blessé qui lui demande réparation. Il est obligé de déposer à la mairie, avec la déclaration d'accident, un certificat de médecin décrivant la blessure et ses conséquences. Lors des tentatives de conciliation, il lui est permis de s'arranger à l'amiable avec son ouvrier sous réserve de l'approbation de la justice et pour cela il est nécessaire qu'il apprenne du médecin l'étendue du déchet dont il est responsable.

La loi donne même à l'employeur le droit de contrôler le traitement de son employé, si le médecin qui soigne ce dernier refuse de donner les renseignements utiles, le patron désigne un autre médecin auquel le juge de paix donne l'autorisation d'examen.

C'est donc bien à tort qu'un médecin soulèverait ici le cas de conscience. Le secret médical n'existe plus quand il s'agit de loi sur les accidents du travail.

Du reste, pour calmer tous ses scrupules, notre confrère n'a qu'à se rappeler qu'il existe des confidents légaux parmi lesquels sont le patron, ses représentants ou tenant lieu, les avocats, les avoués, aussi bien que les magistrats.

Ceci posé, je n'ai plus qu'un mot à ajouter à propos des sociétés d'assurances. Elles ont les mêmes droits que le patron qui s'est *déchargé sur elles des soins* de la défense des ses intérêts.

Telle me paraît être la conduite à tenir dans les accidents du travail considérés *au point de vue* du secret professionnel.

J'ai supposé le médecin placé en face du devoir social, remplissant sa mission dans une loi de solidarité sans vouloir favoriser ni l'une ni l'autre partie ; mais la situation n'est pas toujours aussi simple.

Quelques-uns se croient liés envers leurs clients en raison de faits antérieurement connus. Nous reconnaissons que si le blessé était déjà soigné par eux avant l'accident, il peut y avoir hésitation. Nous savons, d'autre part, que si ces faits sont révélés, bien que cette violation du secret soit conforme à la loi, l'effet pourra être déplorable sur la clientèle.

Dans ces cas, il vaudrait mieux que le médecin se récusât, nous l'avons dit : il est libre d'accepter la mission légale, celle-ci est volontaire et non obligatoire.

Mais il ne faut à aucun prix qu'il cherche à concilier deux choses contradictoires, c'est-à-dire déclarer une blessure et cacher la maladie qui l'aggrave. Sa réticence, bien que fondée sur le secret professionnel, est préjudiciable à l'une des parties en cause. Elle facilite la préparation d'une fraude répréhensible.

Les autres se constituent les défenseurs de l'ouvrier, accusant les patrons et surtout les sociétés d'assurances de vouloir exploiter sa faiblesse, ils se retranchent derrière le secret professionnel pour refuser des renseignements, afin d'éviter de fournir des armes au défenseur. Ils me paraissent bien mal connaître la loi dont ils entravent ainsi délibérément le fonctionnement.

Il me sera permis de dire qu'en réalité plusieurs de ces refus n'ont pas pour unique cause l'intérêt du blessé. On y découvre encore comme motif important la guerre ouvertement déclarée par certaines sociétés médicales aux sociétés d'assurances. C'est une manière de grève, c'est une protestation contre un salaire qu'elles trouvent insuffisant.

L'intérêt de l'ouvrier est mis en avant pour mas-

quer une question d'intérêt purement économique, une question d'honoraires.

Est-il bien prudent de faire intervenir le privilège du secret médical dans ces discussions ?

Est-ce bien ainsi que sera relevé le prestige doctoral et que l'on croira à l'importance de cette conscience, dont se réclament si haut et si mal à propos certains confrères ?

Dr Ch. Remy.

Tout le monde s'en allait répétant que, depuis le livre de Brouardel et les décisions répétées des tribunaux, il n'y avait plus rien à écrire sur le *Secret médical*, même en matière d'accidents du travail.

H. J.

ASSISTANCE PUBLIQUE

A propos des infirmières à domicile.

Bordeaux, le 4 juin 1911,

Nous recevons de Mlle le Dr Hamilton, de Bordeaux, la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir d'insérer :

Monsieur et cher Confrère,

En réponse à votre appel paru dans le numéro du 21 mai du *Concours médical*, j'allais peut-être vous envoyer des renseignements sur notre modeste service, lorsque la correspondance parue dans le *Concours* du 4 juin m'a décidée tout à fait à le faire.

Nous savons malheureusement trop peu en France ce qui se fait à l'étranger, de sorte que nous ne profitons pas des expériences faites ailleurs et nous arrivons trop souvent à faire des réformes qui aboutissent médiocrement ou mal, bien que le but à atteindre soit des plus désirables.

Je suis persuadé que le Dr P., qui, avec beaucoup de raison, se plaint de la manière dont il a vu remplir les fonctions de garde-malade visiteuse, serait enchanté d'avoir comme aide une garde-malade dressée comme le sont les nôtres, à s'abstenir rigoureusement de tout ce qui peut avoir une apparence de médecine illégale.

Le service à domicile que nous avons institué depuis trois ans à Bordeaux pour les pauvres n'a donné ombrage ni aux médecins des Dispensaires, ni à ceux des Bureaux de Bienfaisance ou médecins de quartier qui ont fait appel à l'aide de notre garde-malade. Mais aussi elle se refuse absolument à soigner un malade sans qu'un médecin lui ait donné ses instructions, soit au domicile, soit à une consultation.

Depuis mai 1908, notre garde-malade a fait 6.673 visites dans 527 familles et appliqué 4.388 pansements ou autres topiques prescrits par les médecins traitants.

Permettez-moi de vous adresser divers articles sur ce service parus dans notre organe : *La garde-malade hospitalière.*

Août 1908. — La garde-malade visiteuse des pauvres (statistique des 70 premiers jours de service avec récit d'une journée de travail, 1 gravure) Dr Hamilton.

Août 1908. — L'Association des Nurses visiteuses à Chicago. C. Elston.

Mai 1909. — La garde-malade visiteuse des pauvres (Statistique de la première année avec récit d'une journée de service). 2 gravures. Dr Hamilton.

Juin 1909. — Le sac de la garde-malade visiteuse des pauvres. (Description de son contenu) 1 gravure. Dr Hamilton.

Août 1910. — La garde-malade visiteuse des pauvres. (Statistique de la deuxième année de service, et don de 20.000 fr.). Dr Hamilton.

Octobre 1910. — Les gardes-malades visiteuses aux Etats-Unis. Dr Hamilton.

Sept. 1910. — Mlle Florence Nightingale et les gardes-malades visiteuses. Dr Hamilton.

Si vous les trouvez de nature à intéresser le rapporteur du congrès d'A. P. de Nantes, je vous serais reconnaissante de vouloir bien les lui faire parvenir ou de me donner son adresse.

Veuillez recevoir, Monsieur, mes bonnes salutations confraternelles.

Dr Hamilton.

N. D. L. R. — Le rapporteur de cette question au Congrès de Nantes est M. le Dr Drouineau, de La Rochelle.

MÉDECINE SOCIALE

Comité technique de l'éclairage.

M. Mirman vient d'adresser au Ministre de l'Intérieur le rapport suivant :

Paris, le 24 mai 1911.

Monsieur le président,

Le comité permanent d'études pour l'assistance aux aveugles qui a été constitué le 6 janvier 1909 auprès du ministère de l'intérieur, pour étudier les diverses questions relatives à l'assistance des aveugles, a toujours été fidèle au principe qu'il a, dès le début, hautement proclamé, à savoir que, s'il était nécessaire d'assister les aveugles, il était meilleur encore, plus utile et plus urgent, de faire le maximum d'efforts pour prévenir la cécité. Déjà, conformément aux vœux qu'il a exprimés, une campagne a été entreprise dans toute la France en vue de lutter contre la cécité infantile très souvent occasionnée par une ignorance funeste du danger que présente, pour les enfants, toute maladie des yeux. Dans le même ordre d'idées, des subventions ont été dès l'an dernier attribuées à un certain nombre d'hôpitaux de province en vue de la création, ou de l'amélioration, et spécialement du perfectionnement de l'outillage des cliniques ophtalmologiques. Il y a tout lieu d'espérer que cette campagne menée contre l'ignorance des mères et ces encouragements aux cliniques, s'ils sont soutenus avec persévérance,

produiront les plus heureux résultats et réduiront le nombre des aveugles en France. Le comité estime qu'un autre effort s'impose. Son attention, en effet, a été bien souvent attirée sur le fait que la cécité résultait trop souvent de myopies graves, et cependant négligées et que là encore, la méthode préventive étant de toutes la meilleure, il y avait lieu de faire connaître très nettement et de mettre en pleine lumière les causes véritables des myopies.

Le comité permanent, sur la proposition de M. le Professeur Motais, a donc émis le vœu que vous constituiez un comité technique, composé d'un petit nombre de spécialistes, chargé d'étudier cette question et de vous présenter à ce sujet des conclusions. Si vous approuvez cette suggestion, je vous prierai de vouloir bien revêtir de votre signature l'arrêté ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le président du conseil, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,
MIRMAN.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Il est constitué auprès du ministre de l'intérieur un comité technique de l'éclairage naturel et artificiel, chargé notamment :

1o D'étudier, en se plaçant au point de vue de l'hygiène oculaire et de l'hygiène générale, les divers modes d'éclairage artificiel actuellement en usage ;

2o De déterminer la composition et la qualité hygiénique des différentes lumières artificielles et, pour les lumières par combustion, les gaz nuisibles et la chaleur développée ;

3o De fixer la quantité minima de lumière artificielle compatible avec le fonctionnement normal de l'organe de la vision ;

4o De rechercher les moyens les plus pratiques de mesurer l'intensité lumineuse ;

5o D'établir les règles d'application les meilleures, pour chaque catégorie des principaux milieux de travail, des modes d'éclairage artificiel actuellement usités ;

6o De présenter au ministre un rapport sur les rapports de la myopie et de la cécité et sur les moyens les plus propres à prévenir les causes de la myopie.

Art. 2. — Ce comité est composé de MM.:

Gariel, vice-président du conseil supérieur d'hygiène publique de France, ingénieur en chef des ponts et chaussées, membre de l'académie de médecine, professeur de physique à la Faculté de médecine, président ;

Broca, professeur agrégé de physique à la faculté de médecine ;

Le docteur Chevallereau, médecin en chef des Quinze-Vingts ;

Le docteur Cosse, oculiste en chef des hôpitaux de Tours, secrétaire général du syndicat des oculistes français ;

Delage, chef de laboratoire de la société française d'incandescence par le gaz ;

M. Lamiraud, inspecteur de l'académie de Paris.

Le docteur Morax, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris ;

Le docteur Motais, professeur de clinique ophtalmologique, membre correspondant de l'académie de médecine, président du syndicat général des oculistes français ;

M. Seguin, ingénieur des arts et manufactures, inspecteur départemental du travail ;

De Tavernier, ingénieur en chef des ponts et chaussées, directeur de la compagnie électrique du secteur de la rive gauche.

Art. 3. — Le comité doit présenter au ministre de l'intérieur, tous les trois mois, un exposé succinct de ses travaux et à la fin de l'année son rapport définitif et ses conclusions.

Art. 4. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 13 juin 1911.

MONIS.

LÉGISLATION PRATIQUE

A propos de la loi sur les retraites ouvrières

Dans le no 21 du *Concours médical*, M. J. Dumesny expose, à l'usage de nos confrères, un schéma très clair de la loi, ou plutôt des « obligations » que cette loi nous impose, en tant que patrons.

Malheureusement, il n'a pas fait ressortir ce point intéressant que, si nous sommes tenus d'ajouter notre quote-part aux versements de nos salariés, nous ne sommes obligés à aucun versement, si nos salariés ne veulent pas eux-mêmes verser.

L'article 23 de la loi indique que l'employeur qui a été dans l'impossibilité d'apposer le timbre prescrit *pourra* se libérer entre les mains du greffier de la justice de Paix...

Ce n'est donc pas une obligation, mais une possibilité indiquée par la loi aux patrons désireux de faire du zèle. Et c'est bien une collaboration effective que les patrons apporteront alors bénévolement à l'administration, car ces versements au greffe de la Justice de paix *devront* être accompagnés de l'indication des dates auxquelles a eu lieu l'emploi des salariés dépourvus de cartes, leurs noms et prénoms (art. 170), bref tout le dossier que, faute de la bonne volonté du salarié, l'administration n'a pu établir.

La situation se présente, en somme, de la façon suivante : l'Etat propose aux ouvriers une prime qu'il juge alléchante, moyennant un abonnement qu'il considère comme insignifiant de la part de ces ouvriers. Or, ceux-ci refusent le pré-

sent, dans la proportion de 90 sur 100 au moins, chiffres avoués par l'administration.

Ce n'est pas ici qu'il y a lieu de rechercher les motifs de cette abstention en masse. Je dois seulement mettre en garde contre l'opinion que répand une partie de la presse, que les abstentionnistes obéiraient à un mot d'ordre de la Confédération Générale du Travail. Celle-ci serait, certes, très satisfaite que son influence s'étendît sur une partie aussi considérable de la population, car on peut affirmer que la révolution sociale serait faite d'emblée et sans lutte possible. En réalité, la C. G. T. possède une action certaine sur une minorité des ouvriers des grands centres industriels ou groupés en importantes organisations, elle n'en a que très indirectement sur les ouvriers épars dans les petites villes et pas du tout sur les travailleurs des campagnes, à l'exception de deux ou trois régions très limitées.

Si, donc, les salariés font la sourde oreille, en immense majorité, aux offres du gouvernement, ce n'est pas parce qu'ils sont endoctrinés par des ennemis du pouvoir ; ce n'est pas non plus parce qu'ils ignorent les avantages de la loi que leur ont fait toucher du doigt préfets, sous-préfets, conseillers de préfecture, quelques maires et même des instituteurs zélés, sans compter les journaux ; c'est tout simplement qu'ils n'en veulent pas.

Est-ce le rôle d'un honnête homme qui emploie ouvriers, domestiques ou commis d'aller *dénoncer* à l'administration ceux d'entre eux qui ne veulent pas jouir de ce bienfait obligatoire ? Or le versement *facultatif* au greffe de la Justice de paix s'accompagne *obligatoirement* d'une dénonciation en règle.

Il était bon d'y penser.

D[r] Ed. DUCHEMIN.

Note. — L'interprétation de M. le D[r] Duchemin est contraire à celle de M. le Ministre du Travail, qui estime que le versement des cotisations entre les mains du greffier de la Justice de paix est obligatoire pour le patron lorsqu'il n'a pu apposer les timbres sur la carte de son salarié.

Ministre et sénateurs ont été d'accord, à la suite de récentes interpellations, pour renvoyer aux Tribunaux le soin de solutionner cette question, à moins que la loi ne soit modifiée sur ce point.

Quant à l'obligation de la *dénonciation*, elle serait certes, si elle existait, regrettable pour des médecins, qui y sont déjà soumis, en matière de déclaration des naissances et des maladies contagieuses. J. D.

CHRONIQUE SYNDICALE

Les recouvrements d'honoraires.

Je me permets de vous soumettre une idée qui depuis longtemps me hante, et que le *Concours médical* me paraît seul pouvoir réaliser.

Il s'agirait de dresser une liste pour toute la France, où seraient indiquées par région, arrondissements ou même cantons, une ou plusieurs personnes, d'une honorabilité éprouvée et de toute confiance, en même temps que très actives, qui se chargeraient du recouvrement des notes d'honoraires et au besoin seraient capables de soutenir une action en justice.

Il arrive en effet très souvent que des clients, pour une raison quelconque, quittent leur résidence pour aller s'installer ailleurs... en oubliant d'honorer leur Docteur qui n'apprend leur nouvelle adresse qu'au moment où il réclame sa note. Il est souvent alors, pour ne pas dire toujours, embarrassé pour réclamer ses honoraires, si le client s'obstine à ne pas répondre. On a bien la ressource d'envoyer la note à l'huissier du canton ou à un avoué, mais je sais par expérience que ces gens-là ne répondent en général jamais, ou qu'ils réclament toujours des frais très élevés relativement à la somme réclamée qui souvent est modeste.

Le médecin préfère alors abandonner sa note et c'est ainsi que les médecins français perdent annuellement une somme certainement très forte, alors qu'il leur serait facile, si cette liste existait, d'envoyer sans retard la note en suspens à la personne indiquée dans la région. Le client, se voyant poursuivi dans sa nouvelle résidence et craignant d'être discrédité, paierait le plus souvent.

De plus, ce client pourrait être signalé aux médecins de la région, comme douteux.

Il vous serait facile, je crois, de dresser cette liste en vous adressant à vos lecteurs, qui vous désigneraient la personne à laquelle ils s'adressent eux-mêmes pour leurs recouvrements. Cette liste pourrait être publiée dans le *Concours* en hors-texte afin de pouvoir la conserver le cas échéant.

Etudez cette question ; je crois qu'en la réalisant vous rendriez un nouveau service, qui serait apprécié, au Corps médical français.

Votre bien dévoué,

H. NOËL,
Secrétaire du Syndicat des médecins de Nîmes et de la région.

N. D. L. R. — Nous serions reconnaissants à nos confrères de nous adresser, s'ils existent, les règlements établis sur cette question par leurs Syndicats.

CORRESPONDANCE

Une lutte de classes dans l'internat.

Mon cher Directeur,

Je vois dans le *Concours médical* du dimanche 28 mai 1911, que vous êtes stupéfié et que vous demandez des éclaircissements. Comme ils ne sont pas venus, je vais essayer de vous en donner.

Les internes des hôpitaux de Bordeaux ont éprouvé le besoin de se fusionner avec ceux de Paris, ceux de Paris n'en ont pas bien vu l'utilité. D'où l'article que vous signalez. — Avant d'être

interne et pendant les 3 ou 4 ans que l'on est interne, on est étudiant ; si donc on désire apporter des modifications au régime de l'internat, on peut s'inscrire aux associations corporatives d'étudiants et là, tout le monde, étant susceptible de devenir interne, portera intérêt à l'étude de ces questions. Après l'internat on devient praticien, les syndicats, ou leur Union, ou le *Concours* peuvent étudier également toutes ces questions. Les associations d'internes ne peuvent qu'être locales et grouper des gens ayant passé par les mêmes établissements, ayant des souvenirs de jeunesse communs, etc.

D'ailleurs, demandez-donc à M. René Cruchet, pourquoi à Bordeaux on ne veut pas l'association des internes de Nantes ou de Marseille. Tout simplement parce qu'on juge qu'il y a des *classes* dans l'internat, ceux de Bordeaux se trouvent supérieurs à ceux de Marseille; alors pourquoi s'étonner que ceux de Paris ne tiennent pas à être mis dans le même sac que ceux de Bordeaux ?

Croyez, mon cher Directeur, à mes sentiments dévoués.

Dr Sorel.

Nous avons reçu d'autres lettres sur le même sujet, mais les attaques personnelles qui s'y trouvent ne nous permettent pas de les insérer, malgré le bien fondé de certains griefs et la logique de certaines conclusions. Ici encore il faut se garder de généraliser et ne pas reprocher à tous les torts de quelques-uns. N. D. L. R.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

COUR D'APPEL DE RENNES

Arrêt de la première Chambre civile du 1er avril 1911.

Exercice de la pharmacie par le médecin. Quel est le sens de l'expression « bourgs » de l'article 27 de la loi de Germinal an XI. Adoptant les motifs qui ont déterminé les premiers juges :

Attendu que X., docteur-médecin, après avoir habité pendant quelque temps une maison située dans les limites de la petite ville de N., a, au cours de juin ou juillet 1909, transporté son domicile et son cabinet de consultations dans une maison construite sur le territoire de la commune de Z., et séparée du reste de l'agglomération de la ville de N. par un chemin vicinal ;

Qu'il est constant et non contesté que la maison habitée par le docteur X. se confond avec l'agglomération de N., et que celui-ci, soit dans sa correspondance, soit sur ses cartes de visite, a, postérieurement au transfert de son domicile sur le territoire de Z., jusqu'à une époque rapprochée de la date de l'assignation, continué à indiquer N. comme étant son adresse ;

Attendu que peu après son installation dans sa nouvelle demeure, X., ainsi qu'il le reconnaît, a vendu à ses clients des médicaments ;

Attendu que A., pharmacien, ayant une officine ouverte à N. depuis plusieurs années, prétendant que X., par ses agissements, a porté atteinte à son monopole, l'a fait assigner à comparaître devant le Tribunal pour s'entendre condamner sous une contrainte, à cesser de vendre des médicaments et à deux mille francs de dommages-intérêts ;

Que, par le même exploit, en date du 26 novembre 1909, M. F., agissant en qualité de Président du Syndicat des Pharmaciens d'Ille-et-Vilaine, a formulé contre X. une demande identique ;

Attendu qu'aux termes de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI, les officiers de santé établis dans les bourgs, villages, communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte pourront fournir des médicaments, etc.. ;

Que les demandeurs soutiennent que le docteur X., ayant son domicile dans l'agglomération connue sous le nom de ville de N., ne se trouve pas dans le cas exceptionnel prévu par l'article 27 puisqu'il existe à N, une officine de pharmacien ;

Que le docteur X. prétend au contraire que son domicile étant placé en dehors des limites administratives de la commune de N., et qu'aucune officine n'étant ouverte sur le territoire de la commune de Z., il peut invoquer les dispositions exceptionnelles de l'article 27 ;

Attendu qu'il convient d'abord de constater que si le législateur de l'an XI a eu pour principal objectif d'assurer aux pharmaciens un monopole, il n'a pas entendu sacrifier les malades et que dans leur intérêt, pour leur permettre de trouver à leur portée, à défaut d'officine pharmaceutique, les remèdes indispensables à leur soulagement, il a apporté dans l'article 27 une dérogation en faveur des médecins établis là où il n'y a pas d'officine ouverte ;

Que pour apprécier la portée du texte de l'article 27 il faut donc se placer exclusivement au point de vue de l'intérêt des malades ; que cette considération est toujours celle qui prévaut dans toutes les décisions de jurisprudence rendues en cette matière sans que cependant aucun précédent ait pu être retrouvé touchant la précédente espèce ;

Attendu que les rédacteurs de cet article 27 ont examiné trois éventualités : l'établissement du médecin dans un bourg, dans un village, dans une commune où il n'y a pas de pharmacien ;

Que l'on ne peut se borner à raisonner, comme le fait le défendeur, sur l'expression unique de commune avec les limites administratives qui ont été données longtemps après la loi de Germinal an XI, sans s'attacher aux mots bourg et village qui sont pourtant les premiers employés ;

Que s'il en avait été ainsi, les rédacteurs de la loi auraient simplement fait usage du seul mot commune ;

Qu'ils ont voulu, au contraire, se placer en fait, préoccupés uniquement de rechercher si oui ou non les malades pourront se procurer des remèdes ;

Que pour solutionner l'instance actuelle, il faut donc rechercher ce qu'on doit entendre par un bourg et de quelles parties il peut se composer ;

Attendu qu'un bourg est une agglomération de maisons groupées en un point où convergent les intérêts économiques d'une certaine région et où se tiennent des marchés ;

Qu'à notre époque doivent être, au point de vue général de leurs intérêts, de leurs convenances, envisagés comme habitants d'un bourg tous ceux qui résident dans les maisons formant ce groupement ou cette agglomération, indépendamment de toute limite administrative pouvant les rattacher à une autre commune ;

Qu'il n'apparaît pas, bien au contraire, que le législateur de l'an XI ait pu donner au mot bourg par lui employé une autre acception ;

Qu'en interdisant la vente de médicaments au médecin habitant un bourg où il y a un pharmacien, il a consacré le monopole qu'il créait au profit des pharmaciens, les malades y trouvant à leur portée tous

es remèdes qui leur étaient nécessaires et les médecins la certitude qu'il en serait ainsi ;

Attendu qu'il n'est pas contestable que l'habitation du docteur X. fait partie de l'agglomération de N., qu'il n'y a donc aucun intérêt pour les malades, une officine de pharmacien étant ouverte à N., à ce que le docteur X. leur livre des médicaments ;

Que le docteur X. est le premier à reconnaître que *l'application de la loi telle qu'il la demande est choquante pour la raison*, mais que, sous peine d'arriver à de l'arbitraire, il prétend qu'on ne saurait contester la légitimité de la thèse qu'il soutient ;

Attendu que (la question une fois admise) l'interprétation qui précède se résout en une question de fait et d'espèce laissée à l'appréciation des Tribunaux comme toutes celles qui leur sont journellement soumises ;

Qu'admettre les prétentions du docteur X. serait ouvrir la porte à de nombreux abus et permettre aux médecins d'éluder très facilement les prescriptions légales, les maisons comprises dans l'agglomération d'un très grand nombre de villes, bourgs ou villages, se trouvant construites comme celles formant le bourg de N. sur des territoires administrativement rattachés à deux et même plusieurs communes ;

Attendu que A justifie avoir subi par suite des agissements du docteur X., un préjudice, que pendant plusieurs mois il a cessé, comme il le faisait auparavant, de fournir aux clients de ce médecin les médicaments par lui prescrits ;

Attendu que le Syndicat des pharmaciens agissant dans l'intérêt de cette corporation a qualité pour faire cesser toute atteinte portée au monopole qui lui appartient, qu'il ne justifie cependant avoir souffert aucun préjudice matériel sérieux ;

Que le Tribunal possède les éléments propres à apprécier les dommages-intérêts qu'il convient d'allouer aux demandeurs ;

Par ces motifs,

Le Tribunal, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort, dit et juge que le docteur X., en vendant des médicaments, a porté atteinte au monopole des pharmaciens ;

Condamne le docteur X. sous une astreinte de 20 francs par jour de retard à partir de la notification du présent jugement, à cesser toute vente de médicaments, et ce, pendant un mois, après lequel délai il sera fait droit ;

Et pour le préjudice causé à ce jour :

Condamne X. à payer à A. une somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts et à F. ès qualité une somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts ;

Et statuant sur les conclusions de M. le Procureur de la République, condamne X., à l'amende de 10 francs pour non-comparution en conciliation.

Le condamne en tous les dépens de l'instance.

Dit bien jugé, mal appelé ;

Confirme, en conséquence, le jugement dont appel qui sortira son plein et entier effet ;

Déboute l'appelant de toutes ses demandes, fins et conclusions.

Le condamne à l'amende et en tous les dépens de son appel.

Note. — L'arrêt ci-dessus, comme le jugement du tribunal civil de Rennes du 22 février 1910, qu'il confirme en reproduisant purement et simplement les motifs, vient contredire la doctrine généralement admise.

M. Perreau, dans ses « Eléments de jurisprudence médicale », le plus récent et le mieux au point des traités de droit médical, s'exprime comme suit (page 187) : « En outre, cette pharmacie doit être située dans la commune où réside le médecin. On a pris pour plus de simplicité la plus petite circonscription administrative. Peu importerait donc qu'il y en eût une dans une commune voisine, serait-elle matériellement toute proche de l'habitation du malade ou de celle du médecin. *Cette règle amène parfois des résultats qui choquent la raison* ; mais la loi veut éviter les évaluations de distance, qui sont souvent délicates, pour s'en tenir aux limites administratives, qui seront toujours suffisamment connues. »

Cependant, il ne cite — et pour cause — aucune décision judiciaire à l'appui de son interprétation.

Celle de la Cour de Rennes est-elle donc contraire au bon sens et à l'équité ? Il faut reconnaître que non, comme l'ont fait implicitement d'ailleurs M. Perreau dans le passage précité et le D[r] X., lui-même, d'après les termes du jugement en reconnaissant « *que l'application de la loi telle qu'il la demande est choquante pour la raison.* »

Est-elle contraire au texte de la loi de germinal ?

Cela ne nous semble nullement prouvé, si l'on admet que le législateur, au lieu d'employer la seule expression « communes », ne l'a pas sans raison fait précéder des mots « bourgs et villages ».

Est-elle susceptible de conduire à l'arbitraire ? Oui, c'est certain, mais c'est une question d'espèces et il appartient aux tribunaux d'y veiller, et de ne pas se laisser entraîner à des solutions critiquables à ce point de vue. Le Tribunal et la Cour de Rennes nous paraissent avoir sainement apprécié les faits de la cause qui leur était soumise.

Nous sommes donc d'avis que l'arrêt ci-dessus peut être approuvé par le Corps médical et que les médecins feront sagement d'éviter d'exercer la pharmacie dans des conditions qui, suivant l'expression du Tribunal de Rennes et de M. Perreau « choquent la raison », sans avoir pour excuse de sauvegarder l'intérêt des malades.

J. Dumesny,
Conseil adjoint du « Sou Médical ».

VARIÉTÉS

Le Médecin de campagne.

Nous découpons, dans le *Progrès de St-Claude* la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

La lutte sans merci et.... sans raison valable que la municipalité de Moirans mène contre moi depuis bientôt un an, au mépris de toutes les lois existantes, me fait penser à l'hospitalité si connue de votre journal et je vous prie de vouloir bien insérer une page de notre vie professionnelle que nous apportent les journaux autrichiens, et parmi eux l'*Allegemeine Wiener med. Zeitung*, en ajoutant un nom nouveau au martyrologe des

médecins. C'est celui du docteur Richard, médecin communal à Riedau (Haute-Autriche), qu'avec une étrange barbarie ses concitoyens ont frappé au cœur, dans toute la cruelle acception du terme.

Voici la navrante histoire de ce martyr du devoir :

Il y a quelques années, le docteur Richard fut nommé médecin communal à Riedau qui compte 8 à 900 habitants. Dévoué à ses malades, traitant les pauvres avec la même conscience que les riches, remplissant avec ardeur la mission qui lui était confiée, Richard acquit bientôt les sympathies de tous ; il était populaire..... il aurait pu se croire aimé !

Un beau jour, il y eut à Riedau un cas de fièvre typhoïde. Respectueux de son devoir de médecin et, du reste, obéissant à la loi, il signala le cas aux autorités compétentes.

Or, Riedau attire en été pas mal d'excursionnistes, et sous peu devait avoir lieu un passage de troupes. Il était de l'intérêt égoïste de la municipalité que le danger soit caché. Richard crut, au contraire, qu'il valait mieux que le péril fût circonscrit.

A la nouvelle de la déclaration faite par Richard à l'autorité préfectorale, grand émoi parmi les notables. La commission d'hygiène du village, présidée par le maire, fut réunie en hâte. La commission, ayant examiné la situation, intervint auprès du docteur Richard pour qu'il retirât sa déclaration en prétextant une erreur de diagnostic : il va sans dire que Richard refusa ; il se rendait compte du danger, car, s'il ne maintenait pas sa démarche, aucune mesure ne serait prise, la population tout entière était exposée à la contagion. De nouvelles interventions furent faites auprès de lui ; il demeura inébranlable.

Ce fut alors le boycottage odieux et atroce. On refusa des vivres au malheureux médecin et à sa famille ; on l'accabla de lettres anonymes infâmes et menaçantes ; on brisa ses vitres et le conseil municipal alla jusqu'à refuser de lui payer ses honoraires de médecin municipal.

Il essaya de faire entendre raison à cette municipalité bizarre ; ce fut en vain, on ne voulut l'écouter et on continua de le tourmenter.

Grâce à ses soins, il put guérir son typhique.

A ce moment-là, Gaston Pressler, ancien député au Parlement autrichien, homme dans la force de l'âge, voulut aller prendre quelques jours de repos dans une propriété qu'il possédait à Riedau. Ayant entendu vaguement dire qu'il y avait la fièvre typhoïde dans la commune, il écrivit au maire pour se renseigner. Ce dernier l'assura que jamais l'état sanitaire de la commune n'avait été meilleur ; confiant, Pressler vint à Riedau avec toute sa famille. Quelques jours après, tous étaient atteints de fièvre typhoïde. Pressler et sa femme succombèrent, leurs deux enfants purent guérir.

Richard, qui les avait soignés, fit une nouvelle déclaration pour ces quatre cas ; les persécutions redoublèrent contre lui ; le maire l'avisa par lettre que désormais, au mépris de la nomination impériale, la commune entendait se passer de ses services. Richard, poussé à bout, mit au courant la Société des médecins de la Haute-Autriche qui, à son tour, avisa la Préfecture.

Le Conseil municipal de Riedau fut dissous, le maire fut suspendu, la révocation du docteur Richard fut annulée. Victoire à la Pyrrhus remportée par notre malheureux docteur. On en vint à le poursuivre dans la rue et les gendarmes furent envoyés sur l'ordre de la Préfecture pour protéger son existence.

Le boycottage se fit plus odieux encore ; ses débiteurs refusèrent de le payer, on le vola, on entrait chez lui pour saccager sa demeure. Le malheureux aurait voulu partir, mais le poste manquait... et hélas ! ses ressources étaient épuisées ; il fallait qu'il meure au poteau de torture.

L'âme et le corps brisés, il s'obstina à rester pour des jours meilleurs. La lutte ne fut pas longue. Quelques jours après, à trente-six ans, le docteur Richard succombait dans une crise de paralysie cardiaque laissant, privés de tous moyens d'existence, une vieille mère, une femme et un enfant.

Certes, on a couvert sa tombe de fleurs, on a rendu hommage à sa mémoire, on a promis une pension à sa veuve, à sa mère, à son enfant. Il est possible qu'on tienne ces promesses, peut-être le gouvernement ira-t-il jusqu'au modeste monument, et puis les médecins d'Autriche, comme ceux d'*autres pays*, auront bientôt oublié la terrible leçon que Richard nous donne par sa mort.

Eh oui ! cette leçon, nous l'oublierons ; ce sera un titre de gloire de ne pas s'en souvenir, comme Richard l'aurait oubliée s'il avait vécu. Traqué de toute part, victime des progrès soi-disant humanitaires, poursuivi par le chantage et la calomnie, le médecin, entré dans la carrière l'âme rayonnante d'idéal, continuera toujours son droit chemin au milieu de l'ignorance des uns, de la méchanceté des autres, de la veulerie du plus grand nombre de nos semblables. Aujourd'hui plus que jamais, ce chemin est semé d'épines, bordé de précipices ; dans notre fécond altruisme nous écartons négligemment les uns et refusons de voir les autres, et continuons malgré tout, à professer l'esprit de sacrifice, à soulager et peut-être à aimer ceux qui nous vilipendent.

Il faut s'attendre à tout. Le cas de Richard peut se présenter chez nous comme à Riedau. L'homme est sous toutes les latitudes le même animal égoïste, malfaisant et féroce (1).

Docteur Henri DAUM.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

A la mémoire du D Guinard. — *Ordre du jour voté par le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine le* 19 *juin* 1911. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, douloureusement ému de la mort de son ancien président le docteur Guinard, victime du devoir médical, convaincu que le deuil de la famille est partagé par le corps médical tout entier, charge son bureau de transmettre à Madame Guinard l'expression unanime de ses sentiments de condoléance.

Le Conseil d'Administration du Syndicat des médecins de la Seine, décide d'ouvrir une souscription pour l'érection d'un monument à leur regretté confrère et de convier l'Union des Syndicats médicaux de France, l'Association générale des médecins de France, la Société des Médecins et des chirurgiens des hôpitaux, les Sociétés d'Arrondissement et tou-

(1) Un journal politique autrichien faisait ironiquement remarquer que l'affaire Richard a soulevé de l'émotion, surtout à cause de la mort de Pressler, homme très connu dans le monde parlementaire et à Vienne. Sans cela, c'eût été la banale histoire d'un *médecin de campagne en conflit avec la municipalité de son village.* — H. D.

tes les Sociétés médicales de s'associer à ce grand mouvement de piété et de solidarité confraternelles.

Encore une victoire médicale en justice. — C'est là contrepartie des nombreuses défaites que les Tribunaux infligent, trop souvent à tort, au Corps médical. Il faut bien que celui-ci ait de temps en temps une compensation.

M. le docteur Semlecq se voyait obligé de demander audience aux juges de la cinquième chambre pour obtenir paiement du prix de 327 visites qui lui étaient dues pour soins donnés à M. Nicolas de Bénardaky. Celui-ci étant décédé, le médecin ne pouvait que s'adresser à Mme veuve de Bénardaky, prise en sa qualité de légataire universelle et seule représentante, aux termes de la loi russe, de la succession de son mari.

Sans méconnaître le principe de la demande, la veuve considérait que le prix de vingt francs la visite était manifestement exagéré.

Elle proposait dix francs.

Entre les deux chiffres, le Tribunal, présidé par M. Masse, a opiné pour le premier, c'est-à-dire pour la visite à vingt francs :

Attendu qu'il résulte de la comptabilité régulièrement tenue du docteur Semlecq que, du vivant du malade, le prix des visites était fixé à vingt francs et celles-ci lui ont été régulièrement payées à ce taux au cours des années 1907-1908 ;

Attendu qu'étant donné le nombre considérable de ces visites, la dame de Bénardaky pourrait être en droit d'en faire ramener le prix à dix francs, s'il n'était justifié par le demandeur que la plupart d'entre elles dépassaient en durée la longueur des visites habituelles du médecin à raison de lavages, pansements et injections hypodermiques, que le docteur Semlecq devait pratiquer journellement et souvent même plusieurs fois par jour pour calmer les souffrances du malade...

Service de santé militaire. — Des concours seront ouverts, le 1er décembre 1911, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'admission à treize emplois de médecins aide-major de 2e classe et deux emplois de pharmacien aide-major de 2e classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1911 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteurs ou pharmaciens de 1re classe avant le 15 janvier 1912. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) *avant le* 15 *novembre* 1911.

Les programmes arrêtés le 31 mai 1911, donnant les conditions de ces concours, sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (P. S.).

A la Sorbonne. — Par arrêté en date du 9 juin. M. Marage, docteur en médecine et Docteur ès-sciences, est nommé, à la Sorbonne, chargé du cours de Physiologie de la Parole. Cette nouvelle chaire est rattachée à l'Institut de Phonétique qui sera installé dans les locaux occupés actuellement par la Chimie.

M. Marage faisait, depuis huit ans, à la Faculté des Sciences, un cours libre de Physique biologique sur la phonation et l'audition. Le succès de ce cours a montré qu'on pouvait le rendre officiel.

Vocabulaire des clients.— Lors de mon conseil de revision, j'attendais mon tour dans la salle, près de la porte gardée par un pandore.

Un major, après avoir examiné un conscrit, s'était retourné vers les membres du Conseil en disant :

« Ajourné, varicocèle ! »

Distrait, je n'avais pas entendu. Je demande au gendarme : – « Qu'y-a-t-il ? » Et le pandore de me répondre : — « Ajourné, haricot sec. »

Dr GAZAVE.

La maison de Pasteur à Dôle. — La municipalité de Dôle se propose d'acquérir la maison de Pasteur pour la préserver de toute destruction et la conserver comme un souvenir local du grand Français qui y vit le jour.

Elle fait appel aux admirateurs de Pasteur pour provoquer les souscriptions nécessaires à la réalisation de cette touchante pensée.

Nul doute qu'elle ne rencontre une adhésion unanime.

Pour l'enseignement classique. — La Société de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient d'émettre le vœu suivant :

« Considérant :

1o Que l'enseignement classique contribue puissamment à donner au médecin l'élévation d'esprit, de sentiment et de caractère, aussi indispensable à sa mission morale et sociale que l'enseignement technique est indispensable à son rôle professionnel ;

2o Considérant que le décret du 29 avril 1910 sur les équivalences compromet la cause de cet enseignement classique ;

Emet le vœu que le décret du 29 avril 1910 soit abrogé. »

Ignorance de Guy Patin sur les Eaux minérales. — Dans une lettre à *Charles Spon* du 27 juin 1651, on lit en effet : « Apprenez-moi donc en quelle province est Vichy, à combien de Lyon, et quelles eaux ce sont : vitrioleuses, ferrées, bitumeuses, nitreuses ou sulfurées ».

Patin était d'ailleurs, non seulement ignorant mais fort incrédule en fait d'eaux minérales : Dans la lettre du 30 juin 1665, il écrit : « Pour ce qui est des eaux minérales, je vous dirais que je n'y crois guère. Maître Nicolas Piètre m'en a détrompé il y a 40 ans. Fallope les appelle un remède empirique. Elles font bien plus de cocus qu'elles ne guérissent de malades. Elles sont plus célèbres que salubres ». (voir Pierre Pic, *Guy Patin*, pp. 69 et 73).

Au 17e siècle, comme de nos jours d'ailleurs, la chaire d'hydrologie n'existait pas à la Faculté de médecine.

Et dire que cette ignorance de Guy Patin et de ses contemporains nous a peut-être valu l'une des plus remarquables oraisons funèbres de Bossuet : « Madame se meurt ! Madame est morte ! »

La constipation d'Henriette d'Angleterre, soignée dans quelqu'une de nos plus renommées stations thermales, c'était sans doute l'appendicite prévenue et la mort de la princesse indéfiniment retardée.

A quoi tiennent les destinées ! !

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON 3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 27 Dimanche 2 JUILLET 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du « Concours Médical » n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le réveil de la profession médicale en Grande-Bretagne

La British Medical Association se réorganise. — Le projet de loi sur l'assurance obligatoire du gouvernement anglais. — Ses conséquences pour les médecins praticiens. — La déclaration de la British Medical Association.

Rien n'était venu jusqu'à ce jour troubler la quiétude de la *British Medical Association*.

Dans tous les grands centres, ses membres se réunissaient chaque année en un traditionnel banquet. On y dînait avec de belles dames, et d'éloquents discours y étaient prononcés, avec le décorum habituel, sur la dignité de la profession. Des intérêts médicaux, on n'en avait cure ; la grande association laissait ce souci à des groupements secondaires, des sortes de syndicats qui s'étaient constitués dans quelques centres pour tenir tête à l'exploitation croissante des mutualistes. Cependant ces groupements un peu dédaignés n'étaient pas inactifs ; certains, comme l'Association médicale de Prévoyance de Southampton, avaient tenté, avec plus ou moins de succès, de se substituer aux Mutualités elles-mêmes, en assurant les soins médicaux volontaires et effectifs aux personnes besogneuses, à celles par exemple dont le gain par semaine était inférieur à 30 shillings (37 fr. 50). Mais vraiment, était-il digne de s'organiser ainsi ? N'était-ce pas se ravaler aux rangs des industriels et des commerçants ? N'était-ce pas diminuer la considération qui s'attache aux professions dites libérales, à cette sorte d'aristocratie contemporaine de l'intelligence et de la pensée ?

C'était bien là, en effet, les questions que se posaient la *British Medical Association* et la grande majorité du corps médical britannique,

comme encore naguère une fraction importante des praticiens français.

Cependant, en examinant de près la conduite de chacun, on pouvait s'apercevoir que malgré ses façons de sacerdoce, l'exercice de la médecine en Angleterre s'accommodait parfois des méthodes commerciales et industrielles. Tel oculiste réputé de Londres, par exemple, chirurgien passé maître en l'art d'extraire la cataracte, n'opérait jamais jadis à moins de 1000 livres sterling les clients qu'on lui adressait. Un jour, il préféra traiter avec un hôpital, y envoyer tous ses clients, les opérer dans des conditions infiniment moins coûteuses, laisser aux assistants et aux nurses de l'hôpital la préparation de l'opération et les soins consécutifs. Et, malgré la diminution considérable du taux de ses honoraires pour chaque opéré, il avait vu le total de ses recettes augmenter prodigieusement, étant donné le nombre d'interventions qu'il pouvait faire chaque jour.

N'était-ce pas appliquer à la chirurgie les procédés industriels d'une meilleure organisation du travail ? N'était-ce pas la substitution de l'*usine hospitalière bien organisée, permettant* l'exécution intensive des actes opératoires, au travail individuel isolé, plus coûteux pour le client et moins productif pour l'opérateur ?

Le chirurgien, cependant, eût bondi sous l'insulte de cette comparaison exacte, et n'eût pas voulu, certes, s'affilier à une de ces sociétés de défense professionnelle.

En quelques jours tout ceci a changé, la *British Medical Association* est devenue une fédération active et ardente; elle s'est réorganisée, a modifié ses statuts, les groupements syndicaux se sont fondus dans son sein ou marchent sous sa bannière.

Un de nos confrères anglais, une sorte d'apôtre, tant par son talent d'agitateur que par la profonde conviction qui l'anime, M. Wheitteker Smith, va, au nom et aux frais de la *British Medical Association*, prêcher dans tous les centres de la Grande-Bretagne la bonne parole, comme en France les Boudin et les Diverneresse.

D'où vient donc cette transformation qui tient du miracle ? C'est ce que nous a très aimablement expliqué notre ami, M. Adolphe Smith, le distingué envoyé spécial de *The Lancet*, le grand journal médical de Londres. M. A. Smith entretient avec nous depuis quinze ans les relations les plus cordiales. Hygiéniste de valeur, il s'intéresse en outre à tout ce qui a trait aux rapports du médecin praticien avec les collectivités. Tous les ans ou les deux ans, nous voyons surgir sa haute silhouette et, de son œil scrutateur et perçant, il vient fouiller chez nous les documents qui l'intéressent sur nos efforts de défense professionnelle. Mais l'interviewé prend sa revanche et devient à son tour interviewéur. M. Ad. Smith s'y prête de bonne grâce et nous confie les résultats de ses enquêtes en Angleterre. Nous passons ainsi ensemble quelques heures instructives et agréables, et si nous pouvons reproduire ici les faits qu'il nous a signalés, il nous est tout à fait impossible de rendre cet esprit d'une ironie spéciale, cet humour britannique qui donne aux causeries de M. Ad. Smith un charme tout particulier.

* * *

La cause du réveil du Corps médical britannique, nous apprit M. Ad. Smith, est le projet de loi sur l'assurance obligatoire présenté au Parlement par le Chancelier de l'Echiquier, M. Lloyd George, projet qui, s'il était voté et appliqué, modifierait d'une façon que l'on ne peut actuellement concevoir la situation économique des médecins praticiens du Royaume-Uni.

Le projet de loi en question assujettit à l'assurance obligatoire tout travailleur, ouvrier ou employé quelconque, dont le gain annuel est inférieur à 160 livres sterling (4.000 fr. environ). Ce chiffre de 160 livres sterling a été choisi parce que les travailleurs qui le dépassent sont soumis à l'*income tax* (impôt sur le revenu). L'assurance obligatoire du projet gouvernemental anglais fonctionnerait avec une triple contribution : celle du travailleur, qui paierait 4 pence par semaine, celle de l'employeur, 3 pence, et enfin celle de l'Etat, 2 pence. Ce qui ferait au total 9 pence par semaine pour chaque travailleur (soit 0 fr. 90 centimes par semaine, 46 fr. 80 par an). Les sommes ainsi amassées pourvoiraient à de nombreuses organisations. Nous ne retiendrons aujourd'hui que celles qui intéressent directement le médecin et le malade.

10 shillings (12 fr. 50) seraient attribués par semaine à chaque assuré malade durant tout le cours de sa maladie.

On a calculé que 4.200.000 livres sterlings (en francs 105 millions) pourraient être consacrées exclusivement aux frais médicaux et pharmaceutiques (honoraires médicaux, remèdes, objets et appareils de pansements).

1.000.000 de livres (en francs 25 millions) serviraient à organiser et à entretenir des sanatoriums.

1.500.000 livres (en fr. 37.500.000) seraient réservées pour les accouchements, le tiers de cette somme serait prélevé pour honorer les accoucheurs et sages-femmes.

On a calculé (mais ce chiffre n'a rien d'officiel) que, pour chaque assuré, on disposerait environ de 6 shillings (7 fr. 50) pour payer les

frais médicaux et pharmaceutiques et que les médecins toucheraient plus de 5 shillings comme honoraires. Notons que les praticiens anglais fournissent ordinairement les médicaments à leurs malades, comme chez nous les médecins propharmaciens.

Ces chiffres sont de beaucoup supérieurs aux abonnements que paient aux médecins les meilleures des Mutualités anglaises. Cependant, ce sont eux qui ont amené la transfiguration pour ne pas dire la résurrection de la *British Medical Association* qui, peut-être maintenant qu'elle est en toute activité, songera à s'occuper de l'exploitation mutualiste.

Une grande Assemblée générale comprenant 150 délégués, venant de toutes les sections de la *British medical Association*, a tenu à Londres une séance mémorable qui a duré de 10 heures du matin à minuit pour examiner cette situation. Le Chancelier de l'Echiquier (ministre des finances), qui comprend autrement ses devoirs que les éphémères ministres de notre République, n'a pas craint de se rendre à cette Assemblée. Il a reconnu que le libre choix du médecin laissé aux assurés serait désirable et a envisagé favorablement l'établissement d'un tableau assez vaste pour y inscrire la totalité des médecins praticiens.

La *British Medical Association* a rédigé une déclaration dans laquelle elle approuve le principe du projet de loi. Elle demande que les assujettis à cette assurance soient les travailleurs dont le gain annuel ne dépasse pas 100 livres (2.500 fr.). Elle fait remarquer que, si avec 160 livres (4.000 fr.) un citoyen n'est pas en mesure de payer l'income tax, il peut fort bien honorer son médecin et pourvoir à ses frais de maladie.

La déclaration repousse en outre toute intrusion des Mutualités dans l'application de la loi, et exige la présence de délégués médicaux dans tous les conseils et les commissions officiels qui seront institués pour le fonctionnement de l'assurance.

Parmi ces comités, un d'entre eux, dans le projet défendu par le Chancelier de l'Echiquier, sera le Comité de santé pour l'exécution de la loi d'assurance, qui aura pour mission de surveiller, en ce qui concerne les assurés, la bonne application de la loi sanitaire, et de contrôler sur ce point les actes des fonctionnaires sanitaires. Nous savons que ces fonctionnaires, dont l'autorité est très étendue, sont choisis par les municipalités, mais qu'une fois nommés, ils conservent leurs fonctions en *permanence*, ne peuvent être révoqués et ont toute liberté pour agir comme ils le jugent utile à la santé publique.

Telle est la situation. En ce qui concerne les mutualités, le Chancelier de l'Echiquier n'a pas caché aux médecins qu'on trouverait une résistance à vaincre, celle des médecins de ces mutualités qui réclameraient le respect de leurs situations acquises. Ces médecins salariés par les mutualistes et pauvrement salariés, sont pour la plupart des *blak legs* (jambes noires), expression qui correspond exactement au néologisme de *renard*, actuellement employé en France, et que M. Ad. Smith traduit par le terme pittoresque de *sarrasin*. Pour la plupart, ces médecins peu considérés ont été appelés de loin pour remplacer les praticiens d'une ville devenus trop exigeants au gré des mutualistes. Ils sont venus en briseurs de grève, et M. Ad. Smith, qui sur ce sujet est bien documenté, nous a conté l'histoire tragi-comique des *blak legs* médicaux de Southampton que nous ne pouvons reproduire ici, mais qui donne une idée assez nette de la mentalité des pauvres diables qui acceptent ces situations de médecins de mutualités.

Il est intéressant de faire connaître à nos confrères de France cet épisode de l'histoire professionnelle de la médecine britannique. Veillons à ce qui pourra survenir demain chez nous. Il existe actuellement en Europe une solidarité économique et sociale de plus en plus croissante.

Tous les médecins européens qui exercent ont de plus en plus intérêt à se connaître, à s'instruire réciproquement, à se renseigner. La création d'une sorte de Comité international pour l'étude des questions qui ont trait à la profession médicale nous paraît actuellement nécessaire. Ce nouvel organisme d'études, qui devrait rester dans le domaine absolument professionnel et pratique, en dehors de toute coterie scientifique ou officielle, composé uniquement d'hommes qui ne convoiteraient ni décorations, ni places, ni honneurs officiels, ne serait pas, croyons-nous, très difficile à constituer ?

J. Noir.

Election du Président de l'Association générale des médecins de France. — Nous sommes heureux d'apprendre que M. le Dr LANDE *a été élu par* **3.811 voix**. Nos vives félicitations au nouveau Président. Les 22 présidents de sociétés locales qui, avec quelque naïveté, ont tenté par le procédé que l'on sait à faire échec à la candidature de M. Lande, ont réuni 1804 voix sur le nom de M.G. Lepage. —N. D. L. R.

PARTIE SCIENTIFIQUE

ORTHOPÉDIE PRATIQUE

Indications générales du traitement de la scoliose essentielle des adolescents,

Par le Dr André CHALIER,
Prosecteur à la Faculté de Lyon.

Selon une opinion très répandue dans le public, dès qu'une jeune fille « se dévie la taille » ou « prend une épaule plus forte que l'autre », il suffit de la confier à une corsetière ou à un professeur de gymnastique.

Il faut bien reconnaître que certains médecins contribuent à propager cette erreur lorsque, en présence d'une scoliose pour laquelle on les consulte, ils se contentent d'ordonner le port d'un corset ou recommandent d'exécuter des exercices de gymnastique, sans s'inquiéter autrement de l'évolution de la malformation rachidienne. D'autres, moins sceptiques sur l'efficacité d'une thérapeutique qu'ils croient trop spéciale, adressent leur malade à un orthopédiste.

Or, s'il n'est pas douteux que *toutes les scolioses réclament un traitement méthodique et plus ou moins prolongé*, il est également certain que *la plupart de ces scolioses peuvent être soignées par le médecin habituel, au moins en ce qui concerne les grandes lignes de ce traitement.*

Ce sont précisément les *idées directrices* de cette thérapeutique que nous nous proposons d'esquisser ici, telles que nous les avons vu appliquer dans le service de notre maître, le Dr G. Novè-Josserand.

Quelle conduite faut-il donc tenir en présence d'une scoliose *essentielle* des adolescents ? Nous éliminons, bien entendu, les scolioses symptomatiques (scoliose pottique, scoliose paralytique, etc.).

Et d'abord, *il est des scoliotiques qu'il ne faut pas traiter* : ce sont ceux qui ont atteint ou dépassé 18 à 20 ans ; ils ont franchi la période utile du traitement. La scoliose, en effet, est avant tout une *maladie de l'enfance et de l'adolescence* (entre 6 et 17 ans), elle est liée à l'évolution du système osseux. Une fois la croissance terminée, la déformation est définitive ; elle a peu de chance de s'aggraver, comme de s'atténuer ; il n'y a donc plus lieu de s'en occuper.

Par contre, dans toute la période qui précède cette « limite d'âge », la scoliose peut être *arrêtée*, *atténuée* ou *guérie*. Mais il faut, pour cela, une surveillance attentive du médecin et une thérapeutique appropriée à chaque forme clinique.

Nous distinguerons, à ce point de vue, trois grandes variétés de scoliose, faciles à individualiser en clinique : 1° une forme légère ; 2° une forme moyenne ; 3° une forme grave.

I. TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE LÉGÈRE. — Cette forme est caractérisée par l'absence d'altérations osseuses ; il y a seulement relâchement des ligaments intervertébraux et faiblesse des muscles des gouttières ; il y a, en outre, une inégale répartition du poids du corps sur le rachis tendant à l'incurver dans un sens. Cette inégale répartition dépend souvent d'attitudes vicieuses, scolaires ou professionnelles ; elle relève parfois de certaines conditions anatomiques défectueuses : inégalité de longueur des membres inférieurs, torticolis congénital, myopie unilatérale, astigmatisme, etc. Enfin, la pesanteur exercée sur la colonne a tendance à exagérer la déviation.

Voyons le traitement rationnel qui découle de ces notions fondamentales de pathogénie.

1° *On agira sur les ligaments relâchés et sur les muscles affaiblis.* Sans doute, on aura peu de prise sur les ligaments ; on agira cependant sur eux indirectement en *fortifiant l'état général* : bonne hygiène, gymnastique et exercices physiques modérés, hydrothérapie, séjour au bord de la mer, toniques (huile de foie de morue, iode, fer, arsenic). Du côté des muscles, on ménagera le forces du malade ; on évitera les fatigues, les longues marches ; on supprimera les travaux disproportionnés avec l'âge du scoliotique. On *développera la force tonique musculaire* par la gymnastique, mais par une gymnastique non spéciale, faisant travailler tous les muscles du tronc, du thorax et du rachis, aussi bien ceux de la concavité vertébrale que ceux de la convexité et inversement.

2° *On déchargera le rachis*, en prescrivant un *repos relatif*. Il va sans dire qu'on n'immobilisera pas le malade au lit ; mais on prolongera son repos dans le décubitus dorsal ; on le fera coucher tôt et lever tard ; on le fera également s'étendre une heure ou deux au milieu de la journée.

3° *On luttera contre l'inégale répartition du poids sur le rachis.* Pour cela, on supprimera les *attitudes vicieuses* : on en traitera la cause possible (myopie, torticolis, etc.) ; on surveillera la tenue (attitude hanchée) et surtout l'écriture de l'enfant (donner un siège avec dossier). Enfin, le *corset* sera des plus utiles pour répartir les

forces symétriquement ; son but n'est pas de réduire la déformation, mais de suppléer à l'atonie musculaire et de soutenir le poids du corps. On prescrira un corset orthopédique ordinaire ; il faudra seulement qu'il descende très bas sur les hanches et qu'il remonte aussi haut que possible sous les aisselles.

II. Traitement de la scoliose moyenne. — Cette variété est peut-être la plus commune, car la précédente échappe souvent au traitement du médecin. Elle est caractérisée par l'existence de *lésions osseuses*. Ces lésions peuvent être *anciennes*, traduisant alors une malformation vertébrale, soit congénitale, soit rachitique, de la première enfance. Dans ces cas, la guérison anatomique n'est pas possible ; le seul traitement consistera à placer la colonne en rectitude et à la maintenir ainsi, en quelque sorte indéfiniment.

Plus intéressantes et plus curables sont les scolioses plus ou moins *récentes* avec lésions de ramollissement, c'est-à-dire cliniquement avec *déformation de torsion des vertèbres*. Ici aussi on instituera le traitement décrit pour la scoliose légère, en l'exagérant. On insistera sur le *repos au lit. On suspendra ou réduira beaucoup la scolarité.* Enfin, *indication primordiale, on soutiendra le rachis*. Deux modes de corset sont utilisables.

Le corset classique est le *corset Martin*. « Il se compose d'une large ceinture métallique adaptée exactement sur le bassin et supportant un large tuteur postérieur. Ce dernier doit se mouler sur le dos ; on lui adapte des crosses axillaires qui soutiennent les épaules de chaque côté, et des plaques d'acier flexible qui exercent une pression douce et continue sur le thorax, dans les points correspondant au sommet des courbures dorsales et lombaires. Pour rendre cette action plus efficace, il est utile d'ajouter à l'appareil une large ceinture élastique antérieure qui s'applique sur la base du thorax et empêche le malade de prendre une attitude lordosique excessive ». (Nové-Josserand).

A côté de cela, on peut utiliser le *corset moulé en celluloïd, préconisé surtout par M. Vignard.* On le prépare de la façon suivante : l'enfant étant suspendu par la tête, de façon à corriger la déviation, on prend un moulage de son tronc avec des bandes plâtrées. Dans le moule ainsi obtenu, on coule du plâtre ; on a dès lors le moulage du tronc du malade, et, c'est sur ce moulage qu'on fabrique le corset en appliquant des bandes de tarlatane imbibées de celluloïd.

Ce corset en celluloïd a l'énorme avantage de pouvoir être fait par le médecin traitant, d'être très léger, et de s'appliquer exactement aux contours du corps de l'enfant. Il a, par contre, le gros inconvénient d'emprisonner trop étroitement le malade et de déterminer parfois de l'atrophie des muscles thoraciques ; d'autre part, il a besoin d'être renouvelé très fréquemment, tous les deux ou trois mois, en raison de la croissance de l'enfant très marquée à cette période.

C'est pourquoi on préférera le corset Martin, à condition qu'il soit bien exécuté, car avec quelques retouches, le même corset peut durer environ deux ans.

Le corset, nous l'avons dit, n'est pas un appareil de réduction, mais un appareil de soutien. Il faudra donc joindre à son action des *manœuvres destinées à l'assouplissement et à la détorsion du rachis.* Ici encore la *gymnastique* rendra les plus grands services. Mais cette gymnastique ne sera pas seulement limitée aux muscles de la convexité, comme le disent certains auteurs. Elle devra être symétrique et étendue à la totalité des muscles du tronc et des membres. A ce point de vue, la gymnastique de mouvements actifs et passifs suivant la *méthode suédoise* donne des résultats excellents. On y associera, avec fruit, la *gymnastique respiratoire*, consistant en inspirations profondes et rythmées. C'est seulement dans les formes de scoliose avec torsion exagérée qu'il sera nécessaire de combiner aux exercices de gymnastique des *manœuvres de redressement* consistant à faire exécuter des mouvements de rotation du thorax sur le bassin en sens inverse de celui de la déformation ; l'action sera encore plus efficace si l'on exerce une forte pression sur la voussure costale de façon à l'affaisser et à redresser du même coup la courbure vertébrale. Si ces moyens échouent, on s'adressera à la suspension verticale de Sayre ou à des appareils compliqués tels que le lit de Béély, l'appareil à détorsion de Lorenz, le Wolm, etc., usités seulement dans les services ou instituts orthopédiques.

III. Traitement de la scoliose grave. — Avec la scoliose grave, donnant l'impression d'un véritable affaissement des os du rachis, nous nous éloignons de la pratique courante. Aussi nous contenterons-nous de ces quelques indications : au début, pendant toute la phase d'augment, il faudra instituer un traitement un peu comparable à celui du mal de Pott : corset plâtré. et décubitus dorsal. Plus tard, souvent au bout de 3, 4, 5, 6 ans et plus, on en viendra peu à peu au traitement ordinaire : corset Martin, repos prolongé, gymnastique. Mais la surveillance sera longue et le traitement ininterrompu jusqu'au-delà de la période de croissance.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le lieu d'élection de la ponction lombaire.

M. le Dr Le Filliatre, qui s'est adonné avec ardeur à l'étude de la question de la rachistovaïnisation et de la ponction lombaire, est revenu récemment sur ce sujet à la Société du IXe arrondissement, pour rendre compte de ses recherches sur le lieu d'élection de la ponction lombaire.

« Plusieurs auteurs ont soutenu que ce lieu d'élection était le quatrième espace intervertébral lombaire; d'autres ont prétendu qu'il suffisait d'introduire son aiguille dans n'importe quel espace intervertébral. Jonnesco faisait même des ponctions en plein centre cervico-brachial, entre la 7e vertèbre cervicale et la 1re vertèbre dorsale.

« Tuffier, de son côté, dit que la ponction lombaire peut se pratiquer soit au niveau du troisième espace intervertébral lombaire, soit au niveau du quatrième. Il ajoute :

« Le seul endroit où les injections lombaires puissent se faire sans danger de blessure pour la moelle, correspond à l'espace qui s'étend entre la deuxième vertèbre lombaire et la deuxième vertèbre sacrée. Dans toute cette hauteur, en effet, le sac arachnoïdo-dural est vide de moelle et ne contient que les nerfs de la queue de cheval, nerfs flottants et mobiles qui peuvent fuir sous l'aiguille. . . . ., et dont la piqûre n'entraîne d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse ».

Tel n'est pas l'avis de M. Le Filliatre.

Lorsque l'on fait une ponction lombaire, dit-il, dans le 4e espace intervertébral lombaire, il arrive fréquemment que le malade accuse une douleur dans la jambe. Cela tient, comme on peut s'en rendre compte sur la coupe transversale, à ce qu'une aiguille, pénétrant à ce niveau, peut piquer facilement le 5e paire lombaire qui est une des racines importantes du nerf sciatique.

« A la hauteur du 5e espace, au contraire, la cinquième paire n'existe plus, et les autres branches du plexus sacré sont suffisamment postérieures pour que nous ne puissions les atteindre, même en inclinant fortement notre aiguille en dehors.

« Faisons encore remarquer qu'il ne faut pas piquer l'aiguille exactement sur la ligne médiane comme certains confrères le font, mais à 1 cm. et demi en dehors de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire, et l'incliner d'environ 30° sur le plan médian antéro-postérieur. Ainsi, on évite de léser le filum terminale.

« Voici alors comment on opère. On enfonce l'aiguille franchement jusqu'à ce que l'on ait traversé l'espace arachnoïdien et que l'on soit arrêté par le corps de la 5e vertèbre lombaire. On retire un peu l'aiguille et l'on pousse ensuite l'injection de cocaïne avec la certitude de l'envoyer en plein centre lombaire.

En résumé, la ponction lombaire doit être pratiquée dans l'espace lombo-sacré.

1° Parce que, à son niveau, le *lac* formé par 'arachnoïde présente son maximum d'étendue dans le sens postéro-antérieur, 28 millim. environ;

2° Parce que, à son niveau, nous ne risquons pas de léser la première branche du plexus sacré, c'est-à-dire la cinquième paire lombaire ;

3° Parce que, à son niveau, si nous plaçons une canule à drainage, nous ne risquons pas de léser les nerfs de la queue de cheval avec l'extrémité de la canule ou du trocart ;

4° Parce qu'à son niveau, la ponction est beaucoup plus facile, le champ opératoire étant plus étendu et dans le sens vertical et dans le sens transversal.

Moyen simple d'accélérer le travail de l'accouchement.

D'après M. le Dr Quertant, d'Amiens, un moyen très simple d'accélérer le travail de la parturition, lorsqu'il traîne, consiste à enrouler une bande de toile autour de la taille de la parturiente du pubis à l'épigastre. « A tout hasard, il résolut de tenter le procédé, sans aucune conviction d'ailleurs. Il se servit d'une longue bande élastique à varices, que portait la malade, et l'enroula consciencieusement autour de son ventre. Le résultat dépassa tout ce que l'on peut imaginer. *En une heure* de temps, la malade accoucha, après un travail énergique et des plus réguliers, d'un beau garçon de 3 kil. 600 ». C'est là un fait intéressant, car quel est celui d'entre nous qui n'a pas passé des heures près d'une femme, dont le travail ne marche pas, dont le fœtus souffre et chez qui la dilatation n'est pas suffisante pour pratiquer une application de forceps bénigne ? Le procédé est simple ; il procure une économie considérable d'heures d'attente et surtout de responsabilités.

Les dangers des conserves de poissons et de crustacés.

On s'étonne, souvent, de nos jours, de la fréquence, de la débilité des organismes et de leur peu de résistance à des agents pathogènes presque inconnus autrefois. Certes, il faut incriminer souvent les tares hérédo-syphilitiques et les excès alcooliques et vénériens précoces de l'adolescence, mais il ne faut pas oublier les raffinements chimiques de l'industrie alimentaire et culinaire, qui nous empoisonnent tous les jours. Pour ne citer qu'un exemple entre mille, prenons celui des conserves de poissons et de crustacés. « MM. A. Desgrez et Cains ont présenté à l'Académie des Sciences les résultats de leurs dosages des ptomaïnes contenues dans des conserves de diverses marques. Ces ptomaïnes, qui déjà existent en proportion inoffensive, dès avant l'ouverture des boîtes, ne commencent à augmenter de façon appréciable qu'après deux jours. L'huile n'entrave pas cette formation secondaire, mais semble la favoriser ».

Voilà donc une préparation alimentaire dont il ne faut jamais consommer les restes.

La malléabilité mentale.

L'an dernier, notre confrère, M. le Dr Bérillon, avait déjà attiré l'attention des psychothérapeutes et de tous les praticiens, en général, sur une maladie de l'intelligence ou plutôt sur une infirmité de l'intelligence qu'il avait appelée l'*aphronie*, l'absence de jugement.

Cette fois, il attire encore notre attention sur une autre infirmité de l'esprit, la « malléabilité mentale », qu'il vient de décrire dans une communication à la Société de Psychothérapie.

La malléabilité mentale est la disposition qui porte à accepter la direction d'autrui ou à en subir l'influence ; on l'appelle volontiers : « faiblesse de caractère ».

Les maladies influent d'une façon notable sur la malléabilité mentale. S'il est des états pathologiques dans le cours desquels les malades se montrent plus malléables, il en est d'autres, et, en particulier, dans les maladies mentales, où elle peut disparaître complètement.

La malléabilité mentale est une aptitude élémentaire transmise par l'hérédité, cultivée par l'éducation, exagérée par les conventions sociales. De la combinaison avec d'autres aptitudes élémentaires résultent, pour ceux qui en sont doués, des facilités à s'adapter aux nécessités du milieu dans lequel ils sont destinés à évoluer. On peut donc considérer cette aptitude comme indispensable à l'évolution normale de l'individu et à la conservation de son état de santé. Certains procédés d'investigation physique permettent d'apprécier avec précision le degré de malléabilité mentale propre à chaque personne. Ces procédés renseignent exactement sur l'aptitude que présente le sujet à réaliser les manifestations motrices de l'effort attentionnel, et sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle il se place dans l'état passif et par conséquent accepte la direction d'autrui.

L'application de ce procédé doit faire partie de l'examen clinique, au même titre que l'examen des réflexes, l'auscultation, la percussion et les autres moyens d'investigation clinique.

Dans la pratique, l'application des procédés par lesquels se révèle le degré de la malléabilité mentale n'aboutit pas seulement à des classements généraux. Au contraire, dans la pratique, les renseignements donnés par l'application de ces procédés permettent au psychothérapeute compétent et exercé de se rendre compte d'une infinité de nuances.

Rien ne sera plus facile pour lui que d'apprécier l'état d'esprit du sujet au moment où il se soumet au traitement et aussi de reconnaître les particularités de son caractère. Selon que le sujet sera timide, inquiet, préoccupé, réticent ou animé d'idées préconçues, ses réactions seront essentiellement différentes.

Laisser dans l'esprit des empreintes par lesquelles seront neutralisées les tendances mauvaises, les idées fausses, les conceptions et les interprétations erronées, tel est le but du psychothérapeute. Or, ces empreintes ne peuvent être qu'une suite d'impressions et il est logique d'admettre que la pression mentale doit être proportionnée à la malléabilité. Il en résulte que le diagnostic du degré de malléabilité du sujet qui se confie à sa direction doit être placé au premier rang des préoccupations du psychothérapeute.

L'électrargol dans les bronchopneumonies.

Dans une thèse faite à Lausanne (clinique de pédiatrie de M. Combe), M. E. Perrier a étudié l'action des injections hypodermiques d'électrargol (argent colloïdal électrique), sur 47 cas de bronchopneumonie.

« Les injections doivent toujours être, dit l'auteur, intra-musculaires.

« Nous avons toujours commencé par une dose de 5 cc., même chez des enfants âgés de quelques mois seulement. Tant que la fièvre subsiste, nous répétons l'injection chaque jour, et, point très important, sur lequel nous tenons à insister encore, il est nécessaire de refaire une ou deux injections à deux ou trois jours d'intervalle après la chute de la température. En agissant ainsi, on a toutes les chances d'éviter les récidives.

« Dans quelques cas graves, à symptômes inquiétants et où la défervescence tardait à se produire, nous avons employé double dose, soit 10 cc. d'électrargol ; nous nous en sommes toujours bien trouvés.

« Chez l'adulte on peut toujours facilement atteindre 30-40 cc. par injection.

« Grâce à l'emploi de l'électrargol, ce que l'on obtient tout d'abord, c'est dans la plupart des cas, la diminution de la durée de la maladie ; après une période fébrile de quelques jours, six, sept ou même moins, la fièvre tombe, la guérison définitive survient sans rechute et cela même dans des cas où les signes physiques et les symptômes observés avaient été intenses et alarmants. La marche de la maladie rappelle beaucoup celle de la pneumonie franche : durée relativement courte, chute de la fièvre souvent brusque et définitive, ainsi que nous le verrons en étudiant les courbes de température.

« Les râles fins et le souffle disparaissent rapidement, en 24 ou 48 heures selon les cas.

« Notons que jamais les petits malades n'ont paru incommodés, même après des doses élevées d'électrargol. »

Chose importante, le poids des petits malades se ressent heureusement du traitement et le Dr Perrier écrit à ce sujet : « L'électrargol semble donc, au cours des bronchopneumonies, avoir eu pour conséquence bien nette d'enrayer ces déperditions considérables de poids qui ont un effet si néfaste sur l'évolution de la maladie. »

Mais c'est encore sur la température que l'électrargol agit de la façon la plus franche, la plus décisive. Ce n'est pas une action purement antithermique analogue à celle transitoire et spéciale de l'antipyrine par exemple.

« Le rôle de l'électrargol est bien différent ; son action sur la fièvre, qui est très constante, est intimement liée à l'amélioration de la maladie elle-même sous l'influence du traitement. L'élec-

trargol agit comme microbicide et stimulant de la résistance de l'organisme. L'abaissement de la température est la conséquence de cette action ; ce n'est pas un fait passager, l'atténuation simple du symptôme fièvre, mais bien l'indice d'une prochaine guérison.

« Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, la chute de la fièvre s'est faite d'une manière brusque et complète, donnant le tableau d'une véritable crise de pneumonie.

« Le plus souvent, ce n'est qu'après deux ou trois injections que l'on voit la défervescence se faire peu à peu et en quelques jours. »

M. Perrier a traité des enfants âgés de deux mois et demi. Or, on sait que la bronchopneumonie est fort grave chez des sujets aussi jeunes, nous constatons cependant que la statistique reste aussi bonne pour ces cas que pour les autres. Aussi l'auteur ajoute-t-il :

« Ces guérisons obtenues à un âge si peu avancé, où les défenses de l'organisme sont encore si minimes, nous montrent combien l'électrargol peut suppléer à une défense absente ou la stimuler quand elle est insuffisante. »

Touchant les doses, l'auteur donne les indications suivantes, les injections étant intra-musculaires.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement des fractures obliques de jambe. — Corps étranger bronchique. — Deux cas d'ulcère de Vincent (pourriture d'hôpital), — Plombage des cavités osseuses par le mélange de Mosetig-Moorhof. — Lipectomie.

MM. Quénu et Mathieu font à la *Société de Chirurgie* une communication sur le *traitement des fractures obliques de jambe par l'appareil de Lambret modifié.*

Si les chirurgiens sont d'accord pour traiter par les appareils les fractures de jambe transversales et sans grand déplacement, il n'en est plus de même quand il s'agit de fractures obliques, à grand déplacement. Dans un rapport qui date de 1894, M. Nélaton disait : « Ayant fait le service du Bureau central et ayant passé par l'hospice d'Ivry, j'ai vu bon nombre de fractures de jambe vicieusement consolidées », et il inclinait vers l'intervention sanglante lorsqu'on ne parvient pas à donner au membre une bonne direction. Deux ans plus tard, M. Hennequin vint présenter son appareil à extension continue pour fractures de jambe. De leur côté, Codivilla (de Bologne) et Steimann (de Bâle) ont recommandé l'extension en prenant comme point d'appui un clou enfoncé dans l'os. En 1910, M. Lambret a soumis à la Société de Chirurgie un appareil qui maintient l'extension à l'aide de deux tiges perforantes fixées dans les fragments osseux, tiges mises en position convenable par l'appareil.

MM. Quénu et Mathieu ont apporté à l'appareil primitif de Lambret quelques modifications dont ils montrent le dispositif à la Société. Ils estiment que M. Lambret a inauguré une méthode véritablement nouvelle, intermédiaire entre les appareils et les procédés sanglants, avantageuse dans le traitement des fractures de jambe obliques ou à grand déplacement. La méthode offre une puissance de réduction considérable et la contention qu'elle procure est très bien tolérée.

A ce propos, une discussion s'engage devant la Société de chirurgie, sur le traitement des fractures du tibia, des *fractures obliques, à grand déplacement, non ouvertes.*

M. Thiéry est partisan du traitement sanglant par la suture ou la ligature, qui donne une coaptation exacte des fragments. La méthode d'extension continue de Hennequin demeure, en l'espèce, insuffisante. L'appareil de Lambret fournit une bonne réduction, mais avec moins d'avantages.

M. Rochard prend la défense des appareils de Hennequin. Il soigne les fractures obliques du tibia par le procédé de Hennequin et il en obtient d'excellents résultats, sans même de raccourcissement, à condition d'y apporter une grande surveillance.

M. Routier rappelle les progrès réalisés dans le traitement des fractures de jambe par les appareils de marche de M. Delbet. En cette matière, la réduction osseuse parfaite, anatomique, ne prime pas. Le point le plus essentiel est le bon état des articulations et des muscles. Or, l'appa-

reil de marche du prof. Delbet maintient la souplesse des jointures et fait fonctionner les muscles.

M. WALTHER pense également que l'on peut, dans le plus grand nombre de cas, obtenir par la réduction, exécutée en flexion du genou (ce qui la facilite), ou la réduction sous le chloroforme, la correction de la déformation. Cette correction n'est pas absolue mais elle est suffisante. C'est seulement dans les fractures résistant à toutes les tentatives de réduction que la méthode de traction directe est indiquée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que l'on peut réserver l'opération des fractures de jambe pour les cas très rares, où les appareils échouent. Généralement, ce sont des interventions inutiles.

— M. SÉBILEAU présente à la *Société de chirurgie* un malade porteur depuis quatre jours d'un *corps étranger de la bronche droite* avec une curieuse symptomatologie.

Le corps étranger est un petit sifflet. Sa présence ne s'accompagne d'aucun symptôme. On ne constate pas de dyspnée, pas de toux, pas de réaction fébrile. A l'auscultation, le murmure vésiculaire n'est pas modifié. A la hauteur de la bifurcation bronchique, il existe à gauche en arrière un peu de respiration soufflante. Au total, il n'y a qu'un signe clinique appréciable et ce signe est curieux ; chaque fois que l'enfant expire un peu fortement, l'anche du sifflet vibre et il se produit au sein du thorax, un véritable bruit musical (bruit de trompette d'enfant).

Le traitement comportera l'extraction par la méthode bronchoscopique.

— M. Lucien PICQUÉ lit à la *Société de chirurgie* une note sur *deux cas d'ulcère de Vincent.*

Cette lésion revêt cliniquement l'aspect de la pourriture d'hôpital que l'on observait jadis dans les hôpitaux à l'état d'endémie. Elle en possède la flore microbienne (association des bacilles fusiformes aux spirilles). M. Picqué propose de lui enlever le nom de pourriture d'hôpital (les cas, si rares, observés, venant du dehors) et de l'appeler ulcère de Vincent, du nom de l'auteur qui l'a bien étudiée dans ces dernières années. Le traitement de l'ulcère de Vincent (ou pourriture d'hôpital des anciens auteurs) sera antiseptique (eau oxygénée, teinture d'iode, poudre de Vincent composée de 2 gr. de chlorure de chaux frais mélangé avec 18 gr. d'acide borique).

— M. RIGOLLOT-SIMONOT présente à la *Société des chirurgiens de Paris* cinq observations de *plombage des cavités osseuses par le mélange de Mosetig-Moorhof.* Les plus récentes de ces observations datent de huit mois. Il s'agit de cavités osseuses ostéomyéliques ou tuberculeuses dont une avait le volume d'une noisette et deux autres celui d'une grosse noix. Deux enfin étaient beaucoup plus considérables ; l'une, de 12 centim. de longueur, creusait dans l'épiphyse supérieure du tibia une cavité des dimensions d'un œuf de poule. Dans tous les cas, M. Rigollot-Simonnot a fait le plombage en deux temps sans drainage. Il conclut que les chances de réussite sont bien plus grandes au fémur, recouvert d'une épaisse couche musculaire, qu'au tibia, et est d'avis que même dans les cas où, au lieu de réunion par première intention sans fistule, il y a élimination tardive du mélange, le plombage rend de réels services. Il agit alors comme un pansement interne permanent, mettant à l'abri de l'infection secondaire, activant l'ostéogenèse, et, dans les ostéites du membre inférieur, diminuant de beaucoup la durée du séjour au lit.

— A la *Société des chirurgiens de Paris,* M. DARTIGUES lit un rapport sur une observation de M. DESJARDINS relative à un cas de *lipectomie* dans lequel ce chirurgien a enlevé le pannicule adipeux de toute la paroi abdominale chez un individu polysarcique. La masse enlevée pesait 22 kilogs. M. Dartigues entre dans des considérations détaillées sur les adiposités tératologiques. Il rappelle un cas personnel où le malade pesait 225 kilg., et parle du traitement médico-myothérapique de Heckel, de la culture musculaire pré et post-opératoire dans ce cas, et esquisse à grands traits toute une chirurgie du système adipeux visant spécialement les reliquats panniculaires inesthétiques et encombrants des cures de l'adiposité.

M. THEVENARD, chez les femmes obèses atteintes de hernie ombilicale, fait toujours une large sarcectomie en même temps que la cure de la hernie. Les malades ont toujours eu une cicatrice solide mais, en général, ont engraissé à nouveau.

M. VERCHÈRE distingue 3 catégories d'adipeux répondant à des indications thérapeutiques différentes : des obèses vrais ; des sujets atteints de diathèse lipomateuse ; des gens ayant des surcharges graisseuses locales, habituellement héréditaires.

M. MAYET insiste sur le caractère héréditaire, en dehors de tout régime, de certaines obésités, en particulier chez les enfants

P. L.

Pathologie des Accidents du Travail

La péritonite traumatique sans lésions intestinales.

Voici, en premier lieu, le cas que j'ai observé. Le 1er juillet, un cultivateur de 45 ans a l'abdomen serré violemment entre un mur et le timon de son chariot. On l'amène deux heures après à l'Hôtel-Dieu dans mon service. Les signes qu'il présente à ce moment sont les suivants : ventre dur, rétracté, avec défense musculaire. Vaste ecchymose à la partie supérieure de la cuisse droite et sur la moitié inférieure de l'hypocondre droit. Testicules rétractés à l'anneau. Urines claires non sanglantes. Pouls rapide. Etat de shock considérable. Dans la journée, vomissements bilieux. On réchauffe le blessé et on lui fait des injections sous-cutanées de sérum physiologique, glace sur le ventre.

Le 2 juillet, état désespéré. Pouls à 120. Météorisme abdominal, douleur diffuse dans tout l'abdomen, facies grippé, vomissements porracés, extrémités froides. Meurt à sept heures du soir, 38 heures après l'accident. Le soir du premier jour, une laparotomie fut proposée au blessé, qui la refusa. Le second jour, devant l'état du malade, toute intervention fut différée.

A l'autopsie, je trouvai une péritonite diffuse. Des fausses membranes blanches et adhérentes recouvraient les anses intestinales. Mais je ne trouvai aucune lésion soit de l'intestin, soit des viscères abdominaux. Le péritoine contenait environ deux litres de pus.

En résumé, péritonite suraiguë par contusion de l'abdomen sans perforation intestinale.

L'existence de la péritonite généralisée consécutive à une contusion abdominale sans lésions intestinales est rare, mais indéniable. L'hypothèse qui explique le mieux sa pathogénie est celle qui admet que le traumatisme modifie la vitalité des parois intestinales et permet aux microbes contenus dans la cavité intestinale de passer au travers des tuniques de l'intestin et de venir infecter le péritoine. Cette théorie de la filtration du germe à travers les parois intestinales parésiées est la plus plausible.

Hench signale 10 cas de cette variété de péritonite, dont cinq avec autopsie négative au point de vue des lésions intestinales. Un des premiers cas a été communiqué en 1888 à la Société de médecine légale par Richardière, il fut discuté largement à cette époque et le traumatisme fut admis à grand'peine comme cause. Depuis, les idées se sont modifiées et les cas analogues à celui que j'ai cité sont devenus fréquents, surtout en médecine légale.

Tuffier, dans une note parue dans le *Journal des Praticiens*, mentionne 18 cas de péritonite traumatique sans lésions viscérales. Dans un de ces cas, dû au Dr Guibal, de Béziers, on ne trouva qu'une anse grêle rouge et distendue par les gaz sans autres lésions.

La terminaison de cette forme de péritonite est presque toujours fatale, opérée ou non.

En résumé, il existe une forme de péritonite généralisée aiguë par simple contusion des parois abdominales et sans lésions viscérales. Cette forme, généralement mortelle, est rare. Elle doit être opérée le plus tôt possible, les seules chances de guérison résidant dans une intervention précoce.

J. Tissot,
(de Chambéry).

PÉDIATRIE

La Tuberculose à l'École.

Depuis les recherches de Behring sur le mécanisme de l'infection de l'organisme par le bacille de Koch, on considère de plus en plus la tuberculose comme une maladie de l'enfance ; et de fait la statistique nous apprend que si, de 1876 à 1907, la mortalité par tuberculose a diminué d'une façon générale, pour l'enfance de 10 à 15 ans, au contraire, elle a augmenté par rapport à la mortalité totale.

L'importance de cette donnée ne pouvait échapper à personne, et il apparut nécessaire à ceux qui s'occupent de la prophylaxie de la tuberculose de surveiller d'une façon particulièrement attentive les enfants, et plus spécialement les écoliers puisque les sujets sont, à cet âge critique, réunis dans les écoles.

C'est ainsi qu'en Allemagne les médecins-inspecteurs des écoles, saisis de ce problème, recherchèrent par les moyens cliniques habituels la proportion des affections tuberculeuses du poumon. Sur 12.000 écoliers, Herfold (d'Altona) ne découvrit que 42 malades, soit 0,4 p. 100 ; Frankel (de Berlin) sur la totalité des écoliers berlinois n'arriva qu'à une proportion de 0,399 p. 100.

Par contre, la scrofulose (chose importante, puisque cette affection est considérée comme étant de nature tuberculeuse) fut trouvée plus fréquente : sur 223.297 écoliers examinés, Fränkel rencontra 1023 cas de scrofulose, et Herfold sur 9500 sujets nota 327 fois la scrofulose.

Mais ces chiffres n'étaient que des indications ; ils ne pouvaient donner l'expression de l'exacte vérité, attendu que d'une part le diagnostic clinique de la tuberculose n'est pas toujours chose aisée, surtout quand il s'agit d'une infection des ganglions bronchiques — et que, d'autre part, bien des cas morbides sont diagnostiqués « scrofuleux », qui n'ont rien à voir avec la scrofule.

Par contre, si l'on s'adressait aux méthodes de laboratoire, telles que la cuti-réaction de V. Pirquet, on était certain d'avance d'arriver à des résultats trop élevés. On estima cependant que ceux-ci donneraient une approximation plus juste que la pure clinique, et Herfold résolut d'inoculer systématiquement tous les enfants de quatre grandes écoles, avec l'assentiment de leurs parents. Il put ainsi en observer les 2/3 et même les 3/4.

Avec des vaccinostyles, légèrement flambés à la lampe à alcool, il inocula de la tuberculine, diluée au 1/5e, et commença à noter ses résultats trois jours plus tard..

La réaction fut positive dans une proportion variant de 55 à 78 p. 100, ce qui est un chiffre notablement élevé.

***

Ces constatations faites, cette morbidité scolaire établie, il était nécessaire d'élucider un certain nombre de points afin de pouvoir édicter une prophylaxie rationnelle de la tuberculose à l'école. Or, Herfold put se convaincre de ce que :

1o Les sources d'infection étaient aussi nombreuses dans la classe pauvre et dans la classe de « petite aisance », bien que dans cette dernière les conditions d'habitat et d'alimentation fussent relativement excellentes.

2o La tuberculose était presque aussi fréquente chez les garçons et chez les filles.

3o Chez les enfants les plus pâles, les plus chétifs

il n'était pas rare d'obtenir une réaction négative à la tuberculine, alors que des enfants de santé florissante réagissaient positivement.

4º Quant à l'anamnèse héréditaire, la réaction était plus souvent positive chez les enfants qui avaient été en contact avec des parents tuberculeux (1).

5º La cuti-réaction était nécessaire pour fixer le diagnostic en cas de lésions pulmonaires douteuses, comme pour séparer la scrofulose vraie des états lymphatiques de nature différente.

6º La tuberculose latente était d'une excessive fréquence, ainsi que d'autres auteurs l'avaient déjà établi : au cours de la première année de la vie elle est exceptionnelle, mais elle augmente avec le nombre des années pour atteindre 70 à 80 % de tous les écoliers. (Pour Hamburgerl, a proportion s'élève de 51 à 95 % entre 5 et 14 ans).

***

La tuberculose, latente tout au moins, serait donc d'une excessive fréquence à l'école, si l'on en croit les statistiques de la cuti-réaction ; il y aurait là une situation des plus graves et des plus inquiétantes. Certes, la cuti-réaction dépasse la mesure du mal ; ses résultats positifs ne doivent être pris en considération que dans les cas cliniquement douteux. Il n'en est pas moins vrai que ses chiffres, excessifs peut-être, nous révèlent mieux le danger ; *ils nous montrent que la tuberculose, maladie sociale, doit être recherchée et combattue de bonne heure.*

Avant l'école déjà, le pourcentage de réactions positives à la tuberculine se trouve déjà très élevé (51 % à l'âge de 5 ans). Et, remarque intéressante, la courbe de ce pourcentage ne s'élève pas régulièrement *à l'école* ; elle ne s'élève que s'il advient des risques d'infection au domicile paternel, ou plus rarement si des circonstances fâcheuses, inhérentes à l'école elle-même, viennent l'*influencer. C'est donc de très bonne heure, avant l'école, ou au plus tard, à l'école, qu'il faut dépister la tuberculose.*

Les chances de guérison seront d'ailleurs, on le sait, d'autant plus grandes que le traitement sera plus précoce, puisqu'il est possible de guérir jusqu'à 70 % de ces tuberculoses au début.

D'une façon générale, il conviendra par conséquent de dépister d'une manière précoce la tuberculose, de surveiller particulièrement les enfants susceptibles d'avoir des contacts avec des tuberculeux (parents ou familiers), d'améliorer constamment l'hygiène scolaire afin de diminuer les chances d'évolution de toutes les tuberculoses latentes, de créer des stations de bains de mer, des écoles en forêt (comme à Dortmund), des colonies scolaires de vacances, de donner aux parents des indications sur l'hygiène de l'habitation et de l'alimentation, etc.

Dr Fiser.

(1) L'auteur recherchait si les enfants avaient été en *contact plus ou moins prolongé* avec des parents tuberculeux, ou bien si les tuberculeux de la famille étaient morts avant la naissance des enfants.

Petite correspondance médicale pratique (1)

A propos de l'emploi du salicylate de soude à haute dose.

Le traitement des formes aiguës du rhumatisme aigu exige souvent l'emploi de doses quotidiennes massives de salicylate de soude.

Par quelle voie introduire ce sel dans l'organisme ? La voie gastrique est la plus souvent choisie. C'est, en effet, la plus commode lorsque la bonne volonté du malade s'y prête. Mais il arrive souvent que l'intolérance gastrique se produit. Il y aurait alors danger d'insister, sous peine de provoquer des troubles gastro-intestinaux et même nerveux, qui viendraient s'ajouter à la maladie traitée. Le remède ici serait pire que le mal. *Primum non nocere.*

On a bien préconisé l'emploi des *injections hypodermiques,* mais de nombreux *impedimenta,* sur lesquels je n'insisterai pas, s'opposent à leur généralisation. La forme pharmaceutique de choix, dans le cas d'intolérance gastrique de nature réflexe ou d'origine pathologique ou physiologique, est à mon avis la solution *concentrée lacto-gommeuse* en injections ano-rectales. Je n'y vois guère d'autres contre-indications que des lésions *hémorroïdaires ulcérées,* fistulaires ou fissuraires heureusement rares. Voici la formule de cette solution concentrée.

Salicylate de soude cristallisé.....	16 gr.
Gomme arabique pulvérisée.......	4 gr.
Lait bouilli, q. s. pour...........	120 cc.

Chaque cuillerée à soupe représente donc 2 gr. de salicylate de soude, à employer *ad libitum,* et selon les cas, avec seringue en verre ou une poire en caoutchouc. La muqueuse rectale supporte très bien d'habitude le contact de cette solution édulcorée par la gomme et par le lait.

Cette solution se conserve facilement pendant plusieurs jours, par toutes les températures, grâce aux propriétés antiseptiques du principe actif, le salicylate de soude.

Dr Ed. Crouzel,
de La Réole.

HYDROLOGIE THERMALE

Traitement de la constipation habituelle des nourrissons et des petits enfants à Châtel-Guyon.

Les affections intestinales sont fréquentes au début de la vie ; chacun connaît le lourd tribut que les très jeunes enfants paient à l'entérite, et les méfaits de la *diarrhée verte* — pour ne parler

(1) Sous cette rubrique nous publierons les observations cliniques et les procédés originaux que nos confrères voudront bien nous adresser. Nous répondrons aux questions de pratique qu'ils pourront nous poser ; en somme, cette petite correspondance médicale pratique sera utile et sans prétention.

que de cette entéropathie — sont assez redoutés des mères de famille et des médecins pour qu'il soit superflu d'insister là-dessus.

Cependant, si toutes les maladies de l'intestin sont loin de présenter cette gravité et cette évolution rapide si souvent fatales aux jeunes malades, il en est d'autres, — et parmi celles-là, la *constipation habituelle* qui nous occupe, — qui, pour avoir une évolution beaucoup plus lente, un début plus insidieux, n'en sont pas moins graves dans leurs conséquences à longue échéance et condamnent les malheureux patients à une véritable impotence fonctionnelle d'un des organes qui président à une des plus importantes fonctions de la vie végétative.

Les conséquences lointaines de la constipation des enfants du premier âge ont été peu étudiées, et ce n'est que de nos jours qu'ont paru les premiers travaux vraiment sérieux sur cette affection.

Chez l'enfant, le bassin étant proportionnellement plus étroit que chez l'adulte, et les sinuosités de la seconde portion du gros intestin beaucoup plus nombreuses, il en résulte un retard dans l'évacuation des matières fécales. Il est de toute évidence que plus les sinuosités seront nombreuses, plus la constipation sera opiniâtre, et que nous pourrons avoir toute la gamme comprise entre l'état *presque normal* et la rétention fécale grave dont les faits, rapportés il y a quelques années par Hirschsprung et quelques autres (1), sous le nom de *dilatation hypertrophique congénitale du côlon*, paraissent représenter les cas les plus extrêmes (2).

Dans les autopsies, dit Hirschsprung, on trouve parfois le gros intestin *dilaté et hypertrophié*, surtout dans l'S iliaque ; « les parois de la partie dilatée sont très épaisses ; elles peuvent avoir jusqu'à 2 mm. 695, au lieu de 1 mm. 5, chiffre normal. Les trois faisceaux de fibres musculaires longitunales ne sont plus distincts, mais forment une couche continue, ce qui enlève au gros intestin sa forme caractéristique. L'hypertrophie porte sur toutes les tuniques, muqueuses, sous-muqueuses, musculaires (surtout dans la couche à fibres musculaires), et, enfin, sur la séreuse ; le microscope décèle, en outre, l'existence d'une colite diffuse très prononcée ».

Pour expliquer ces faits, Hirschsprung admet une anomalie de développement ; mais ceci n'est qu'une hypothèse ! Car la dilatation primitive du côlon n'a jamais été constatée chez l'enfant à l'autopsie, et nous sommes d'accord avec Marfan pour dire que, jusqu'à plus ample informé : « nous devons la considérer comme une modification consécutive à la constipation congénitale, affection qui est essentiellement liée à la multiplicité et à l'exagération des inflexions de l'S iliaque » (3).

En résumé : 1° La constipation *habituelle* ou *essentielle* des nourrissons et des enfants au-dessous de deux ans est due primitivement, comme on l'a dit ci-dessus, à une variation anormale de la topographie de la seconde portion du gros intestin ;

2° Cette variation de longueur et de trajet du gros intestin est due on ne sait à quoi ! Ce qu'on explique, du reste, en disant qu'elle est congénitale ;

3° La dilatation du côlon, que l'on a pu observer dans ces cas de *constipation essentielle*, n'est jamais primitive ;

4° Du fait de ces sinuosités et de cette longueur anormale, les matières sont retenues plus longtemps dans le tube intestinal. Pour chasser le bol fécal et augmenter la force du péristaltisme, les parois s'hypertrophient et luttent ainsi pendant quelque temps avec succès contre l'action des gaz de putréfaction. Mais, peu à peu, si on ne leur vient en aide, l'action irritante des produits de la putréfaction des matières fécales en stagnation provoque une réaction de l'organe, la muqueuse intestinale est atteinte et, de proche en proche, on a une colite diffuse, intéressant toutes les tuniques ; le tube intestinal, malade, est incapable de réagir ; il manque de tonicité, malgré l'hypertrophie de ses éléments contractifs, et nous arrivons alors au troisième et dernier stade de la maladie : la *dilatation*.

Depuis 1906, où nous nous sommes occupé de cette question pour la première fois, de nombreux faits pathologiques sont venus confirmer notre thèse et nous avons pu constater bien souvent la fréquence de la *constipation habituelle* ou *simple* chez les enfants du premier âge.

Ce qui nous a frappé dans l'étude de la constipation essentielle des jeunes enfants, c'est la très grande analogie que présente cette affection dans son évolution, sa terminaison et son traitement avec l'insuffisance mitrale ; même cause : *obstacle à la circulation* des matières fécales dans la première, du sang dans la deuxième ; même réaction de l'organisme qui, dans les deux cas, pour lutter contre l'obstacle, *hypertrophie les parois de l'organe* ; même évolution arrivant comme terme ultime à la *dilatation* de l'organe intéressé ; même traitement enfin : dans la cardiopathie, on luttera à l'aide de la digitale, *tonique et régulatrice du cœur* ; dans l'entéropathie, on luttera grâce à l'eau chlorurée magnésienne de Châtel-Guyon, *tonique et régulatrice de l'intestin*. On peut donc dire que l'*eau de Châtel-Guyon est à l'intestin ce que la digitale est au cœur* !

Et le traitement hydrominéral à Châtel-Guyon est un des seuls, pour ne pas dire le seul, moyens que la thérapeutique moderne nous offre pour lutter avec avantage contre cette affection, qui, si on ne la traite rapidement, deviendra dans la suite une véritable infirmité pour le malheureux patient.

Et ce n'est pas sans surprise que nous venons de lire sous la signature d'un de nos confrères des hôpitaux de Paris, les lignes suivantes :

« Une cure dans une station d'eaux minérales est parfois indiquée chez les enfants ; mieux vaut ne pas y envoyer des sujets trop jeunes pour qui

(1) G. Mya. — La dilatation hypertrophique congénitale du côlon (Mégacôlon congénital). *Lo Sperimentale*, fasc. III, p. 215, 1894. — Berti. — Dilatation congénitale du côlon. *La Pediatria*, 1895, nos 5 et 6.

(2) Ce n'est, du reste, pas de ces cas très graves dont nous avons à parler ici.

(3) Grancher, Comby, Marfan. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, pp. 654 et suivantes.

le séjour dans les hôtels et l'alimentation de table d'hôte ont plus d'inconvénients que n'a d'avantages la cure hydrominérale » (1).

Ceci peut être vrai dans quelques stations ; mais ceci est une erreur quant à Châtel-Guyon où, depuis bientôt dix ans, le régime est parfaitement suivi dans tous les hôtels et où les petits malades, bien mieux que chez eux, observeront une diététique sévère. Le docteur Lesné ignore ce qui se passe à Châtel-Guyon, il aurait dû s'en rendre compte par lui-même et ne pas, en généralisant de la sorte, affirmer une erreur matérielle, qui sous sa plume autorisée peut avoir pour les malades de funestes conséquences en les engageant à traiter *trop tard* leurs enfants comme il le convient.

Cette courte étude nous amène aux conclusions suivantes, confirmées chaque année par les faits :

Les nourrissons et les enfants du premier âge atteints de *constipation essentielle* relèvent de Châtel-Guyon.

Ces eaux *chlorurées magnésiennes* agissent chez eux comme la *digitale* chez les cardiaques.

Fait important à noter, malgré la date fatidique des 21 jours, ces enfants devront faire à Châtel-Guyon des cures plus longues que les adultes et la durée n'en peut être déterminée d'avance, tout dépendant de l'état du petit malade.

En effet, l'eau de Châtel-Guyon, comme la digitale, s'absorbe facilement ; mais, son chlorure de magnésium s'éliminant lentement, il en résulte que des doses successives s'accumulent et c'est ce qui, suivant nous, explique que l'*action régulatrice des fonctions intestinales* ne se manifeste quelquefois qu'après la cure. Il faut un certain *potentiel d'énergie tonique* pour que cette action commence à se produire.

L'eau de Châtel-Guyon, médicament essentiellement *entéro-tonique*, a une action beaucoup plus longue et beaucoup plus durable sur l'intestin que l'action de la digitale sur le cœur, médicament essentiellement *cardio-tonique*.

De même que l'action de la digitale est presque nulle quand le cœur est atteint d'une dégénérescence quelconque, de même on n'obtient aucun résultat avec l'eau de Châtel-Guyon chez les malades dont l'intestin présente de la sclérose ou une dégénérescence de ses éléments nobles. Il faudra donc envoyer de bonne heure (vers 10 à 12 mois) les petits malades à Châtel-Guyon.

Dr Louis DE RIBIER,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

(1) *La Quinzaine thérapeutique* du 10 juin 1911. Dr LESNÉ. — La cure d'eau chez les enfants.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier.

Mes chers collègues,

Le rapport que je vais avoir l'honneur de vous soumettre est le dernier qui portera ma signature ; c'est le vingt-huitième.

Depuis 1884, date de la fondation de la Caisse des pensions de retraite, votre trésorier a encaissé pour environ 1.450.000 francs de cotisations, pour près de 500.000 francs de revenus divers ; il a payé pour plus de 500.000 francs de retraites ; il a remboursé près de 300.000 francs à des membres démissionnaires ou malades et à des veuves.

Il vous présente un portefeuille valant environ 1.100.000 francs et son solde en caisse est aujourd'hui, 1er mai 1911, de 12.760 82.

Telle est, résumée en quelques gros chiffres, toute l'histoire de votre société.

Votre trésorier a conscience d'avoir accompli son devoir tout entier ; il y a mis toute sa bonne volonté.

Vous l'avez compris, mes chers collègues, et chaque année vous vouliez bien me voter des remerciements.

C'est à mon tour, en vous faisant mes adieux, de vous remercier, car cette tâche, parfois lourde et ingrate, vous me l'avez facilitée et rendue aimable ; les rapports d'amitié et de camaraderie que vous m'avez permis d'avoir avec vous, les témoignages de reconnaissance que beaucoup, que la plupart d'entre vous, m'ont donnés, m'ont récompensé largement de mes efforts. Merci donc, très vivement.

EXERCICE 1910

La Caisse avait au 1er janvier une encaisse de 51.234,14. Elle a payé presque immédiatement 37,215 francs de retraite.

Les encaissements se sont élevés à la somme de 113.470,72 savoir :

Cotisations	76.797 85	
Remboursement de valeurs	6.471 47	
Intérêts des valeurs du portefeuille....	29.341 70	
Intérêts des comptes courants	859 70	
Total des encaissements......		113.470 72

Les valeurs remboursées sont les suivantes :

150 francs de rente 3 % amortissable	4.995
Une oblig. Paris Orléans	492.05
Une oblig. Paris-Lyon	490.88
Une oblig. Banque hypothécaire.........	493.54
Total	6.471.47

Les dépenses de l'exercice se sont élevées à la somme de 114.982 20 savoir :

Paiement des retraites...........	37.215	
Achat de valeurs	72.604 30	
Frais généraux	5.162 90	
Total	114.982 20	

Les achats de valeurs sont les suivants :

Obligat. Ouest nouvelles. 25 oblig....	11.100	
50................	21.700	
25................	10.900	
25................	10.750	
25................	10.830 15	
Total		65.280 15
1 oblig. Paris-Orléans, en remploi........	436	
1 oblig. Banque hypoth. 1881 (remploi)..	428	
Deux oblig. Banque hypoth. 1880 (remploi)............	1.174	
150 fr. de rente 3 % amort. (remploi)..	4.855 15	
Une oblig. Ouest nouvelle (remploi)	431	7.324 15
Total		72.604 30

La situation de la caisse était donc au 31 décembre 1910 de :

En caisse au 1er janv.	51.234 14	
Encaissem. de 1910.	113.470 72	
Total des recettes.	164.704 86	164.704 86
Dépenses de l'exercice 1910.....		114.982 20
Restait en caisse au 31 décembre.		49.722 66

Exercice 1911.

Les encaissements se sont élevés, jusqu'au 1er mai courant, à la somme de 42.914 56, savoir :

Cotisations.........	30.301 10	
Intérêts des valeurs .	12.033 48	
Remboursement d'une obligation Ouest-nouvelle	491 58	
Intérêts et bonis aux banques	86 40	
Total..........		42.914 56

Les dépenses se sont élevées à 79.876.40, savoir

Paiement des retraites	47.159	
Achat de valeurs	32.249.40	
Frais généraux	468	
Total.........		79.876.40

Il a été acheté en 1911 les valeurs suivantes :

50 oblig. Ouest nouvelles	21.632.40	
25 oblig. Ouest nouvelles	10.617	
Total		32.249.40

La situation peut donc se résumer ainsi

En caisse au 1er janvier 1911.........	49.722.66	
Encaissem. de 1911.	42.914.56	
Total des encaiss.		92.637.22
Dépenses..................		79.876.40
Reste en aisse au 1er mai 1911..		12.760.82

Cannes, le 1er mai 1911.

Le Trésorier,

H. Verdalle

LES COMITÉS DE PROPAGANDE

Nous rappelons à nos lecteurs que MM. les docteurs Jeanne et Boudin, membres du Conseil de Direction, sont partis faire une campagne de propagande dans l Ouest et tiendront, aux lieux, jours et heures ci-après, des réunions dans lesquelles ils exposeront l'œuvre du « *Concours* et de ses filiales » :

Dol de Bretagne, Hôtel-Buffet de la Gare, le vendredi 30 juin, à 2 h. 1/2 soir.

Rennes, Hôtel Moderne, le vendredi 30 juin, à 7 h. soir.

Saint-Brieuc, Hôtel de France, le samedi 1er juillet, à 10 h. 1/2 matin.

Morlaix, Hôtel Bozellec, près de la gare, le samedi 1er juillet, à 3 h. 1/2 soir.

Brest, Salons Renaud, rue Amiral-Linois, le dimanche 2 juillet, à 5 h. 1/2 soir.

Quimper, à la Mairie, le lundi 3 juillet, à 2 h. soir.

Lorient, Hôtel des Voyageurs, rue Fénélon le mardi 4 juillet, à 11 h. matin.

Vannes, chez le docteur Letoux, le mercredi 5 juillet, à 10 h. matin.

Redon, Hôtel du Lion d'Or, le mercredi 5 juillet à 4 h. soir.

Chateaubriant, Hôtel Corbin, place des Terrasses, le jeudi 6 juillet, à 9 h. matin.

Blain, Hôtel de la Boule d'Or, le jeudi 6 juillet, à 2 h. soir.

Saint-Nazaire, Grand-Hôtel, le vendredi 7 juillet, à 9 h. 1/2 matin.

Nantes, 34, rue de la Fosse, le vendredi 7 juillet, à 4 h. soir.

Angers, Hôtel de Ville, le samedi 8 juillet, à 5 h. soir.

La Flèche, Hôtel de Ville (Château des Carmes), à 10 h. matin.

Nous comptons sur la présence à ces réunions d'un grand nombre des membres du *Concours Médical* et de ses œuvres, et également du plus grand nombre possible des confrères de la région, que nos adhérents se feront certainement un devoir d'amener avec eux pour permettre à nos délégués d en faire de nouvelles recrues.

La Direction du Concours Médical.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'Assurance sans les Assureurs et la loi hongroise.

Deux amis avaient contracté une assurance au profit du dernier survivant. Il y a quelques mois l'un des deux se noie. Comment échapper à l'obligation de payer la somme convenue au survivant? Tel était le problème qui se posait à la compagnie. Le *Monde illustré,* journal moins que subversif, nous explique par un suggestif dessin, souligné d'une fine et mordante légende, la solution plus élégante qu'honnête trouvée par la Compagnie d'assurances. Le dessin représente l'agent d'as surance en conversation avec le juge d'instruction et au-dessous, on lit :

« *De deux choses l'une, M. le juge, ou notre homme est un assassin, ou nous devons lui payer* 200.000 *francs*; *dans ces conditions, j'ai tout lieu de croire que cet homme est un assassin.*

Malheureusement pour la compagnie, il y a eu un non-lieu.

Voilà pour l'assurance-vie.

Passons à l'assurance-accident. — Le mois dernier, en manipulant de la dynamite, un ouvrier se tue. L'assurance n'avait donc pas de frais médicaux à payer ; mais il y avait 100 francs pour l'enterrement. Comment ne pas les débourser ? La Compagnie fait passer une note dans la bonne presse qui avait mené la campagne des médecins marrons ; et la malheureuse victime devenait un horrible saboteur digne tout au plus d'être enterré comme un chien. Il n'y a pas de petites économies. Mais second malheur pour la compagnie, on a reconnu qu'il y avait accident du travail.

Voyons la branche-incendie. Si demain le mobilier que vous avez assuré venait à brûler, êtes-vous bien sûr que votre ange gardien, la Compagnie, ne cherchera pas à vous faire passer pour un incendiaire ou n'invoquera-t-elle pas le fameux « vice de construction » ?

Ainsi donc il est démontré que, sous le régime actuel de l'assurance faite par certains financiers qui s'ingénient à refuser les indemnités pour faire décupler en bourse la valeur de leurs titres, tout citoyen assuré pour la vie, l'incendie ou l'accident peut, à cause de son acte de prévoyance, et par le fait de son assureur, être emprisonné comme assassin, saboteur ou incendiaire.

Plus que tout autre le médecin souffre de la déloyauté de certains assureurs. Quelques-uns de ces financiers courent les cabinets médicaux : « Vous ignorez, docteur, que vous êtes à la merci « d'un mauvais client qui, au reçu de votre note, « vous réclamera 25.000 francs pour l'avoir estropié. Pour 50 francs, je vais vous assurer contre « une condamnation à 50.000 francs (qui ne sera « jamais prononcée) ».

Ça ne mordait pas ! Qu'est-il arrivé ? Par le fait du Hasard et.... de Mercure, de nombreux procès ont été faits aux médecins.

Alors nouvelle tournée des assureurs chez les médecins. La jurisprudence, qui favorisait par hasard les actionnaires des compagnies d'assurances, incitait cette fois le médecin à payer la dîme aux fermiers généraux de la Prévoyance sociale.

Où est donc le médecin qui a oublié la campagne d'injures menée dans quelques grands quotidiens contre les médecins indépendants, qui, pour n'avoir pas voulu passer sous les fourches caudines des assureurs, furent traités de médecins marrons et condamnés à l'interdiction de l'exercice de leur profession, c'est-à-dire à la mort par la famine ?

Qui de nous ne se rappelle comment, au premier congrès de Rome en 1907, et devant les délégués de l'Europe, les médecins indépendants furent traités de voleurs par des entrepreneurs et des assureurs français, au grand étonnement des médecins allemands, et avec le silence approbateur d'un directeur de notre Ministère du travail ?

Avons-nous oublié le Congrès de Reims, où un médecin expert, ami des assureurs et professeur d'une Faculté de médecine, avait fait contre les médecins indépendants et les blessés un rapport qu'on n'osa même pas lire à cause de la présence inattendue de délégués des syndicats médicaux et des organisations ouvrières.

Les médecins français ont-ils oublié le congrès de l'été dernier à Bruxelles, où le délégué de notre ministre du Travail, imprimeur et actuaire de plusieurs compagnies d'assurances, prétendait que les certificats des médecins libres étaient des certificats de complaisance en faveur des ouvriers ? Ajoutons cependant que quelques jours plus tard le Ministre du Commerce lui donnait un cruel démenti et constatait que les certificats des médecins à monopole étaient, dans 65 % des cas, des certificats de complaisance en faveur des patrons.

Combien existe-t-il de médecins n'ayant pas été accusés de collusion, pour avoir prescrit du champagne à un malheureux blessé atteint de péritonite, que par un euphémisme canaille, un médecin parlementaire, à la solde d'une Compagnie, avait dénommée « contusion de l'abdomen » ?

Qui de nous ne s'est pas entendu traiter de médecin marron abusant des visites et des massages? Combien sont-ils ceux qui n'ont pas eu à supporter les ennuis d'un procès pour défendre contre les assureurs leurs maigres honoraires malgré le texte si précis de l'article 10 sur le cumul ?

Encore ne parlons-nous pas ici des trop justes et trop nombreuses réclamations des ouvriers et employés, et même des patrons, contre certains assureurs ?

Et tout cela pourquoi ? parce qu'en France, des financiers ont suborné des parlementaires pour avoir le droit d'exploiter l'assurance-accident comme ils exploitent l'assurance-vie et incendie.

Heureux les peuples qui n'ont pas d'assureurs !

Et cependant lorsqu'on parle de modifier le système de l'assurance, on entend des médecins, (d'assurances sans doute) clamer : « Nous aimons encore mieux les financiers assureurs que

l'Etat assureur ». Pas flatteur pour l'Etat qui le mérite cependant à cause de l'hypocrite loi sur les accidents, et de son indulgence pour les forbans de la finance qui avec toutes sortes de complicités exploitent les peaux d'ouvriers et trouvent des serviteurs jusque dans le corps médical.

Mais entre Charybde et Scylla, il y a un refuge. C'est la caisse d'assurance administrée par des patrons, des ouvriers et des médecins, sous le contrôle de l'Etat qui fixe les primes à payer. Or cela n'est pas un rêve, une utopie. Cela existe en Hongrie.

Si notre parlement était aussi démocrate que le roi de Hongrie, il n'y aurait plus d'assureurs chez nous. Plus de médecins sénateurs ou d'avocats-députés et futurs ministres comme conseils techniques des assureurs tenant ainsi en mains l'avancement des juges qui décident des indemnités à payer aux blessés. Plus n'existeraient, comme médecins-experts-liquidateurs des rentes des blessés, ces chirurgiens à la main malheureuse, et sans clientèle, ces spécialistes des maladies du jeune âge, chargés d'apprécier les mutilations des ouvriers d'usine, ni ces médecins qui ont l'honneur de donner leurs soins aux familles des Présidents des tribunaux.

Patrons, ouvriers et médecins praticiens administreraient les caisses d'assurances et constitueraient les tribunaux arbitraux qui remplaceraient l'arbitraire des assureurs, de leurs juges et de leurs experts. Comme cette question des caisses d'assurances hongroises va être discutée dans huit jours au Congrès de l' « Association ouvrière », où de nombreux médecins sont invités, j'ai cru opportun de porter à la connaissance de nos confrères les principaux articles de la loi hongroise.

DIVERNERESSE.

Loi hongroise du 6 avril 1907 sur l'assurance des personnes employées dans l'industrie et le commerce contre les maladies et les accidents.

(*Traduction de M. Dubois, Directeur général de l'Office du travail de Belgique dans l'Annuaire de la législation du travail de* 1907. *Reproduit dans le* Bulletin des Assurances sociales de 1908, *n°* 1 *janvier-avril, n°* 2 *mai-août, n°* 3, *septembre.*)

EXTRAITS. — *Chapitre III.* **Cotisations de l'assurance-accident.** — § 24. — Les **cotisations** des personnes assurées contre les accidents doivent être payées d'après les classes de salaires moyens. **Ces dernières sont arrêtées par la Caisse nationale d'assurances** contre les maladies et les accidents dans ses statuts, sans **que le maximum en puisse dépasser huit couronnes.**

Chapitre V. **Obligation de payer les cotisations.** — § 43. — **Les frais d'assurance** contre les accidents à payer conformément au chapitre 4 pour les employés assujettis à l'assurance sont **exclusivement à la charge de l'employeur.** Il est interdit d'effectuer de ce chef des retenues sur le salaire des ouvriers ou d'en faire supporter la charge en tout ou en partie d'une autre manière par les ouvriers.

Chapitre VI. **Secours en cas de maladie.** — § 50. — Les membres assujettis à l'assurance ou assurés volontairement ont, en cas de maladie, droit, à charge de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents, au moins aux secours suivants :

1° Au traitement médical gratuit (§ 133) pendant la durée de la maladie, durant vingt semaines au moins sans interruption ; et, en cas d'accouchement, aux soins gratuits d'accouchement et de traitement médical.

2° Aux médicaments, **bains, eaux minérales,** et moyens curatifs nécessaires (**lunettes, béquilles,** bandages herniaires, **jambes artificielles,** etc.) à titre gratuit, pendant vingt semaines.

Chapitre VII. **Indemnités et rentes en cas d'accidents.** — § 70. — Les assurés ont droit aux indemnités suivantes en cas de blessures résultant d'accident :

1° Le traitement médical gratuit, les médicaments et les secours thérapeutiques fixés aux nos 1 et 2 du § 50 à partir de la IIe semaine qui suit l'accident ;

2° Une rente pendant la durée de l'incapacité de travail ou de la capacité de travail réduite, à partir de la IIe semaine, ou, si le paiement de l'indemnité de maladie visée au n° 3 du § 50 cesse plus tôt, à partir du moment où cette indemnité prend fin.

b) La rente comprend, en cas d'incapacité **totale et pour la durée de celle-ci,** 60 % (1) du gain annuel de l'assuré à titre de réparation complète ; en cas de diminution de la capacité de travail et pendant la durée de celle-ci, *la partie de la rente entière qui correspond à la partie de la capacité de travail perdu.*

c) Toutefois, l'assuré n'a droit à cette réparation partielle que si la réduction de sa capacité de travail est de plus de 10 %.

d) Si l'assuré qui bénéficie d'une rente partielle est victime d'un nouvel accident, l'indemnité doit être **fixée sur la base des suites locales des accidents** et en tenant compte du gain **pris comme base lors de la fixation de la première rente,** sauf dans le cas où le gain de la victime était plus élevé au moment de l'accident ultérieur.

e) Si par suite de l'accident, la victime n'est pas seulement totalement incapable de travailler, mais si elle est **devenue impotente,** au point d'avoir **besoin de soins ou d'assistance constants, sa rente** doit, pendant la durée de cette incapacité, être **portée au total du gain annuel** servant de base au calcul de l'indemnité.

Chapitre VIII. — **Déclarations d'Accidents.** (*Enquêtes et procédure en fixation des Indemnités*). — § 85. — L'autorité de police de première instance compétente doit procéder, aussitôt que possible, en **présence d'un médecin** (2), à une enquête sur les lieux, en ce qui concerne tout accident dont elle est informée en vertu de la présente loi, et de nature à donner lieu à une demande en réparation.

Le **médecin pratiquant du blessé** ou d'autres experts peuvent aussi être appelés à l'enquête. Le blessé a le droit de se faire représenter à l'enquête.

L'enquête doit établir, outre l'indemnité du blessé ou du défunt, les faits suivants :

1° L'époque et la cause de l'accident ;

2° La nature de la blessure et ses suites ;

3° Les **négligences de l'employeur** ou de son fondé de pouvoirs ou **du blessé ou du tiers.**

Le procès-verbal doit être envoyé dans les huit jours par l'autorité de police qui y a procédé, à la Caisse d'assurances ouvrières du district compétente ; la caisse précitée complète ces renseignements fournis par l'enquête par les constatations qu'elle a faites de son côté.

§ 91. — La direction de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents décide du chiffre de l'indemnité en même temps qu'elle se prononce sur la demande d'indemnité.

(1) Depuis l'accident jusqu'à la consolidation, et si elle persiste depuis la consolidation jusqu'à la mort. En France, on ne paye que 50 % jusqu'à la consolidation.

(2) Qui n'est pas forcément celui du patron.

Si la Caisse d'assurance ouvrière du district ou la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents **retarde sans motif** la décision au sujet du droit à l'indemnité, on peut s'adresser directement à l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat pour faire valoir ses droits (1). **Si l'Office estime que le retard est non fondé**, il peut fixer, en écartant l'appel, un délai suffisant à la Caisse.

Si la Caisse ne décide pas dans le délai accordé, l'Office prononcera lui-même sur la demande de l'intéressé.

Chapitre IX. **Organisation de l'assurance.** — § 98. — L'assurance contre les maladies et les accidents, qui fait l'objet de la présente loi, est réalisée par la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents, qui a pour organes locaux, chargés de procéder à l'assurance et à la distribution des secours :

1° Les caisses d'assurance ouvrière de district ;

2° Les caisses de maladie de fabriques, y compris les caisses de maladie des entreprises de transport.

§ 103. — **La Caisse nationale d'assurance** des ouvriers contre les maladies et les accidents est un **organisme autonome, représentant les ouvriers assurés en vertu de la présente loi ainsi que leurs employeurs.**

Les organes d'administration sont : l'assemblée générale, la direction et la commission de surveillance.

§ 106. — La direction se compose d'un nombre de membres déterminé par les statuts, mais ne pouvant dépasser 60 et d'un nombre de membres suppléants également fixé par les statuts qui sont élus par l'assemblée générale en proportion des délégués des caisses de maladie de fabrique (§ 104), **de manière que les délégués à l'assemblée générale** tant des employeurs que des employés **choisissent les membres de la direction** dans leurs groupes respectifs, et que **les employeurs et les employés assurés soient représentés en nombre égal dans la direction.**

La direction choisit dans son sein, dans l'ordre indiqué aux statuts et pour le délai fixé dans ceux-ci à tour de rôle parmi les membres-employeurs et les membres-employés de la direction, un président qui présidera aussi l'assemblée générale, ainsi qu'un vice-président.

La compétence de la direction s'étend à toutes les questions qui n'ont pas été réservées à l'assemblée générale par la loi ou les statuts.

Les **médecins des caisses** de district et de fabrique fixés au siège de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents **constitueront parmi eux un comité médical permanent qui servira d'organe consultatif** dans les questions intéressant le traitement sanitaire des membres de la Caisse nationale, et qui devra être entendu dans les questions sanitaires. **Ce comité permanent pourra déléguer trois de ses membres à la direction de la Caisse** nationale, où ils auront voix consultative dans les questions concernant les soins à donner aux ouvriers assurés, mais non droit au vote.

Le nombre des membres de la direction ainsi que du comité médical permanent, le mode de leur élection et la durée de leur mandat, les formalités, le lieu et l'époque de la constitution, de la convocation et des séances de la direction et du Comité médical permanent, et les attributions de ceux-ci, le règlement d'ordre et le quorum seront fixés par les statuts de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents.

§ 107. — Un **conseil de surveillance** est élu par l'assemblée générale des délégués de manière que les membres en soient désignés en **nombre égal par le groupe des employeurs et celui des employés votant séparément.**

Chapitre XI. **Caisses d'assurance ouvrière de district.** — § 118. — Les caisses d'assurance ouvrière de district ont pour objet, conformément aux dispositions de la présente loi, des statuts de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents et de leurs propres statuts :

1° D'effectuer l'assurance contre la maladie et d'en gérer les affaires locales ; à cet effet, elles :

a) **Surveillent les employeurs** en ce qui concerne leur obligation de déclarer leurs employés ;

b) Tiennent une liste des membres assujettis à l'assurance et des membres volontaires, et leur fournissent des cartes d'identité ;

c) Répartissent et reçoivent les cotisations, tiennent note des cotisations en retard et veillent à leur paiement.

d) Fournissent les secours, veillent au traitement médical et à la remise des moyens thérapeutiques, et décident au sujet du traitement des malades à l'hôpital ;

e) Tiennent les listes et les statistiques des secours en cas de maladie qui sont de leur compétence ;

f) Représentent la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents et agissent, en cas de mandat, au nom de cette caisse, auprès des tribunaux et des autorités ;

2° D'effectuer l'assurance contre les accidents et d'en gérer les affaires locales ; à cet effet, elles :

a) **Surveillent les employeurs d'ouvriers** assujettis à l'assurance en ce qui concerne la déclaration des ouvriers et des établissements, celle des changements apportés aux établissements et des accidents qui y surviennent, la fourniture des renseignements relatifs aux salaires et l'observation des prescriptions en vue de la prévention des accidents.

b) Tiennent une liste des personnes et des établissements assujettis à l'assurance du district, transmettent à la Caisse nationale les déclarations visées sous *a*, ainsi que les cotisations et primes d'assurance et agissent, le cas échéant, conformément à la loi, pour faire rentrer les cotisations et primes ;

c) **Interviennent dans l'enquête** et la constatation des accidents ainsi que dans la détermination des suites des accidents, et fixent les secours et rentes provisoires ;

d) Effectuent les paiements de rentes allouées par la Caisse nationale ;

e) Tiennent les listes et les statistiques relatives aux accidents qui rentrent dans leur compétence ;

L'**excédent net des caisses d'assurance** ouvrière de district revient pour les deux tiers à la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents ; par suite, les sommes en caisse qui ne sont pas nécessaires pour faire face aux dépenses courantes ou éventuellement l'excédent annuel des caisses de district doivent être versés, jusqu'à concurrence des deux tiers, dans la Caisse nationale.

Le mode d'emploi du tiers restant de l'excédent annuel est déterminé par la Caisse d'assurance ouvrière de district ; toutefois, **ce tiers ne peut être consacré qu'à satisfaire dans une plus grande mesure aux droits à indemnité des assurés** et à l'entretien d'institutions de secours, et il ne peut en être attribué plus de 10 % aux employés à la caisse à titre de primes.

Les décisions des caisses de district relatives à l'em-

(1) En France, les juges favorisent autant qu'ils le peuvent le retard du paiement du 1/2 salaire.

Ils se refusent à appliquer aux assureurs l'article accordant des dommages-intérêts pour retard injustifié de paiement.

ploi des excédents ne sont valables qu'après avoir été ratifiées par l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat.

§ 119. — Le nombre, le ressort et le siège des caisses d'assurance ouvrière de district seront arrêtés par l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat.

§ 124. — Les statuts des caisses d'assurance ouvrière de district doivent, si la loi, les statuts ou les règlements de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents ne contiennent pas de dispositions spéciales, déterminer :

1° Le nom, le ressort, et le siège de la caisse ;

2° La composition de l'assemblée générale, de la direction, de la présidence, du conseil de surveillance, du comité médical permanent de la caisse, la représentation proportionnelle des employés d'industrie, de fabrique et de commerce dans les organes autonomes, le vote secret, la constitution et la compétence des organes autonomes, le mode de délibérer et de décider, le mode d'administrer la caisse et de procéder à la désignation au vote secret des membres du tribunal arbitral.

§ 125. — Les organes autonomes des caisses d'assurance ouvrière de district sont : 1° l'assemblée générale ; 2° la direction ; 3° le conseil de surveillance.

§ 126. — L'assemblée générale se compose :

a) Des délégués des membres assurés de la caisse ;

b) Des délégués des employeurs non assurés.

Les délégués de l'assemblée générale sont élus, séparément et dans leurs groupes respectifs, pour la moitié, par les employeurs occupant des employés assurés et pour l'**autre moitié par les employés** assurés à la caisse.

§ 127. — Les **membres de la direction** et **du conseil de surveillance sont élus**, séparément et dans leurs groupes respectifs, pour la **moitié par les délégués** à l'assemblée générale des **employeurs** et pour l'**autre moitié par ceux des employés** assurés.

Les médecins désignés par la caisse d'assurance ouvrière de district pour fournir l'assistance médicale **choisissent parmi eux un comité médical permanent**, dont la compétence et l'action sont régies par les dispositions énoncées au § 106.

Les statuts détermineront d'une manière plus précise la constitution, la compétence et l'activité de la direction du **comité médical permanent** et du conseil de surveillance (§ 106, al. 5.).

§ 133. — **Les rapports entre les caisses d'assurance** ouvrière de district et **les médecins font l'objet de la libre convention des parties.**

La question de savoir si la caisse fournira l'assistance médicale aux membres assurés en nommant ou **en désignant des médecins ou en autorisant de choisir librement un médecin**, sera décidée par l'Assemblée générale de la caisse, sous réserve de l'assentiment de la direction de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents et de l'approbation de l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat.

Les différends qui s'élèvent entre les caisses et les médecins au sujet des obligations incombant à ceux-ci ou des honoraires qui leur reviennent, **sont tranchés** sous réserve de la compétence en cette matière de la Caisse nationale, par l'**Office d'assurance ouvrière de l'Etat.**

§134. — **Si un grand nombre d'ouvriers** sont occupés dans une exploitation industrielle ou dans une entreprise de construction **et s'il n'y a pas de médecin sur les lieux ou dans les environs**, l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat peut obliger l'entrepreneur ou fabricant à préposer un médecin pour soigner les malades.

Plusieurs fabriques ou entreprises voisines peuvent être obligées à préposer un médecin commun.

La caisse d'assurance ouvrière de district ou la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents sont tenues du contribuer à la rétribution de ces médecins.

En cas de désaccord, le montant du subside sera fixé par l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat.

Si un établissement industriel ou une entreprise ne se conforme pas à l'obligation imposée par le présent paragraphe, le médecin destiné aux employés de cette exploitation sera désigné par la caisse d'assurance ouvrière de district, aux frais de l'entreprise. Dans ces cas, les frais encourus par la caisse de district pour la nomination du médecin seront récupérés à charge de l'entrepreneur par voie administrative, comme en matière d'impôts.

Chapitre XIV. **Procédure en matière litigieuse et tribunaux arbitraux.** — § 158. — *Il est créé au siège de chaque caisse d'assurance ouvrière de district*, pour l'étendue du ressort de cette dernière, *un tribunal arbitral chargé de trancher les différends qui surgissent entre les personnes assurées* en vertu de la présente loi contre les maladies *et les accidents* ou leurs ayants droit fondés à réclamer une réparation, et la Caisse nationale d'assurance des ouvriers *contre* les maladies *et les accidents, au sujet des secours* en cas de maladie ou *des réparations en cas d'accident*, à l'exception des points mentionnés au § 180 de la présente loi.

La compétence des tribunaux arbitraux de première instance établis au siège des caisses d'assurance ouvrière de district, *s'étend aux différends nés entre les assurés* ou leurs ayants droit d'une part et les caisses d'assurance ouvrière de district ou les caisses de maladie de fabrique, d'autre part, *au sujet des secours et réparations à allouer* par ces dernières dans les limites de leur capacité.

Les différends survenus entre les personnes assurées ou leurs ayants droit et la Caisse nationale au sujet des indemnités à fournir par cette dernière *sont jugés en première instance par les tribunaux arbitraux établis au siège des tribunaux royaux*, ou en ce qui concerne la Croatie-Slavonie, au siège des tribunaux des chambres de commerce et de l'industrie.

§ 159. — Les *tribunaux arbitraux se composent* d'un président, d'un vice-président, de vingt assesseurs au moins et d'un nombre de suppléants suffisants, mais de dix au moins (1).

Les assesseurs et les suppléants sont choisis, pour le terme de trois ans, par l'assemblée générale de la caisse d'assurance ouvrière de district et parmi les membres de celle-ci, *de manière que la moitié en soit désignée par les employeurs et l'autre moitié par les employés assurés.*

Les membres de la direction et du conseil de surveillance ne peuvent être élus comme membres du tribunal arbitral.

Les écritures des tribunaux arbitraux sont faites

(1) Les experts des tribunaux et des justices de Paix pour accidents du travail touchent actuellement environ deux millions au minimum pour leurs honoraires d'experts. Si les tribunaux arbitraux sont composés de patrons, d'ouvriers et de médecins, il y aura là un tribunal non pas d'autorité, mais un tribunal de compétence. Il n'aura donc pas besoin d'experts, puisque médecins, patrons et ouvriers seront capables d'apprécier le taux des incapacités techniques et fonctionnelles. Ils n'auront donc plus à nommer d'experts ce sera donc deux millions d'économies que feront les patrons et le budget de l'assistance judiciaire. Ces deux millions pourront donc être employés à faire la plus grande partie de la dépense que nécessitera le fonctionnement des commissions arbitrales ; ajoutons enfin que les tribunaux ordinaires étant débarrassés de tous ces nombreux procès, il n'y aura pas besoin de créer de nouvelles chambres comme l'a annoncé le Ministre de la Justice à la Tribune au moment de la discussion du budget de la Justice.

par un employé désigné et payé par les caisses d'assurance ouvrière de district.

Les membres des tribunaux arbitraux sont, en cette qualité, considérés comme fonctionnaires publics.

§ 160. — La procédure à suivre dans la désignation des membres des tribunaux arbitraux est déterminée dans les statuts des caisses d'assurance ouvrière de district.

La qualité de membre des tribunaux arbitraux est honorifique ; les membres reçoivent, en rémunération du temps qu'ils consacrent à leurs fonctions, une indemnité fixée qui ne peut être refusée. Les membres qui n'habitent pas au siège du tribunal sont, en outre, remboursés de leurs frais de voyage.

Le montant de l'indemnité et la taxe pour le calcul des frais de voyage seront fixés, par voie d'ordonnance, par le Ministre du Commerce, l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat entendu.

§ 163. — La Caisse d'assurance ouvrière de district compétente doit être informée, huit jours d'avance, de la date où auront lieu les débats du tribunal arbitral, et elle en avertira immédiatement la partie intéressée.

Le tribunal arbitral statue, composé d'un bureau de cinq membres ; celui-ci est constitué, outre le président ou son suppléant, de deux employeurs et de deux assurés. **Les assesseurs sont choisis** en ordre principal, dans la branche ou branche similaire à laquelle le malade ou la victime d'accident appartient et, en cas d'impossibilité, **dans l'ordre établi, chaque année d'avance par le président.**

Toute dérogation à cet ordre doit être mentionnée par le président au procès-verbal des délibérations.

§ 164. — Les assesseurs élus, tant employeurs qu'employés, ainsi que leurs suppléants, prêteront entre les mains du président en entrant en fonctions, serment ou promesse de remplir leur mandat avec impartialité.

Les dispositions du Code de procédure civile sont applicables à la récusation des membres du tribunal arbitral.

Le président décide de la récusation des membres du tribunal arbitral à prononcer le cas échéant.

§ 165. — *Des médecins devront être appelés aux débats du tribunal dans tous les cas où il s'agit, en cas de maladie, d'incapacité de travail et, en cas d'accident, de la relation entre l'accident et la mort ou l'incapacité de travail ou du degré de l'incapacité.*

Les médecins à appeler et l'ordre dans lequel les médecins choisis seront appelés *aux débats seront désignés par le président du tribunal arbitral au commencement de chaque année*, pour la durée d'un an, d'après une liste dressée par le médecin en chef du siège du tribunal arbitral.

La désignation se fera autant que possible de manière que plusieurs médecins de chaque spécialité se trouvent à la disposition du tribunal.

Une dérogation à l'ordre établi ne peut avoir lieu qu'exceptionnellement et doit être justifiée par le président dans le procès-verbal des délibérations.

Ne peuvent être appelés aux débats comme experts les médecins qui ont donné les premiers soins au blessé ou qui l'ont traité, ou qui ont déjà fourni à la caisse un avis dans la même affaire ou qui sont liés par contrat vis-à-vis de la Caisse ou de l'employeur de la victime.

Toutes les pièces de l'affaire doivent être mises à la disposition du médecin appelé comme expert.

§ 166. — Les frais de la procédure des tribunaux arbitraux sont à la charge de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents, sauf si le tribunal estime que les frais ont été causés vexatoirement par le demandeur en indemnité.

Les frais résultant de la collaboration d'un expert appelé à la demande du demandeur en secours ou en indemnité ou de l'assistance d'un avocat sont à la charge de la partie succombante.

Les frais résultant de la collaboration des experts appelés à la demande de la caisse ainsi que de la représentation de la caisse sont à la charge de celle-ci.

Les frais de la représentation des parties par un avocat sont taxés par le tribunal arbitral ; les frais d'une autre représentation ne peuvent être portés au compte. Il ne peut être réclamé en justice d'autres frais du chef de représentation par un avocat que ceux qui sont taxés dans la sentence du tribunal arbitral.

En cas de nécessité, le tribunal peut ordonner une enquête sur les lieux, qui ne peut toutefois s'étendre que sur la partie de l'établissement où l'accident a eu lieu.

§ 167. — La sentence est discutée en chambre du conseil par le tribunal arbitral à la majorité absolue ; elle doit être prononcée immédiatement et signifiée, dans la quinzaine du prononcé, avec les motifs, à la direction de la caisse d'assurance ouvrière de district et à la victime ou aux ayants droit de celle-ci.

Si le tribunal arbitral reconnaît le droit à être secouru ou indemnisé, *il doit aussi fixer le montant de la date du commencement du secours ou de la rente.*

Il peut être appelé des sentences du tribunal arbitral rendues en matière de rentes permanentes, dans tous les cas et en matière de secours de maladie et *de rentes d'accidents provisoires*, seulement dans les trente jours qui suivent la date de la signification de la sentence.

Chapitre XV. — **Office d'assurance ouvrière de l'Etat.** — § 168. — Il est créé deux Offices d'assurances ouvrières de l'Etat établis respectivement à Budapest et à Zagrab et placés sous l'autorité du Ministre du Commerce ou du ban de Croatie-Slavonie, qui seront chargés d'exercer le contrôle de l'Etat sur la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents ainsi que sur les caisses d'assurance ouvrière de district et les caisses de maladie des fabriques, d'appliquer la justice arbitrale en deuxième instance et de remplir les obligations déterminées par la présente. Les frais de ces offices seront à la charge de l'Etat ou de la Croatie-Slavonie et seront portés au budget annuel du Ministère du Commerce ou du gouvernement de la Croatie-Slavonie.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Service médical des hôpitaux de Province.

Ce n'est pas une petite affaire de soustraire un service médical des hôpitaux de petite ville à l'arbitraire et au caprice administratif. Si d'un côté, nous avons la dignité du corps médical, de l'autre, se dresse la force de l'administration. Entre ces deux éléments, la lutte n'est pas égale.

Ceux que ne décourage pas la disproportion des forces trouveront peut-être quelque intérêt à connaître la tentative faite par un sous-syndicat communal.

Sans nous perdre en longues dissertations, nous nous contenterons de reproduire ici les procès-verbaux de la commission médicale, tels qu'ils sont dans la rédaction faite au courant de la plume. Le lecteur suppléera à l'aridité de ces comptes rendus.

Par un sentiment de discrétion facile à comprendre, nous dissimulerons les noms propres sous de petits noms, et, pour plus de sécurité, c'est dans l'Inde que nous transporterons le théâtre de l'action.

VILLE DE BOMBAY

Commission médicale.

Réunion du 27 *décembre* 1909.

Le service de l'assistance médicale gratuite ayant été modifié dans la ville de Bombay, à partir du 1er janvier 1910, les docteurs Clément, Albert, Paul et Urbain, habitant Bombay, se sont réunis au Palais, dans le cabinet du gouverneur, mis gracieusement à leur disposition, pour examiner la conduite à tenir.

Ils ont décidé de former un sous-syndicat local, pour la défense de leurs intérêts professionnels.

Ce syndicat n'a pas de président, mais simplement un secrétaire pour rédiger le compte rendu des séances et convoquer les confrères chaque fois que l'un d'eux en fera la demande.

Aujourd'hui deux questions à traiter : 1° Assistance médicale gratuite ; 2° Service de l'hôpital.

Pour le premier point, ils ont décidé : 1° de faire établir par M. le Gouverneur la liste des indigents régulièrement inscrits et de prier M. le Gouverneur de la communiquer à tous les médecins de la localité.

2° De laisser chaque indigent libre de choisir son médecin. Le choix sera pour une année.

3° En cas de visite urgente, le médecin traitant n'étant pas là, l'indigent sera tenu de produire un billet du Gouverneur constatant l'absence du médecin ordinaire, pour qu'un confrère se croie autorisé à faire la visite.

Examinant ensuite la question de l'hôpital récemment organisé, ils ont convenu ce qui suit :

1° Tous les médecins de Bombay seront appelés, si bon leur semble, à donner leurs soins aux malades dudit hôpital.

2° Tous les confrères seront sur le pied de la plus parfaite égalité.

3° Chacun sera à tour de rôle chef de service et aura pour adjoint le suivant du tableau.

Le tirage au sort a donné le roulement suivant : 1° Dr Urbain, 2° Dr Clément, 3° Dr Albert, 4° Dr Paul.

4° En cas de difficulté de quelque nature qu'elle soit, les confrères se déclarent solidaires les uns des autres.

5° Dans le cas où un autre confrère s'installerait à Bombay, il aurait le droit, après un an de séjour, de participer au service hospitalier.

Commission de l'hopital.

Réunion du 8 *janvier* 1910.

N. B. — La commission administrative de l'hôpital accepte ce qui a été décidé, modifie dans le règlement de l'hôpital l'article relatif au service médical et reconnaît que toutes les questions médicales seront réglées par les médecins.

Cette délibération et la décision de la commission ont été soumises à l'approbation du Radjah des Indes qu'en d'autres pays on appelle préfet. Le Radjah déclare que, pour se conformer à la constitution du pays, il faut un médecin chef de service, titulaire.

Commission médicale.

Réunion du 7 *mai* 1910.

La commission médicale, invitée par une lettre du Président de la commission de l'hôpital, s'est réunie pour le choix du médecin à proposer comme médecin titulaire de l'hôpital. Il est décidé qu'on procédera par voie de tirage au sort.

Le Dr Clément, pour des raisons personnelles acceptées par ses collègues, demande que son nom ne soit pas mis dans l'urne.

Le sort ayant désigné le Dr Urbain, la commission médicale le propose comme médecin titulaire.

Commission de l'hopital.

Réunion du 25 *mai* 1910.

N. B. — La commission de l'hôpital ne veut pas reconnaître le choix de la commission médicale et nomme le Dr Paul à la place du Dr Urbain.

Commission médicale.

30 *mai* 1910.

Réunion de la commission médicale au Palais, au sujet de la décision de la commission administrative.

Le Dr Paul est très surpris de sa nomination. Toutefois il ne peut, à cause de liens administratifs, donner sa démission, les membres de la commission de l'hôpital lui ayant dit que ce serait considéré par le Radjah comme un acte de révolte, il expose à ses confrères son embarras.

Les confrères se plaçant strictement au point de vue confraternel, et devant les raisons de grave intérêt invoquées, acceptent de relever le Dr Paul de tout engagement à leur égard. Reste à régler la question personnelle de dignité qui les concerne. Avant de prendre toute décision ou de donner leur démission, ils conviennent, par esprit de conciliation, de confier l'affaire au grand représentant médical de Bombay qui, dans chaque département, est le président de l'Association locale.

Le Dr Urbain, secrétaire, est chargé de le voir.

Commission médicale.

Réunion du 12 *juin* 1910.

Le Dr Urbain, secrétaire, rend compte de la visite faite au grand représentant médical de la province de Bombay qui déclare que les médecins ont raison.

Il promet d'user de son influence auprès du Radjah des Indes pour faire confirmer la proposition de la commission médicale : la commission de l'hôpital avait accepté le roulement, la modification du service, le choix du médecin titulaire par le corps médical lui-même ; elle est mal fondée à revenir sur sa décision.

N. B. — Peu après, le grand représentant médical voit le Radjah, qui promet de tout faciliter.

Le Dr Paul, ainsi couvert et rassuré, donne sa démission de médecin titulaire, le service hospitalier ayant d'ailleurs continué à être fait par roulement. Mais, incident inattendu ! le Radjah des Indes se ravise, refuse la démission que le Dr Paul n'ose maintenir, toujours par les mêmes liens de contrainte morale administrative.

Commission médicale

Réunion du 19 *novembre* 1910.

Le Radjah n'ayant pas tenu les promesses faites au grand représentant médical, les confrères étant tous présents, la lettre suivante est adressée au Président de la commission administrative de l'hôpital.

Monsieur le Président,

La commission médicale de Bombay, composée de médecins praticiens, s'était chargée d'assurer gratuitement le service de l'hôpital.

Elle comptait que la commission administrative, d'après les conventions établies, laisserait les médecins régler les questions d'ordre médical. Elle n'a pas eu satisfaction sur ce point.

Un moment elle avait espéré que le Radjah des Indes, fidèle à la promesse faite, donnerait à chacun des docteurs entière liberté d'action (c'est-à-dire liberté de démission), aplanissant ainsi tout différend ; ses espérances ont été déçues.

Les soussignés, devant la défaillance des membres de la commission administrative et devant la défaillance du Radjah, rassurés d'ailleurs sur le sort des malades puisqu'un médecin, avec l'assentiment de ses confrères, continuera à les soigner, les soussignés ont le regret de vous faire savoir qu'ils cesseront à partir de ce jour le service de l'hôpital.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Dr Urbain, Dr Clément, Dr Albert.

Cette tentative n'a pas réussi, nos confrères étaient trop faibles de reins pour soulever la pierre tombale qui recouvre nos libertés ; l'union des forces a fait défaut, l'un d'eux se trouvait sous la dépendance du personnage administratif qui est le gardien même du tombeau. Engoncé dans sa tunique officielle, il a craint de faire craquer son habit, en secondant l'effort de ses collègues.

Cette histoire vraie, qui se présente sous l'aspect d'une fable orientale contient plus d'un enseignement : d'abord au point de vue particulier,

Ne nous associons qu'avec nos égaux.
Ou bien il nous faudra craindre
Le destin d'un de ces pots.

Au point de vue général ; ce qui importe, c'est moins le succès que l'effort. Toute corporation comme toute nation, peut conquérir sa liberté ; le point est de vouloir. Réunissons donc toutes nos volontés et bientôt nous saluerons le jour où le service des hôpitaux de province, soustrait à l'arbitraire et au caprice administratif, sera rendu à l'indépendance ou au moins à la dignité.

Dr C. R.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Où doit-on délivrer les médicaments prescrits aux indigents à la consultation des hôpitaux de Paris ?

Le Conseil de Surveillance de l'Assistance publique de Paris a été saisi par la *Société amicale et d'études des Administrateurs et Commissaires des Bureaux de bienfaisance de Paris* du vœu suivant :

Faire exécuter par les pharmaciens des dispensaires qui, aujourd'hui, tantôt les acceptent, tantôt les refusent, les ordonnances prescrites aux indigents à la consultation des hôpitaux, ou mieux faire délivrer les médicaments à l'hôpital même pour les malades qui présenteront leurs cartes d'indigents.

Sur la demande du Conseil municipal, après avis du Conseil de surveillance et sur le rapport de M. Rotillon, M. le Directeur accordait aux indigents le droit de faire exécuter dans les dispensaires, les ordonnances provenant des consultations des hôpitaux. Les choses marchaient ainsi depuis quatre ans à la grande satisfaction des indigents, et le nombre des consultations des Bureaux de Bienfaisance baissaient chaque jour, soulagées par les consultations hospitalières, lorsque tout à coup, cette mesure fut rapportée.

***

Or, refuser aux pauvres de faire exécuter dans les dispensaires l'ordonnance des hôpitaux, c'est leur supprimer complètement cette consultation elle-même qui deviendrait en effet purement platonique, puisque l'argent leur manquerait toujours pour se procurer dans les pharmacies de ville les médicaments qu'elle comporte. Les indigents parisiens la tiennent cependant en estime ; c'est même pour eux une sorte de fétichisme — respectable, car il a la foi pour base — qui les porte à s'adresser à ceux qu'ils entendent appeler « les Maîtres », les « Princes de la Science ».

***

Le maintien de cette suppression fait que cette consultation, qui a été créée pour les indigents exclusivement, ne servira plus qu'à ceux qui n'y ont aucun droit.

Alors que partout on réclame le *libre choix* de son médecin pour l'indigent : que les deux tiers des Conseils généraux l'ont déjà voté dans les départements pour l'assistance médicale gratuite, il est singulier de voir à Paris restreindre de plus en plus ce libre choix.

***

Cette mesure est incompréhensible, car il arrive souvent que ce sont les médecins eux-mêmes des Bureaux de Bienfaisance qui envoient les indigents aux consultations d'hôpitaux et particulièrement à celles d'yeux, d'oreilles, de larynx, etc.

La Société amicale des administrateurs réclame avec raison l'autorisation de faire exécuter par les pharmaciens des dispensaires les ordonnances des consultations des hôpitaux délivrées aux indigents. Ce n'est pas la restriction des secours médicaux aux indigents dans les hôpitaux, que les médecins doivent réclamer, mais l'exclusion des non-indigents, des malades riches et aisés et sur ce point nous restons dans un désolant statu quo. Il est vrai que lorsque les conseillers municipaux remplissent de leurs parents les plus proches les services de chirurgie de l'Assistance, ils seraient mal fondés d'en fermer les portes à leurs meilleurs électeurs, les notables de leurs quartiers.

Pourquoi la Ville de Paris ne serait-elle pas soumise à la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite ?

La lettre suivante a été adressée à ce propos au Ministre de l'Intérieur.

Monsieur le Ministre,

La Société Amicale et d'Etudes des Administrateurs et Commissaires des Bureaux de Bienfaisance a été fondée au mois de juin 1903 pour défendre les intérêts des indigents de la ville de Paris. C'est pour rester fidèle à sa mission qu'elle vient vous soumettre respectueusement les observations suivantes, au sujet de l'application, dans la capitale, de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

L'article 1er dispose que : que Tout Francais, s'il ne peut être soigné utilement à domicile doit l'être dans un établissement hospitalier. C'est le médecin du malade qui délivre le certificat d'admission.

L'article 12, que la Commission administrative du bureau d'assistance se réunit quatre fois par an pour dresser ou reviser la liste des malades de l'assistance médicale gratuite.

L'article 16 donne pendant vingt jours, après le dépôt de la liste à la mairie, le droit de réclamation à ceux qui n'y sont pas inscrits.

L'article 17 dit : qu'il est statué sur ces réclamations par une commission spéciale.

Enfin l'article 35 ; Les communes qui justifient remplir, d'une manière complète, leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisées par une décision spéciale du Ministre de l'Intérieur à avoir une organisation spéciale.

Paris n'a jamais réclamé le bénéfice de l'article 35 ; la loi lui est donc applicable. Cependant :

Contrairement à l'article 1er, quantité d'indigents sont refusés dans les services hospitaliers bien qu'ils réunissent les conditions d'entrée comme le prouve le certificat d'admission du médecin d'assistance à domicile exigé par la loi. Le défaut de place qui leur est opposé tient à ce que seuls les malades qui rétribuent l'assistance publique (indigents de la banlieue, accidents du travail, payants, etc.). ont l'accès assuré dans les salles.

Contrairement à l'article 12, il n'est pas créé de liste d'assistance médicale gratuite qui conférerait à l'indigent le droit à l'hôpital que la loi lui accorde.

Contrairement à l'article 17, il n'est pas procédé à a nomination d'une commission chargée de juger les réclamations des non inscrits sur la liste.

Nous venons donc vous demander, Monsieur le Ministre, que le déni de justice dont sont victimes depuis dix-sept ans les pauvres de Paris, ne se continue pas davantage, alors que, dans la France entière l'hospitalisation est partout assurée à tous les indigents sur la présentation du certificat médical du médecin traitant.

Que si l'administration de l'A. P., mise en demeure de faire enfin son option, prétendait bénéficier de l'article 35 en se réclamant d'une organisation « qui assure d'une façon complète son devoir d'assistance », il y aurait lieu, selon nous, en présence des pratiques actuelles, de ne pas accepter cette affirmation ; à la sanctionner on arriverait à la négation pour les 15000 indigents et nécessiteux parisiens des bénéfices de la loi de 1893, qui a voulu leur assurer, avant tous autres, le droit à l'hôpital.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de nos sentiments respectueux et dévoués.

Dr A. P.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DE SULLY-SUR-LOIRE (Loiret).

24 *avril* 1911.

Le phlegmon consécutif à une ampoule constitue un accident du travail et non une maladie professionnelle. — Le jugement qui statue sur l'admissibilité d'un accident du travail est rendu en premier ressort, alors même que le montant de la demande ne dépasse pas 300 francs.

Attendu que M. père, ès qualités d'administrateur légal de son fils mineur, apprenti maréchal, se disant victime, par le fait de son travail, dans l'atelier de son patron, d'un accident qui a déterminé au pouce de la main droite une plaie avec phlegmon, demande à A., une somme de 149 francs, dont :

1° 89 francs pour soins médicaux et médicaments occasionnés par la maladie ;

2° 30 francs pour indemnité de nourriture pendant les vingt jours de chômage survenu du fait ci-dessus, du 2 au 21 janvier dernier,

3° Et 20 francs pour le demi-salaire pendant le même temps de chômage,

Avec intérêts de droit et dépens ;

Attendu que le défendeur, pour faire échec à la demande, soutient que le fils M., qui était bien à son service, n'a jamais été victime d'un accident du travail, mais que les durillons et ampoules qui ont occasionné le phlegmon se sont développés successivement pendant le travail normal de l'apprenti ; que par suite il s'agit d'une maladie professionnelle et non d'un accident du travail ;

Attendu que, par jugement interlocutoire du 27 février 1911, le Sr M. père, a été admis à prouver par témoins :

1° Que le jeune M. avait gagné une ampoule à la main quelques jours avant le 30 décembre 1910 en travaillant chez M. A., son patron ;

2° Que le 30 décembre, l'intérieur de cette ampoule s'écorcha occasionnellement au moment où il maniait un marteau assez lourd ;

3° Que le lendemain cette plaie s'infecta d'elle-même et qu'un phlegmon se forma aussitôt après ;

4° Que le jeune M. fut soigné par le docteur Meunier, de Sully.

La preuve contraire réservée au défendeur.

Attendu que,par un autre jugement interlocutoire en date du 13 mars 1911 à la demande du Sr M.,père, et d'accord avec le défendeur, nous avons nommé comme expert (dispensé du serment par les parties). M. le docteur Léon Boullet, de Sully-sur-Loire, à l'effet d'examiner le fils M., aux fins de dire quelle a pu être la cause du phlegmon qui lui est survenu au pouce de la main droite, si notamment cette affection doit être considérée comme dérivant uniquement du maniement des outils dont se servait le fils M., si elle suppose nécessairement un traumatisme plus ou moins accentué, si elle peut être considérée comme une simple maladie professionnelle ou comme un véritable accident du travail ;

Attendu que l'enquête ordonnée a eu lieu en présence des parties, à notre audience publique du 13 mars dernier ;

Qu'il résulte de la déposition du docteur Meunier, médecin à Sully, qui a soigné le fils M., *que* le phlegmon qui est survenu au pouce de la main droite du fils M, est consécutif à une plaie infectée, infection probablement causée par une déchirure de la peau, occasionnée par l'outil dont se servait l'ouvrier, ou par un objet quelconque, un corps dur par exemple ;

Que les ampoules, a dit le second témoin, étaient à vif, et une notamment était noire ; et elles révélaient de petites crevasses sur la surface ;

Qu'il résulte de la déposition du troisième témoin, confirmant ainsi la conversation que le fils M. aurait tenue au second témoin, avant l'opération du plegmon à laquelle il assistait, que le vendredi 30 décembre il avait ressenti du mal à la main et que le lendemain, au soir, la douleur étant plus vive, il avait dû cesser de travailler.

Attendu d'autre part que du rapport de M. le docteur Léon Boullet, en date du 22 mars 1911, déposé le 1er avril courant au greffe de notre juridiction, il résulte :

Que la cause du phlegmon est uniquement la rupture de l'ampoule par le manche du marteau qui a permis l'infection locale et la lésion phlegmoneuse ;

Que cette affection phlegmoneuse doit être considérée comme dérivant directement et uniquement du maniement du manche du marteau, et que l'infection et le phlegmon ne se seraient pas produits si l'outil n'avait pas déchiré l'ampoule ;

Qu'elle suppose nécessairement un traumatisme, une déchirure, traumatisme minime, mais réel ; que si l'ampoule est professionnelle, son ouverture produisant un phlegmon est accidentelle, en sorte que le phlegmon du fils M. ne peut être considéré comme une maladie professionnelle, mais comme un véritable accident du travail ;

Attendu, pour répondre à l'une des observations du défendeur, que si les juges ne sont pas toujours astreints à suivre les avis d'un expert qui ne reflètent qu'une opinion personnelle, ils peuvent les combiner avec d'autres éléments de preuves, et à l'aide des faits et circonstances de la cause, baser leur jugement, après avoir cherché, si besoin, des éléments de décision dans une expertise ;

Attendu que si aucun des témoins de l'enquête n'a vu le jeune M. se blesser, il se dégage néanmoins de cette enquête que le phlegmon qui est survenu au pouce de la main droite du fils M. est consécutif à une plaie infectée, infection qui a pu être causée par une déchirure de la peau occasionnée par l'outil dont se servait le jeune M. ou un objet quelconque, un corps dur, par exemple ; que les ampoules étaient à vif, et révélaient de petites crevasses à la surface ; — et que le 31 décembre au soir, le jeune M., avait dû interrompre son travail subitement par suite d'une plus grande douleur ressentie à la main ;

Qu'il ressort aussi du rapport très détaillé du docteur commis que l'infection et le phlegmon ne se seraient pas produits si un outil n'avait pas déchiré l'ampoule, que l'existence du phlegmon suppose nécessairement un traumatisme « une *déchirure » traumatisme minime mais réel,* en sorte que le phlegmon du fils M., ne peut être considéré comme une maladie professionnelle, mais comme un véritable accident du travail ;

Attendu, dans ces circonstances, qu'il n'est pas douteux que la plaie qui a occasionné l'infection et donné naissance au phlegmon résulte d'une cause extérieure, une violence même assez légère pour passer inaperçue, qui a arrêté subitement le jeune M. dans son travail ; que c'est donc bien là l'accident défini par l'art. 1er de la loi du 9 avril 1898.

Attendu que le jeune M., apprenti chez le sieur A., ne recevait aucun salaire au moment de l'accident, qu'il y a lieu d'admettre, par application de l'art 8. § 1, de la loi du 9 avril 1898, comme exact, le salaire journalier de deux francs porté dans la demande, comme étant le salaire journalier le plus bas des ouvriers de la même catégorie, employés dans la localité et localités similaires ;

Attendu que le demandeur a, au cours des débats, renoncé à la demande relative aux frais de nourriture pendant la durée du chômage ;

Attendu, au surplus, que cette dépense ne rentre dans aucune des catégories prévues par la loi de 1898, et ne saurait être répétée contre l'entreprise ;

Attendu, qu'il convient de tenir compte au demandeur des frais médicaux et pharmaceutiques qu'il a déboursés (art. 4 de la dite loi) ;

Mais attendu que si nous sommes compétent pour décider, s'il y a eu ou non accident du travail au sens légal du mot, nous ne pouvons, en cette hypothèse, statuer qu'en premier ressort, en vertu de l'art. 14 de la loi du 25 mai 1838, et conformément à la jurisprudence de la cour de cassation (Cass. 3 février, 4 août et 27 oct. 1902).

Par ces motifs, statuant contradictoirement et en premier ressort :

Condamnons A. à payer à M. père, ès qualités ;

1° La somme de 20 francs pour indemnité de demi-salaire au fils M. pendant ses 20 jours de chômage.

2° Et la somme de 89 francs pour soins et médicaments payés au docteur Meunier ;

Lui donnons acte du désistement de sa demande, en ce qui concerne les 30 francs, réclamés pour nourriture et, au besoin, l'en déboutons comme non fondée ;

Le condamnons aux intérêts légaux et aux dépens ;

Condamnons la Société d'assurances « La Mutuelle générale française », en la personne de son Directeur, à garantir A., son assuré, des condamnations en principal et intérêts et frais qui viennent d'être prononcées contre lui.

CORRESPONDANCE

A propos du concert de l'Orchestre Médical.

Nous recevons la lettre suivante :

Mon cher confrère,

On lit dans le dernier numéro du *Concours médical* :

« Sur la foi du *Bulletin médical*, habituellement « bien informé, nous avons annoncé à tort la re- « mise du concert donné par l'orchestre, le 13 « juin. Nous nous excusons, auprès de nos con- « frères de l'Orchestre et auprès de nos lecteurs de « nous être fait l'écho de cette fausse nouvelle. »

« Habituellement bien informé »....... je ne proteste pas ! »

« Fausse nouvelle »......»

Je proteste, et pour cause.

Voici ce que le *Bulletin médical* a publié (n° du 7 juin p. 510).

« Le concert que l'Orchestre médical devait don- « ner le 13 juin au profit de l'œuvre de secours « immédiat et d'assistance à la famille médicale, « est remis à une date qui sera ultérieurement « indiquée ».

Or, cette note du *Bulletin médical* reproduisait l'avis suivant qui a été envoyé à tous les journaux faisant partie de l'*Association de la Presse médicale*, par le secrétaire général de ladite association :

« Prière d'annoncer que le concert qui devait « être donné par l'Orchestre médical le 13 juin « au profit de l'œuvre parisienne de secours im- « médiat et d'assistance à la famille médicale, « est reporté à une date qui sera ultérieurement « indiquée ».

D'autre part, je sais de source certaine que si le Secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale*, mon ami Granjux, a envoyé cette note, c'est qu'il avait été saisi d'un ordre du jour voté par le Comité de l'Orchestre médical, adressé à l'Œuvre du secours immédiat, et où il était dit, à propos du concert du 13 juin :

« Le Comité..... décide que la soirée qu'il a « l'intention de donner au bénéfice de l'œuvre « de secours immédiat AURA LIEU A UNE DATE « ULTÉRIEURE. ».

C'était clair et net, ce me semble, bien que ce fût, en réalité, obscur et amphigourique à plaisir.

C'est donc, incontestablement, la mauvaise rédaction de cette partie de l'ordre du jour du Comité de l'Orchestre médical, qui est seule responsable de l'imbroglio dont il s'agit : *Cuique suum*. Aussi vous serais-je obligé, mon cher confrère, de blanchir le *Bulletin médical*, comme il mérite de l'être, en publiant cette rectification. La « fausse nouvelle » est une fausse note de l'Orchestre médical. Il s'en produit dans les meilleurs orchestres.

Mes sentiments confraternels.

JANICOT.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Prix Fillioux. — En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1911, le concours sera ouvert le jeudi 7 décembre.

Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année à la fin du concours.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, service du personnel, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 à 3 heures, du 9 au 16 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 16 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Wagons de luxe pour malades. — L'administration des chemins de fer suisses vient de mettre en circulation quatre voitures de grand luxe destinées aux malades qui se rendent aux stations thermales et climatériques du pays.

Ces wagons, chauffés à la vapeur, éclairés à l'électricité, comprennent une véritable chambre de malade avec un lit métallique complet, une chaise longue pouvant être transformée en deuxième lit et un fauteuil, ces deux derniers meubles étant recouverts de cuir lavable.

A côté se trouve un compartiment pour le médecin qui accompagne le malade et des compartiments de wagons-lits, de première et de deuxième classe pour la famille et les domestiques. Il y a encore une cuisine électrique et un cabinet de toilette ; l'aération est assurée par des ventilateurs électriques et l'on peut emporter 1.000 litres d'eau.

Ces voitures sont équipées de façon à pouvoir circuler sur toutes les voies d'Europe et pour pouvoir s'accrocher à tous les rapides.

Nous n'en sommes pas là sur l'Ouest ni sur le Sud-Ouest-Etat.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON 3, Place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 28 Dimanche 9 JUILLET 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Comment on applique en France la Loi sanitaire

Quand, pendant une semaine de sécheresse, vous avez subi les nuages de poussière soulevés par les autobus sans que les rues, par vous fréquentées, reçoivent le plus petit arrosage, et qu'avec les premières ondées de ces derniers jours de pluie, vous avez vu poindre au tournant d'une ruelle déserte les tonneaux de la voirie municipale, inondant alors inutilement la chaussée, n'êtes-vous pas en droit de douter de la raison de ceux qui les dirigent ?

Quand vous confiez votre literie à un service officiel de désinfection, et qu'en ouvrant vos matelas, sortant de l'étuve, vous y trouvez vivantes puces et punaises, n'êtes-vous pas en droit de suspecter l'efficacité de désinfections aussi bien effectuées ?

Quand, après avoir signalé quelques cas de rougeole, vous recevez une lettre officielle signée d'un préfet ou de son représentant, vous priant, pour des motifs qui restent mystérieux, de transformer les rougeoles en roséoles ; quand vous retrouvez soigneusement empilées dans un tiroir, à la mairie, les lettres de déclaration de maladies transmissibles, adressées durant plusieurs mois à M. le Maire sans qu'il ait daigné les décacheter, n'êtes-vous pas en droit de ne plus prendre au sérieux la déclaration obligatoire des maladies contagieuses ?

Ajoutez à cela la circulaire suivante, que nous reproduisons en partie, et concluez si tout cela est fait pour imposer au corps médical le respect dû aux fonctionnaires chargés de veiller à l'application de la loi sanitaire ?

DÉPARTEMENT DE .. ..

Inspection départementale de L'assistance et de l'hygiène publiques

PROTECTION de la santé publique

CHOLÉRA

Circulaire n° 28

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Très important *Très urgent*

X..... le 17 juin 1911

Le Préfet de.....

à Messieurs les Sous-Préfets, Maires et Médecins du département.

Par télégramme du 16 courant, M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, m'informe que la situation sanitaire, au point de vue du choléra, inspire des préoccupations en diverses parties de l'Europe, spécialement à Constantinople et en Italie (Venise et Naples).

Je crois devoir vous rappeler ci-dessous les art. 6, 7 et 8 du décret du 1er août 1910, toujours en vigueur, dont je vous ai donné le texte dans ma circulaire du 7 août 1910, à laquelle vous voudrez bien vous reporter :

Ici la citation de ces articles suivie de quelques instructions aux sous-préfets et aux maires. Viennent ensuite celles destinées aux médecins qui se terminent comme il suit:

En vue de parer à toute éventualité, *n* postes sanitaires ont été installés dans le département, savoir (ici l'énumération des localités où sont installés les postes). Ils sont **pourvus (ici le nom d'une spécialité et de son fabricant en lettres grasses), actuellement en expérimentation autorisée aux colonies contre le choléra. Ce médicament donnerait d'heureux résultats : il sera à la disposition des médecins traitants.**

Le devoir de chacun consiste à s'efforcer d'empêcher le mal de s'implanter sur le territoire. Les précautions prescrites par le Gouvernement suffiront sans doute à atteindre ce résultat, à la condition qu'elles soient scrupuleusement observées partout.

Je crois pouvoir, Messieurs, compter sur tout votre dévouement en cette circonstance.

Le Préfet,
X.

Il y a quelques siècles, le gouvernement faisait aussi des distributions officielles de remèdes. Nous avons sous les yeux un petit livre, pas méchant d'ailleurs, intitulé :

Recueil des mémoires instructifs sur l'usage des différents remèdes du Sieur Helvétius, qui se distribuent dans les provinces par ordre du Roy, en faveur des pauvres malades de la campagne, brochure où l'on recommande l'« usage de la poudre spécifique d'Hypécacuana préparé, et de la poudre de Corail Anodine contre les Cours de Ventre, Flux de sang et Dyssenteries», tout comme M. le préfet préconise le remède efficace contre le choléra.

D'autre part, nous lisons dans la *Revue Médicale d'Aix-les-Bains* (n° 6, juin 1911, page 142):

« Au début du printemps, que l'on fasse bouillir du suc de betteraves dans lequel on aura ajouté, sans qu'il soit besoin de la mesurer exactement, une certaine quantité d'haricots grimpants, et que tous, petits et grands, boivent cette décoction, aussi longtemps qu'elle est encore chaude ; ils éviteront la peste. »

Tel est du moins l'avis qu'un préfet chinois fit afficher à la porte d'un pestiféré.

A n'en pas douter, les moyens officiels pour lutter contre les maladies contagieuses jouissent des deux attributs de la Divinité : l'Eternité et l'Ubiquité. Il faut bien reconnaître que, vraisemblablement sans le savoir, M. le Préfet du département de X... a eu recours aux procédés du XVIIIe siècle, à moins que ce ne soit à ceux de son collègue du Céleste Empire.

C'est le Progrès !

J. Noir.

Encore les Mutualistes

Les médecins de l'arrondissement de Sancerre ont tous signé, *sauf un*, l'engagement formel de ne soigner les mutualistes que dans les conditions suivantes : respect du libre choix, paiement des honoraires à la visite, au tarif ordinaire avec 5 % de réduction à titre d'indemnité de recouvrement, dans le cas où les sociétés paieraient directement les médecins. La plupart des mutualités, qui se rendent parfaitement compte de la légitimité de la mesure prise par nos confrères, se sont inclinées, sachant bien qu'en réalité leurs adhérents n'y perdraient rien. Seuls les mutualistes d'Aubigny ont résisté et, devant l'étroite entente des médecins, ont annoncé qu'ils en feraient venir un autre. Aussi nous nous faisons un devoir de publier la note suivante que nos confrères du Cher viennent de nous communiquer :

Cher. — Les médecins sollicités de s'installer à Aubigny-sur-Nère sont avisés qu'il n'y a aucune situation à prendre dans cette petite ville, suffisamment pourvue de médecins, mais dans laquelle il existe un conflit aigu entre médecins et mutualistes, conflit basé sur une question d'honoraires.

Pour plus amples renseignements, s'adresser aux docteurs Barré et Hodreau à Aubigny (Cher).

Si, averti par l'affichage de la Faculté de médecine de Paris, qui a le monopole de ce genre d'annonces, un médecin dévoyé accepte la situation peu enviable offerte par la Mutualité d'Aubigny, tant pis pour lui et surtout pour les mutualistes : qui recevront ainsi les soins qu'ils méritent.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis: M. le Professeur GAUCHER. (POLYCLINIQUE).

Radiumthérapie et radiothérapie.

Voici une malade atteinte d'un épithélioma ulcéré du nez. On lui a appliqué la radiumthérapie, mais les effets de celle-ci ont été insuffisants. Il en est ainsi lorsqu'il s'agit de lésions profondes.

Le radium et les rayons X n'agissent pas autrement que les caustiques, avec cette différence que leur action est plus pénétrante et plus élective. Ils font une destruction moléculaire, plutôt que massive, sans avoir de propriétés particulières sur les tissus néoplasiques.

Lorsque les lésions sont profondes, les rayons X et le radium sont insuffisants. Ils peuvent même devenir nuisibles et, comme nous ne savons pas d'avance la profondeur de pénétration des rayons, pas plus que la profondeur de la néoplasie, il s'ensuit que l'application de ce traitement est un peu affaire de tâtonnement. Quand les rayons X peuvent atteindre toutes les parties malades, on obtient de bons résultats. Dans le cas contraire, on obtient les mêmes effets désastreux qu'avec les autres caustiques qui irritent la tumeur sans la détruire. Le cas actuel en est un exemple.

Chez cette femme donc, non seulement le radium n'a pas empêché l'accroissement de la tumeur, mais encore il a exagéré sa marche. La malade a 75 ans. A cet âge, l'épithélioma cutané a une marche torpide. Le radium a été nuisible en accélérant le processus.

Autre point intéressant. La malade a eu des vomissements et nous constatons, chez elle, l'existence d'une tumeur gastrique. Il est classique de dire et d'enseigner que l'épithélioma cutané est une affection locale, ne se généralisant pas, si ce n'est aux ganglions, après une intervention incomplète en particulier. Je ne crois pas que, dans le cas présent, il faille admettre une propagation du néoplasme cutané à l'estomac. Le cancer épithélial, quel qu'en soit le siège, a la même origine, et il n'est pas extraordinaire de voir chez un sujet des manifestations multiples de l'épithélioma, indépendantes les unes des autres, quoique de cause commune.

Erythème noueux et syphilis.

Jeune femme présentant sur la cuisse gauche des nodosités très nettes d'érythème noueux. Elle est, d'autre part, syphilitique. Vous savez qu'on a décrit un érythème noueux syphilitique et un érythème noueux blennorrhagique. La question qui se pose est de savoir si nous sommes en présence d'un érythème noueux syphilitique. Pour ma part, je ne crois pas du tout que l'érythème noueux puisse être dû à la syphilis ou à la blennorrhagie. Nous avons eu ici, à diverses reprises, des malades atteints d'érythème noueux. Les uns étaient syphilitiques, d'autres étaient blennorrhagiques, d'autres n'étaient ni syphilitiques ni blennorrhagiques. Je conclus de tout cela à l'indépendance de l'érythème noueux, qui *peut survenir chez un sujet quelconque, syphilitique*, blennorrhagique ou non.

Chancre simple et chancre mixte.

Malade atteinte d'une ulcération végétante sanieuse de la vulve, ayant les caractères du chancre mou et du chancre syphilitique. Elle a, en outre, une ulcération végétante de l'orifice nasal et un Wassermann positif. Nous avons à nous demander si nous sommes en présence d'un chancre mixte ou d'un chancre mou chez une ancienne syphilitique. Dans cette dernière hypothèse, nous considérerions la lésion nasale comme spécifique. Au contraire, si l'ulcération vulvaire est un chancre mixte, la lésion nasale resterait tributaire des prises de tabac employées par la malade. L'influence du traitement spécifique nous guidera sur ce point.

Je pencherais plutôt vers l'idée de chancre mou chez une ancienne spécifique. Une réaction positive de Wassermann avec un chancre encore en activité n'est pas habituelle.

Syphilis, albuminurie et stomatite.

Voici une malade syphilitique dont l'accident primitif remonte à 12 ans. Elle a une ulcération gommeuse du vagin et la petite lèvre droite perforée. Ses urines contiennent 2 gr. d'albumine. Cette albuminurie assez forte va nous empêcher de prescrire le traitement le plus convenable. Nous donnerons, en attendant, de petites doses d'arséniate de soude (deux milligrammes), qui nous ont procuré de bons résultats dans certains cas.

Une autre malade se présente à nous dans des conditions assez analogues. Elle a été traitée dans le service l'an dernier pour des accidents secondaires, et elle revient pour une ulcération sus-pubienne qu'elle attribue à la pression du corset. Celui-ci intervient peut-être d'ailleurs comme cause occasionnelle. L'ulcération est circinée,



d'aspect chancriforme. La patiente ayant de la stomatite ulcéro-membraneuse, nous ne pourrons donner que de l'iodure de potassium seulement. La lésion va guérir avec l'iodure, et, dès que l'état de la bouche le permettra, nous ferons une cure mercurielle.

Polynévrite syphilitique et 606.

Voici une femme qui a reçu, pour des accidents spécifiques divers, une injection de 606. Deux mois après, ont éclaté chez elle des troubles de la marche et je me suis demandé à cette époque si nous avions affaire à une polynévrite arsenicale ou à une polynévrite syphilitique. Celle-ci est rare, exceptionnelle, à la période où se trouve la malade. L'examen des urines ne révéla rien de particulier. Le Wassermann était positif. On institua le traitement spécifique, par les injections de benzoate de mercure à 2 centigr. La patiente est aujourd'hui considérablement améliorée, de sorte que nous pouvons conclure certainement à une polynévrite syphilitique. Nous ne devons pas mettre la polynévrite à l'actif de l'arséno-benzol. Cela prouve néanmoins que ce dernier n'a eu qu'une action minime, n'ayant pas empêché la lésion nerveuse de se produire.

Syphilis osseuse.

Malade arrivant du Cantal, d'où elle nous a été adressée pour recevoir une injection de 606. Sa syphilis remonte à l'année 1895. Elle est venue portant des lésions de syphilis osseuse, une perforation de la voûte palatine, un écrasement du nez, une ostéite profonde avec séquestres mobiles enlevés chirurgicalement. Cela ressemble à une syphilis des Arabes. Ce qu'il y a de particulier, en outre, c'est que, du fait du mauvais état de la bouche et d'une albuminurie assez intense (2 gr. 60), le traitement mercuriel ne peut pas être employé.

J'ai prescrit 2 milligr. d'arséniate de soude et 4 grammes d'iodure de potassium. Le traitement, appliqué depuis 15 jours, a procuré d'excellents résultats. Je dois dire, d'ailleurs, que si la malade n'a pas guéri dans son pays, c'est qu'on lui donnait du mercure seul, sans iodure. Dans les lésions osseuses, l'iodure est souvent plus actif que le mercure, de même que dans les lésions gommeuses.

Cystite syphilitique.

Autre malade, atteinte également d'ostéo-périostite frontale, que le traitement mixte est en train d'affaisser. Le point intéressant de son cas est l'état vésical. La miction est très douloureuse. Un examen cystoscopique a montré une cystite par petites plaques, assez particulière pour qu'on ait pensé l'attribuer à la syphilis. Sous l'influence du traitement, les symptômes de cystite ont disparu; un nouvel examen cystoscopique a permis de constater la rétrocession des lésions. Il s'est agi là d'une cystite syphilitique, affection tout à fait exceptionnelle. C'est le premier cas que je vois.

En présence de troubles vésicaux chez un syphilitique, pensez donc à la cystite syphilitique, et vous pourrez arriver à guérir des malades chez esquels, autrement, la cystite s'éterniserait.

Syphilis contractée par un hérédo-syphilitique.

Jeune femme contractant la syphilis au cours d'une grossesse. Elle offre deux particularités intéressantes à enregistrer.

Tout d'abord, nous notons, chez elle, de l'asymétrie faciale, des dents atrophiées, une voûte palatine profonde, des lésions d'hérédo-syphilis dystrophique. La syphilis contractée par un hérédo-syphilitique dystrophique est un fait connu.

Le deuxième point à signaler est le suivant. La malade fit une fausse couche de deux fœtus, l'un macéré, l'autre paraissant sain. Cette grossesse gémellaire avec un enfant macéré et l'autre sain est également un fait connu, mais inexpliqué. Nous ignorons le pourquoi de cette curieuse coïncidence.

Chancres syphilitiques de la verge (divers types).

Je vais vous montrer, chez cinq hommes, divers types de chancres syphilitiques de la verge, un « bouquet » de chancres.

Voici un premier malade avec trois chancres de la verge ; un second avec un chancre induré du fourreau datant d'un mois. Le chancre du fourreau a pour caractères d'être généralement superficiel, saignant facilement.

Le troisième patient offre un chancre induré du sillon, accompagné, comme cela existe pour les chancres sous-préputiaux, de phimosis, de verge en battant de cloche.

Le quatrième malade a eu deux chancres, l'un à la lèvre, un autre, dix jours après, au fourreau.

Autre chancre du fourreau chez un cinquième malade. Le chancre du fourreau, ai-je dit, est superficiel. Il est irrégulier de forme, ressemble à une plaie banale et de ce fait est facilement méconnu, étant souvent considéré comme une simple écorchure.

Ulcères syphilitiques et gommes de la langue.

Voici 3 malades atteints de lésions syphilitiques de la langue. Les deux premiers ont des gommes linguales, affection rare. Le troisième a une leucoplasie linguale ulcérée. Sous l'influence du traitement, l'ulcération a guéri, bien que la leucoplasie ait persisté.

On est habitué à dire que le traitement, dans la leucoplasie ulcérée, est inefficace. Je crois que,

s'il est continué longtemps, il peut agir. En présence d'une leucoplasie ulcérée, ne croyez pas que vous devez rester les bras croisés. Donnez le traitement spécifique.

Epithélioma et radium.

Malade ayant eu un épithélioma de la lèvre considéré comme guéri par le radium. La guérison n'était qu'apparente et le malade est revenu au bout d'un an avec une récidive de la tumeur et un ganglion. L'exérèse du mal est, dans les conditions actuelles de ce patient, impossible. Le radium, d'autre part, est voué à l'insuccès. Quand on a affaire à un épithélioma avec adénopathie, chaque fois que l'on applique du radium sur la lésion, celle-ci diminue, mais les ganglions augmentent. Chaque fois que l'on applique du radium sur les ganglions, ceux-ci diminuent,mais la lésion augmente. C'est un problème absolument insoluble.

Chez ce malade, les applications de radium n'ont pas pu détruire complètement le néoplasme qui a continué à évoluer, et, comme toutes les fois où l'on touche à un néoplasme sans l'enlever complètement, il s'en est suivi un engorgement ganglionnaire.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Chlorurémie et azotémie.

M. le Dr Maurice Lasnier a étudié dans sa thèse, les phénomènes produits au sein de l'organisme par la rétention des chlorures et des dérivés azotés du sang. « Evidemment, dit-il, les déchets azotés et le chlorure de sodium ne sont pas les seuls produits retenus par l'organisme au cours des néphrites ; mais les troubles qui accompagnent leur rétention sont aujourd'hui des mieux connus. Aussi, parmi les multiples symptômes décrits dans l'urémie, deux formes ont pu être bien caractérisées, tant par leurs manifestations cliniques que par leurs conditions pathogéniques, la chlorurémie par rétention du chlorure de sodium dans les tissus interstitiels et l'azotémie avec rétention des déchets azotés dans les humeurs. La chlorurémie (abstraction faite des cas de rétention sèche) est la forme œdémateuse de l'urémie ; c'est l'anasarque, l'œdème pulmonaire, l'œdème cérébral avec ses accidents d'amaurose passagère, etc. L'azotémie en est la forme sèche avec ses caractères spéciaux ; inappétence, troubles digestifs, torpeur, coma, rétinite albuminurique.

Le mélange de ces symptômes constitue une forme mixte.

Le diagnostic en sera très facilement fait par les signes cliniques, mais sera surtout précisé par l'appréciation de l'élimination des chlorures dans l'urine et par le dosage de l'urée retenue dans les humeurs (sérum, liquide céphalo-rachidien, sérosités ou transsudats).

De cette connaissance découle le pronostic. Spécialement, dans l'azotémie, au-dessus de 1 gramme d'urée, on peut affirmer la rétention azotée en rapport avec une lésion rénale.

De 1 à 2 grammes, la rétention est déjà de moyenne intensité.

Au-dessus de 2 grammes, elle devient très forte, comportant un pronostic sérieux.

A partir de 3 grammes, on a toujours vu la mort survenir à plus ou moins brève échéance, le plus souvent très rapidement.

Le traitement sera en rapport avec la forme de l'urémie.

Le régime déchloruré amène la fonte des œdèmes et du préœdème,jugée par la courbe de poids, la baisse de la pression artérielle, quelquefois une guérison, toujours une amélioration locale (diminution de l'albuminurie) et générale ; le taux de l'équilibre chloruré connu, la dose tolérable de sel sera autorisée.

Le régime hypoazoté déchloruré sera imposé aux azotémiques, car seul, il peut diminuer la rétention des déchets azotés, ou entraver la progression et en atténuer les effets ; la mesure de l'indice de rétention uréique fixera la dose permise de substances albuminoïdes.

On devra donc, chez tout brightique, connaître les taux de l'équilibre chloruré et de la rétention azotée.

Seuls, les dosages en série (si faciles) permettront ce diagnostic,d'où découlent le pronostic et le traitement.

La réaction du Biuret dans les états infectieux fébriles.

M. le Dr Triboulet, de Paris, s'est spécialisé dans l'étude des modifications subies par les matières fécales dans les divers états pathologiques. Il a communiqué, récemment, à la Société de Pédiatrie, les résultats de ses recherches sur la réaction du Biuret dans les états infectieux fébriles.

La réaction du Biuret indique, en effet, le degré de digestion des substances alimentaires ingérées.

Voici, d'abord, ce qu'est la réaction du Biuret :

« Deux centimètres cubes environ de matières fécales sont pilés et délayés dans quatre centimètres cubes de solution de carbonate de soude à 5 %.

« Cet amas délayé est jeté sur le filtre, et le filtrat recueilli dans un tube à essai. Au filtrat, on ajoute deux centimètres cubes de lessive de soude et, sur ce mélange, on laisse tomber, à la pipette, 5 à 6 gouttes de solution de sulfate de cuivre à 2 %. »

L'auteur ajoute qu'avec des selles incontestablement normales, la solution de sulfate de cuivre surnage sous forme d'un disque bleu pur immuable. Par contre, avec certaines selles, incontestablement anormales (par exemple

des selles de diarrhée tuberculeuse, d'entérite exulcéreuse), on voit aussitôt diffuser, au-dessous du disque bleu, une teinte *mauve* caractéristique, indiquant la présence de *caséine* (contrôle par l'acide acétique).

« Cette recherche, faite des centaines de fois sur des selles provenant de petits enfants atteints de maladies diverses, nous permet d'établir :

« Etat normal, pas de caséine, pas de BIURET (disque bleu).

« BIURET (*mauve*), caséine, état anormal.

« Entre les deux séries des faits extrêmes que je viens de signaler, se placent des réactions intermédiaires, et, en attendant d'en apprécier la signification physiologique, en voici le compte-rendu tout empirique. Il arrive que, sous le disque bleu, on ait une diffusion gris mauve, ou seulement grise, et l'expérience nous a appris que, dans ce dernier cas (gris), on ne devait tirer aucune conclusion spéciale ; ou bien on peut avoir une diffusion mauve ou rosée ou franchement *rose*. Avec cette dernière réaction (*rose*), il y a lieu de pratiquer une recherche de contrôle, et elle se fera à l'aide du réactif d'ESBACH, lequel donne souvent alors un précipité qui répond à la présence de peptones dans la selle examinée.

« Or, la physiologie digestive nous a appris, depuis longtemps, qu'une digestion normale doit mettre les matières albuminoïdes en un état assez avancé pour l'absorption et l'assimilation pour que ni peptones, ni caséine ne se retrouvent dans le résidu normal, dans la selle parfaite ».

Dans les gastro-entérites, dans les affections fébriles aiguës, la réaction du Biuret sur les matières fécales indique le degré de digestion des albuminoïdes et des graisses.

Si donc, au cours d'un examen coprologique, peptones ou caséine se révèlent, les unes par la réaction rose, l'autre par la réaction mauve, la selle examinée peut être considérée comme anormale.

D ans les fièvres et, en particulier, dans la fièvre typhoïde, le BIURET donne, les dans 4 /5 des cas, une réaction rose, et seulement dans 1 /5 des cas une réaction mauve. La réaction rose se montre presque comme un signe constant, sans valeur spéciale ; la réaction mauve paraît appartenir aux formes graves, dont une mortelle (ulcérations et perforations, d'ailleurs sans hémorragies).

De plus, l'étude de la réaction du BIURET indique si l'alimentation profite au malade et si les ferments digestifs sont suffisants pour transformer les albuminoïdes en peptones, pour assimiler les graisses, en un mot, pour assurer la nutrition.

Forme fruste de la coxalgie.

Dans sa thèse de doctorat, M. Claude SIMERAY, de Moirans (Jura), a étudié une forme de la coxalgie qu'il a dénommée « forme fruste », et qu'il nous semble intéressant de faire connaître à nos lecteurs.

Dans la forme ordinaire, la coxalgie ou tuberculose de la hanche commence d'une façon insidieuse et lente que nous rappelons brièvement :

Le malade, le plus souvent un enfant, accuse d'abord une certaine paresse à la marche : tout petit, il demandera plus fréquemment qu'on le porte sur les bras ; plus grand, il n'aura plus l'entrain habituel aux jeux de ses camarades et se tiendra volontiers à l'écart.

Puis, la claudication fera son apparition, d'abord intermittente, ne survenant qu'après une fatigue et ne consistant qu'en une démarche un peu anormale, puis continuelle ; le sujet tire toujours la jambe en marchant et a même un léger dandinement. A la suite de cette claudication, ou quelquefois la précédant, survient une douleur localisée à la hanche ou même au genou, de préférence vague, et peu intense dans les débuts, mais devenant bientôt plus aiguë, jusqu'à arracher des cris au patient et à lui rendre la marche de plus en plus pénible et même impossible. Cette évolution a une durée très variable, d'ordinaire de quatre à six mois, mais pouvant fort bien varier aussi de quelques semaines à un an ou deux, C'est le plus souvent à la période de claudication confirmée, avec douleurs plus ou moins vives, que le malade vient consulter.

Or, il existe une forme très atténuée de coxalgie, forme fruste, qui, quoique rare, est parfaitement caractérisée et incontestable.

L'auteur cite six observations de coxalgies n'ayant déterminé pendant longtemps (respectivement trois mois, un an, deux ans, qu'une gêne presque insensible de la marche, gêne dont les petits malades ne se plaignaient même pas et qui ne faisait qu'alarmer les parents par sa persistance.

A l'examen , on ne trouve le plus souvent aucune douleur au niveau de l'articulation de la hanche. Pas trace d'attitude vicieuse, ou une abduction à peu près insignifiante avec un peu de rotation externe . Parallèlement à elle, parce que dépendant du même facteur commun, la contracture musculaire, les mouvements provoqués s'exécutent presque tous avec la plus grande facilité et entièrement. A noter seulement un peu de limitation, soit pour la flexion, soit pour l'abduction ou l'hyperextension. Encore n'est-on arrêté que tout à la fin du mouvement. La recherche des autres signes : adénite iliaque, atrophie et hypotonie musculaires des fessiers et du quadriceps, infiltration du tissu sous-cutané amenant un élargissement trompeur du grand trochanter, n'est mentionnée que dans deux observations. Ces signes sont les plus précoces et les plus constants de la coxalgie. Ils sont, du reste, les seuls nettement caractérisés et, malgré leur grande valeur symptomatique, sont un peu faibles pour imposer le diagnostic. Tous les autres ne sont qu'esquissés quand ils ne sont pas absents.

Aussi, c'est à la radiographie que dans tous ces cas, on a demandé la confirmation d'un diagnostic encore incertain.

Celle-ci a toujours été du plus grand secours, montrant constamment des lésions très nettes de la tête fémorale ou du cotyle, soit une simple infiltration tuberculeuse, déjà notablement avancée,

soit même une destruction presque complète de la tête fémorale et une usure profonde du cotyle.

Le diagnostic est souvent très long et très difficile à poser. Il y a fréquemment entre la bénignité des symptômes fonctionnels et l'état des lésions articulaires, une si grande disproportion que des malades, au système nerveux intact, peuvent continuer à marcher sans douleur notable, avec fonte tuberculeuse presque complète de leur tête fémorale.

Le traitement ne diffère en rien de celui des coxalgies normales.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Méningites cérébro-spinales à paraméningocoques. — Kyste hydatique avec réaction du complément négative. — Signe du sou dans l'ascite. — Syphilis gastrique. — Cause de radiodermite. — Massage du tympan et rééducation auditive. — Sinusite frontale fermée.

M. Dopter communique à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les *méningites cérébro-spinales à paraméningocoques.*

L'auteur a isolé, chez certains sujets sains, dans le rhino-pharynx, une catégorie de germes ressemblant beaucoup aux méningocoques par leurs caractères morphologiques et culturaux, mais s'en séparant par l'absence d'agglutination avec le sérum anti-méningococcique. Il a proposé de les nommer « paraméningocoques ».

Depuis six mois, M. Dopter a recueilli 7 observations de méningites cérébro-spinales dues à cet agent pathogène. Le tableau clinique offert par les malades ne diffère en rien de celui de la méningite cérébro-spinale épidémique. Il se traduit par le syndrome classique : céphalée, raideur de la nuque, vomissements, contractures, signe de Kernig positif, etc. Ces méningites ont été graves, les 7 cas en question s'étant tous terminés par la mort. Le germe isolé, bien que voisin du méningocoque, s'en distingue par plusieurs de ses réactions biologiques.

La connaissance des méningites cérébro-spinales à para-méningocoques est importante pour le praticien. Le sérum anti-méningococcique reste, en effet, ici, absolument inefficace. M. Dopter a préparé un sérum particulier qui lui permet d'espérer de pouvoir lutter bientôt contre ces méningites.

Dans la pratique, cependant, il ne faudrait pas attendre les résultats du laboratoire pour traiter les malades. Les méningites à paraméningocoques étant infiniment plus rares que les méningites à méningocoques, il sera prudent d'injecter d'abord le sérum anti-méningococcique ordinaire. Si l'examen bactériologique apprend quelques jours après que le germe est un para-méningocoque, on s'adressera alors à la sérothérapie anti-paraméningococcique.

— M. Broca signale, à la *Société médicale des hôpitaux*, un cas de *kyste hydatique du foie avec réaction du complément négative.*

On a longuement discuté, dernièrement, la valeur de l'examen du sang (numération des éosinophiles, recherche du complément ou réaction de Weinberg) dans le diagnostic des kystes hydatiques. Si l'on a été d'accord pour reconnaître que ces réactions ont un intérêt considérable lorsqu'elles sont positives, on a prouvé également que le clinicien doit savoir s'en passer, car elles peuvent ne pas exister lorsque le kyste hydatique est certain. Dans les kystes hydatiques, l'éosinophilie manque quelquefois et la réaction de Weinberg est assez souvent négative. L'observation de M. Broca vient appuyer cette opinion.

— MM. Lesieur et Rebattu présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur le *signe du sou dans l'ascite.*

C'est Pitres qui, en 1881, décrivit le signe du sou comme un symptôme révélateur des épanchements pleuraux. Ce signe est basé sur la transmission du son par la courbe liquidienne. Pitres a établi ainsi les lois physiques de la transmission du son, en pareilles circonstances :

1° Lorsque, entre le point percuté et le point ausculté, il existe une couche continue de tissu spongieux, aréolaire, le bruit transsonnant est assourdi ;

2° Lorsque, entre le point percuté et le point ausculté, il existe une cavité pleine de gaz susceptible de former caisse de résonnance, le bruit transsonnant est renforcé et prend le timbre d'airain ;

3° Lorsque, entre le point percuté et le point ausculté, il existe une couche continue de substance physique homogène solide ou liquide, le bruit transsonnant reste clair, aigu, argentin ;

4° Lorsque, entre le point percuté et le point ausculté, existent des couches successives de tissus de composition différente, les uns aréolaires et mauvais conducteurs de vibrations sonores, les autres homogènes et bons conducteurs de vibrations sonores, les modifications du bruit transsonnant sont commandées par la couche de tissu mauvais conducteur du son. Le bruit arrive à l'oreille sourd et étouffé (bruit de bois).

Dans l'épanchement pleural et dans l'épanchement péritonéal, sont réalisées les conditions prévues dans la troisième loi et le signe du sou (son clair, aigu, argentin) est constaté.

MM. Lesieur et Rebattu ont recherché le signe du sou dans l'ascite. Ils estiment que, sans avoir la valeur des deux grands signes de l'épanchement ascitique (la matité mobile et le phénomène du flot), le signe du sou peut rendre des services.

— MM. Béclère et Bensaude relatent à la *Société médicale des hôpitaux*, un cas de *syphilis gastrique.*

Le malade, syphilitique depuis 30 ans, eut, à différentes reprises, des troubles gastriques. En 1908, il fut repris d'accidents digestifs, avec amaigrissement et cachexie. Le repos au lit et le tubo-gavage, après avoir donné une sédation passagère, n'amenèrent pas de soulagement durable. Une intervention chirurgicale fut décidée en principe. Auparavant, les auteurs eurent l'idée d'essayer le traitement spécifique. Dès les premières

piqûres, une amélioration manifeste se produisit. Les troubles digestifs disparurent et l'augmentation de poids fut rapide. L'examen radiologique montra, avant le traitement, un estomac biloculaire ; après le traitement, l'estomac reprit sa configuration normale.

La nature syphilitique de la maladie ne saurait être mise en doute en raison des antécédents du patient, de l'effet merveilleux du traitement et de l'analogie avec d'autres observations de syphilis gastrique déjà publiées. La syphilis de l'estomac ne semble d'ailleurs pas aussi rare qu'on le suppose. M. Pater a relevé dans la littérature 122 cas, dont 59 accompagnés du contrôle anatomique. Le professeur Hayem disait récemment qu'il en observe à peu près quatre ou cinq par an.

MM. Béclère et Bensaude estiment que l'exploration radiologique est appelée à apporter dans l'étude de cette affection une nouvelle source d'informations en permettant à la fois de constater les lésions et de suivre leurs modifications sous l'influence thérapeutique. La radiologie peut ainsi servir de moyen de contrôle et permettre d'affirmer que les améliorations ou guérisons sont dues à l'action médicamenteuse et non à de simples coïncidences.

— M. d'Arsonval présente à l'*Académie des sciences* une note de M. Foveau de Courmelles sur *une cause de radiodermite*, avec déductions prophylactiques.

Les victimes des rayons X sont nombreuses, et le bilan se traduit par la perte de mains, de bras, par la mort même. Si l'on étudie la question, on constate que les accidents ont été vus, dans 99 pour 100 des cas, chez des radiologues ayant des lésions épidermiques, soit par le fait de développements photographiques qui irritent la peau, soit par des plaies, des éraflures, etc. Comme conclusion prophylactique, l'auteur conseille de protéger ses mains par des gants de caoutchouc, d'éviter de faire des développements de clichés radiographiques et de soigner toutes lésions cutanées, mêmes légères, quand on est appelé à faire de la radiologie.

— M. Durand montre à la *Société française d'électrologie* un dispositif qui permet de réaliser le *massage du tympan et la rééducation auditive*. Il suffit, pour cela, d'envoyer dans un téléphone un courant interrompu de période et d'intensité convenables.

— M. Guisez présente à la *Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris*, une malade qu'il a opérée d'urgence, dans le coma, de *sinusite frontale fermée*.

Atteinte de sinusite frontale droite, fermée, sans suppuration nasale, la malade éprouvait de vives souffrances à la région frontale. L'auteur conseilla une intervention (intervention externe ou drainage endo-nasal par ablation du cornet moyen) qui fut refusée. Le lendemain, la patiente tomba dans le coma, avec température élevée. L'opération, faite d'urgence, montra une sinusite frontale absolument close. Les tables de l'os frontal étaient intactes ; il n'y avait pas de complication cérébrale. Le coma s'amenda peu à peu, après l'opération, et la guérison s'est faite sans complications.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

La lithiase biliaire. Traitement de l'accès

Diverses théories tendent à expliquer la formation des calculs biliaires : les unes considèrent le ralentissement de la nutrition comme la principale des causes ; d'autres font intervenir la migration par ascension de bacilles tels que le colibacille ou le bacille d'Eberth. Nous n'envisagerons ici que le traitement de l'accès.

Celui-ci est provoqué par la migration des calculs biliaires soit pour se frayer un passage pour sortir de la vésicule (colique vésiculaire) ; soit pour parcourir le canal cystique et le canal cholédoque et arriver dans le duodénum.

L'indication primordiale est : 1° de calmer les phénomènes douloureux ; 2° de favoriser la migration des calculs hors de la vésicule ; 3° d'empêcher la formation de nouveaux calculs.

Dans le premier cas, l'indication est variable, suivant que la colique est imminente ou réalisée.

Si la colique est imminente, elle pourra être conjurée par l'administration de capsules d'éther amyl-valérianique à la dose de 4 à 6 capsules par jour, ou bien par des applications émollientes (cataplasmes laudanisés, sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude, serviettes chaudes).

Si, au contraire, l'accès est déclaré, il semble que le traitement de choix soit l'injection hypodermique de 1/2 ou 1 centigr. de chlorhydrate de morphine associé ou non à un milligr. de sulfate d'atropine. La région de la vésicule est alors douloureuse à la pression et les applications chaudes ou froides sont mal supportées par le malade. Cependant on se trouvera bien dans certains cas de tenter, soit les applications chaudes dont nous avons déjà parlé, soit les applications froides telles que pulvérisations d'éther, de chloroforme, de chlorure d'éthyle ou bien encore des onctions de liminents calmants, de pommades belladonées.

Le salicylate d'amyle à la dose de trente gouttes, *loco dolenti*, matin et soir et recouvert de taffetas gommé, a donné également de bons résultats.

Si l'accès se prolonge, on usera des bains tièdes (37°) et prolongés. L'inhalation de petites quantités d'éther ou de chloroforme amènent parfois assez rapidement la sédation des phénomènes douloureux. Leur association dans le mélange suivant semble encore augmenter leur action analgésiante.

Alcool à 95°....................	4 gr.
Chloroforme anesthésique......	8 gr.
Ether sulfurique...............	12 gr.

Les vomissements alimentaires, bilieux, accompagnant souvent l'accès de colique hépatique, l'on sera sobre de médicaments par la voie gastrique. Cependant, s'il y a contre-indication à user de la morphine en injections sous-cutanées, on peut tenter d'administrer l'antipyrine et l'eau chloroformée dans la potion suivante :

Antipyrine	2 à 4 gr.
Benzoate de soude	2 gr,
Sirop de fleur d'oranger / Sirop d'éther	ââ 20 gr.
Eau chloroformée saturée / Eau distillée de tilleul	ââ 60 gr.

Si l'intolérance gastrique est complète, on administrera la potion de Rivière, la glace, le champagne frappé et on agira sur l'élément douleur par voie rectale en prescrivant, soit des suppositoires belladonés ou opiacés, soit des lavements de chloral, associé ou non à l'antipyrine dans la formule suivante :

Hydrate de chloral	2 à 4 gr.
Antipyrine	2 à 4 gr.
Jaune d'œuf	n° 1.
Lait	150 gr.

Dans les formes septiques, on ordonnera les antiseptiques biliaires, à base d'acide salicylique, tels que le salol (salicylate de phénol), le bétol (salicylate de naphtol), le salicylate de soude associé au benzoate de soude.

En cas de collapsus par réflexe cardiaque, on utilisera les injections hypodermiques de caféine ou d'huile camphrée.

Au cours de l'accès, l'alimentation sera réduite à l'administration de lait écrémé froid, coupé d'eau alcaline (Vichy ou Vals). Si le lait est mal supporté, on pourra user de bouillon de légumes fraîchement préparé.

On favorisera ultérieurement la migration lente et progressive des calculs par l'administration des cholagogues tels que le podophyllin, l'évonymine, le cascara, la rhubarbe, le calomel, le salicylate de soude.

Extrait de belladone	0 gr. 01
Podophyllin	0 gr. 03
Evonymine	0 gr. 05
Cascara sagrada	0 gr. 10

pour une pilule ; 30 semblables.

En prendre une tous les deux jours, le soir au coucher.

L'administration de l'huile d'olive, à doses massives (150 à 200 gr. en une fois le matin à jeun, pure ou additionnée de quelques gouttes d'essence d'anis) a donné parfois de bons résultats.

On s'opposera à la formation de nouveaux calculs par les cures à Vichy, Contrexéville, Vittel, Pougues, Châtel-Guyon et par l'institution d'un régime, d'où seront bannies les graisses, les crudités, etc., par une vie active, les exercices physiques, la stimulation de la peau par frictions ou massages et par l'hydrothérapie. Les repas devront être peu copieux et fréquents.

Mais l'écueil à éviter avant tout, c'est de ne point administrer au cours de l'accès, de purgatifs salins ou drastiques qui ne pourraient donner que des résultats lamentables.

Docteur Delpeut.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Le traitement des métrorragies par le pincement du col utérin. — Conduite à tenir dans les présentations de la face. — Prophylaxie des déchirures du col pendant l'accouchement.

Le traitement des métrorragies par le pincement du col utérin, au moyen d'une pince à demeure laissée en place quelques heures, est une méthode des plus simples. Celle-ci est due au Prof. Pollosson (de Lyon), qui, dans ce but, a fait exécuter par Collin une pince de 16 centimètres de longueur, empruntant à la pince de Museux ancienne son mode de préhension ; cet instrument permet d'exercer une pression modérée et temporaire du col en respectant son intégrité.

Cette pince est à deux branches, présentant un certain degré d'élasticité. Elle mesure six centimètres de l'articulation à l'extrémité des pinces, pèse 20 grammes et présente près de ses branches deux crans d'arrêt, dont on peut augmenter le nombre. On l'applique soit avec un spéculum, *à anneau ouvert* pour le retrait, soit avec deux valves ou en se guidant simplement avec le doigt. Il faut pincer profondément à la base du museau de tanche, pour que le tissu du col ne se déchire pas et, pour faciliter la manœuvre, abaisser le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, ou fixer le col par une autre pince destinée à l'attirer en bas.

L'instrument peut être laissé en place plusieurs heures ; il a été laissé 24, 36 heures, 2 jours, 3 jours.

D'autres pinces permettent également de réaliser ce traitement : la « pince agrafe du col », serre-fine assez difficile à appliquer, mais instrument idéal lorsque le col est descendu ; la « pince à branches démontables » construite sur le modèle du premier type, mais moins gênante pour la malade en raison de ses branches démontables.

D'après les observations connues à ce jour, cette pince ne provoque pas de douleurs ; il n'y a pas d'élévation thermique ; il ne s'est produit aucune altération du col pendant la durée, quelquefois assez longue, de l'application de l'instrument. L'auteur s'est rendu compte que cette méthode déterminait dans la cavité utérine la formation d'un caillot de petit volume qui assurait l'hémostase, l'hémorrhagie utérine procédant absolument comme dans toutes les autres parties du corps.

Ce mode de traitement rend parfois de grands services dans les cas d'urgence (métrorragies occasionnées par des myomes, etc.) ; il permet d'attendre une intervention plus complète et peut quelquefois amener la guérison définitive. (D'après le *Journal d'accouchements*, 26 février 1911.)

La conduite à tenir dans les présentations de la face n'est pas aussi compliquée qu'on le pense souvent. Si l'on s'en effraye généralement, c'est qu'étant plus rares que les autres, elles sont en pratique moins bien connues.

Malheureusement, beaucoup d'auteurs crai-

gnent les présentations de la face et conseillent, au début et avant le travail, toutes sortes de manœuvres qui troublent la marche régulière de l'accouchement et offrent des dangers plus ou moins grands.

Or, dit le Prof. Charles (de Liége) (*Journ. d'accouchements*,1911, nº 7), ces présentations ne sont guère plus dangereuses, ni difficultueuses que celles du sommet, toutes choses égales évidemment, à condition de n'y toucher (par l'extérieur ou par l'intérieur) et de n'intervenir que s'il y a une indication bien nette et formelle — exactement comme pour le sommet.

Certes,la face reste d'habitude élevée et déviée avant les fortes contractions, ce qui rend le *diagnostic* plus difficile par le toucher. Mais, si l'on est quelque peu habitué aux procédés externes d'investigation, rien n'est plus simple que de le faire par l'examen du ventre. Le diagnostic n'est possible par le toucher que quand la face est dans l'aire du détroit supérieur ; et si on cherche trop tôt à employer ce procédé,on risque par les efforts déployés pour arriver à la partie fœtale, d'amener la rupture prématurée des membranes, et par suite l'écoulement complet des eaux, le ralentissement de la dilatation, etc. Le toucher ne doit être fait que lorsque la dilatation est complète, et que les eaux sont écoulées ; on est alors très bien renseigné sur la présentation et la position.

Quant à la *conduite à tenir*, on n'oubliera pas que dans les mento-antérieures, qui s'engagent bien, l'accouchement se termine généralement d'une façon spontanée. Mais, il faut bien le répéter, pour obtenir ce résultat favorable, le praticien doit s'abstenir de toute manœuvre pour transformer la face en sommet, aussi bien par l'extérieur que par l'intérieur ; il doit, point capital, soigneusement épargner la poche des eaux, il doit, en somme, être aussi *inactif* que possible ; le décubitus raisonné pourrait seul être essayé.

Si une indication de terminer se produit, venant de la mère ou de l'enfant (éclampsie, hémorragie, inertie, procidence, souffrance fœtale, etc.),on commence, comme toujours, par dilater le col au besoin, puis on fait la version podalique ; on ne doit recourir au forceps que si la face est assez engagée pour ne pas être aisément refoulée.

Les indications de la céphalotripsie, de la césarienne, de la pelvitomie, ne sont pas autres que pour le sommet.

Ce sont les *mento-postérieures* surtout que l'on redoute, car elles sont plus communes que les antérieures ; pour que l'accouchement soit possible,le menton doit toujours revenir en avant, et s'il n'en devient pas ainsi, la situation risque de se compliquer.Cependant, écoutons les sages conseils du Prof. Charles :

Dans les mento-postérieures, le menton revient d'habitude en avant *tout seul*, comme l'occiput dans les occipito-postérieures.

Si cette rotation spontanée ne se produit pas, l'expulsion ou l'extraction sont impossibles dans les conditions normales de bassin et de tête ordinaires.

Cette rotation spontanée du menton en avant se fait ordinairement au détroit inférieur ou au haut de l'excavation. Si elle tarde après la dilatation complète, le praticien doit la favoriser au moyen de deux ou de quatre doigts appliqués sur la mâchoire inférieure, qui la refoulent d'arrière en avant pendant les contractions.

Si le menton reste en arrière malgré tout, il faut appliquer le forceps et faire la rotation ; ne jamais vouloir extraire la face sans avoir fait cette rotation, sinon on expose la femme et l'enfant au danger de mort.

Le forceps sera remplacé par la version podalique dans le cas où la partie fœtale paraîtra facilement refoulable (face non engagée, matrice molle, eaux incomplètement écoulées).

Si enfin, le forceps ne parvient pas à ramener le menton en avant, on ne doit pas recourir à de violents efforts d'extraction ; il faut faire la céphalotripsie si l'enfant est mort ou mourant, la césarienne ou la pelvitomie s'il est encore bien vivant.

En règle générale, *les déchirures du col utérin doivent être évitées pendant l'accouchement*, si le praticien ne rompt pas les membranes et ne fait pas pousser la femme *avant la dilatation complète*.

La dilatation que subit le col utérin pour livrer passage à l'enfant n'est, en effet, qu'un phénomène physiologique, résultat d'un long travail préparatoire, dont rien ne peut hâter l'évolution naturelle. Rien ne sert de rompre prématurément la poche des eaux, indispensable d'ailleurs à son achèvement, rien ne sert de faire pousser la femme trop tôt, si l'on ne veut risquer que l'enfant déchire au passage un col insuffisamment dilaté.

Dans la grande majorité des accouchements, l'obstacle siège surtout au col, et c'est la dilatation de cet orifice qui exige les 3/4 du temps du travail et produit les douleurs les plus exaspérantes. Rien de plus clair d'ailleurs, puisque le col utérin, constitué par un canal plus ou moins fusiforme, d'environ 4 cent. de longueur, à parois presque accolées, résistantes, paraissant fibreuses, épaisses de près d'un centimètre, doit livrer passage à l'ovoïde fœtal, dont la largeur et l'épaisseur ont en moyenne 9 à 10 centimètres.

Or, c'est dès les premiers mois de la grossesse, par le ramollissement du col, que se prépare la dilatation du col, et, d'une façon plus générale, la perméabilité du canal. Ce ramollissement commence par l'orifice externe et monte progressivement jusqu'à l'orifice interne, qui ne cède qu'à la fin de la gestation, vers 8 ou 8 mois 1/2.

Les sécrétions, écrit le Prof. Charles (*Journ. d'accouch.* 1911, nº 5), servent, entre autres, à macérer les tissus vulvo-vagino-cervicaux, et elles aident ainsi puissamment à leur ramollissement. Il ne faut pas oublier cette action lubrifiante, émolliente, utile et nécessaire des *pertes blanches* physiologiques de la grossesse. C'est bien à tort que certains praticiens les considèrent comme désagréables, mauvaises, affaiblissantes, et prescrivent contre elles des injections astringentes. Il faut, au contraire, renseigner les gestantes sur le rôle bienfaisant de cette leucorrhée très normale, qu'on doit avoir soin de respecter afin de rendre l'accouchement plus rapide, moins douloureux, moins dangereux pour la mère et

l'enfant. Ces sécrétions onctueuses augmentent à la fin de la grossesse et deviennent fort abondantes pendant le travail. Le liquide amniotique s'y ajoute d'abord par filtration à travers les membranes de la poche des eaux, ensuite au moment de la rupture de cette poche ; enfin, à chaque contraction subséquente, un filet de liquide, restant dans l'utérus, passe entre le segment inférieur de celui-ci et la partie fœtale. Tous ces liquides glaireux, normaux sont à la fois bactéricides et lubrifiants.

C'est pour parer à l'absence ou à l'insuffisance du ramollissement et de la lubrification que l'on a recours aux bains de siège, aux injections émollientes et onctueuses, aux embrocations grasses et huileuses.

A la fin de la grossesse, l'orifice interne du col ainsi ramolli ne peut plus résister et se laisse peu à peu entr'ouvrir par le segment inférieur de l'œuf que poussent les contractions indolores ou légèrement douloureuses (douleurs mouches) de la matrice. Le canal cervical s'efface bientôt et fait partie de la cavité utérine ; dès lors l'œuf appuie sur l'orifice externe, qui représente désormais à lui seul le *col*.

Alors les contractions utérines deviennent plus fortes et plus douloureuses ; elles s'exercent concentriquement sur toutes les parois de l'œuf, dont les plus faibles (celles du col) finissent par céder, en faisant hernie au travers de l'orifice de dilatation. La poche des eaux est alors constituée, et grâce aux pressions de l'utérus, qui lui sont transmises par le liquide amniotique, elle exerce une pression excentrique, régulière, élastique, douce, graduée, sur tout le pourtour de l'orifice.

La *poche des eaux* est donc un facteur important de la dilatation ; et comme rien ne peut la remplacer, *il faut la respecter* jusqu'à ce qu'elle ait terminé son œuvre. Les doigts travaillant les lèvres du col font de la mauvaise besogne ; ils amènent souvent des *éraillures*, et même des *déchirures* étendues. Les vessies, ballons et autres metreurynters ne répondent que mal au but.

A moins de circonstances exceptionnelles (insertions marginales du placenta, etc.), il faut donc la respecter soigneusement jusqu'à la complète dilatation. Sans compter les déchirures du col, on risque de provoquer des spasmes, de rendre le travail plus long, de favoriser les procidences, etc.

Enfin, *quand on fait pousser la femme avant la dilatation complète*, on peut violenter les bords de l'orifice, et amener des lésions plus ou moins graves, et même de *vastes délabrements*. En effet, dans ces conditions, les contractions de la presse abdominale, ne favorisant que médiocrement la dilatation, agissent sur tout le corps utérin, tendent à le faire descendre par le canal vulvo-vaginal, et par suite tiraillent, déchirent les ligaments, d'où naissent des dangers pour l'avenir (déplacements utérins, prolapsus, etc.)

Dr FISER.

Petite correspondance médicale pratique

A propos de la réaction de Wassermann et de l'application du traitement antisyphilitique.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours*,

Voudriez-vous, dans la Petite correspondance scientifique du prochain numéro du *Concours*, me donner votre avis, ou tout au moins un renseignement sur les points suivants de la pratique médicale journalière :

Voici un de mes clients ancien syphilitique, qui se plaint de quelques douleurs de tête nocturnes, sans albumine.

Je le soumets à la réaction de Wassermann, dans le but de savoir s'il faut faire une injection de 606, on me répond que la réaction a été négative :

1° Est-ce que cela signifie qu'il n'est plus sous l'influence du spirochète ;

2° Dans ces conditions dois-je lui conseiller de se soumettre à l'injection d'arséno-benzol (606), ou lui dire de ne rien faire — ou de lui faire simplement des injections de benzoate de mercure.

Réponse.

La réaction de Wassermann, lorsqu'elle est négative, ne donne pas une certitude absolue et l'injection de 606 ne nous paraît pas devoir s'imposer. Nous prions nos confrères spécialistes de donner leur avis sur les questions ci-dessus auxquelles nous ne saurions donner nous-même une réponse définitive.

Quand peut-on faire utilement une cure à Vichy ?

Une dame, qui a eu autrefois des coliques hépatiques, est restée, après 3 saisons à Vichy, pendant deux ans sans avoir aucune crise. Elle prenait tous les matins, pendant 20 jours par mois, une cuillerée à soupe de glycérine dans de l'eau de Vals (La Reine).

Il y a 15 jours, elle a été prise d'une petite colique hépatique, qui s'est calmée au bout de trois jours, mais, depuis ce moment, elle éprouve toujours un peu de malaise et de ballonnement. Elle me demande si elle peut aller à Vichy dans cet état.

Faut-il envoyer à Vichy ce foie encore chaud, ou faut-il attendre et la faire soigner plus tard à froid, à Vichy ?

Merci et bien à vous.

Dr DURAND.

Réponse. — Bien que le bicarbonate de soude ne soit pas considéré comme un cholagogue, il est un fait fréquemment observé, croyons-nous, à Vichy, c'est l'apparition de coliques sous l'influence du traitement. Nous demandons à nos confrères de Vichy de nous donner une réponse précise et compétente sur la question que nous pose notre correspondant.

Comment doit-on faire coucher un malade pour lui administrer un lavement abondant ?

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Docteur,

Je vous prie de vouloir bien m'excuser si je suis trop indiscrète, mais je voudrais bien être fixée au sujet d'un petit détail qui peut-être assez insignifiant, trouverez-vous, a, il me semble, cependant son importance pour une garde-malade. *De quel côté* doit-on faire coucher son malade lorsqu'on doit lui donner un entéroclyse. Dans les leçons que j'ai reçues à l'Ecole des infirmières de la Pitié, on m'a indiqué que c'est sur le côté *droit*, ce qui concorde avec ce qui m'avait été dit dans une clinique chirurgicale. Mais dernièrement un médecin m'a tout à fait déroutée en me prescrivant tout le contraire, c'est-à-dire de faire coucher mon malade sur le côté gauche.

En réfléchissant, j'arrive à me persuader qu'il y a dû avoir erreur de ma part en ce qui concerne *spécialement* le lavage d'intestin devant être rendu de suite. Logiquement, il me semble en effet que le liquide doit revenir beaucoup plus rapidement à son point de départ en faisant appuyer le malade sur son côlon descendant. Mais peut-être alors ai-je fait une confusion, et est-ce pour le simple lavement de 500 grammes, ou même moins, encore, devant être gardé quelque peu, ou tout à fait, qu'il est bon de faire placer le malade sur le côté droit, cette position favorisant l'arrêt plus ou moins prolongé du liquide dans la région du cæcum : comme je n'ai pas confiance dans la déduction que je tire de mes réflexions..... je voudrais bien un bon conseil, et c'est pourquoi je me suis permis de m'adresser à vous.

A cette lettre, nous avons répondu la suivante :

Vous me demandez de quel côté on doit faire coucher un malade à qui l'on veut donner un grand lavement, ou plutôt auquel on veut faire un lavage de l'intestin. Je vous dirai d'abord qu'il n'y a rien d'absolu et que selon les malades, les maladies et les circonstances, la technique peut varier. Cependant, il est des règles qui sont admises et qui ont leur raison d'être. On fait coucher le malade sur le côté droit, la cuisse droite et la jambe droite dans l'extension, la cuisse gauche et la jambe gauche dans la flexion. En voici selon moi les raisons. Un lavement abondant doit pénétrer jusque dans le côlon transverse ; or, dans la position que je viens d'indiquer, le rectum, l'S iliaque et le côlon descendant sont sensiblement horizontaux, le côlon transverse est vertical, de sorte que l'eau du lavement, parvenue sans trop de difficulté à l'angle des côlons descendant et transverse, n'a qu'à se laisser tomber dans le transverse ; en outre le décubitus latéral droit est le plus ordinairement une position préférée parce qu'elle permet au foie, qui est un organe lourd, de reposer sur le lit sans trop tirailler les ligaments qui le fixent. Je crois qu'en pratique tout ne se passe pas aussi simplement dans le lavement ; le plus souvent, l'injection de l'eau dans l'intestin réveille des mouvements anti-péristaltiques qui font remonter le liquide jusque dans l'intestin grêle quand il ne détermine pas des mouvements péristaltiques assez violents pour empêcher de tolérer longtemps le lavement. Tout cela peut varier avec la sensibilité du malade, la nature du liquide, sa température, le degré de pression de l'injection, etc., etc.

Nous serions reconnaissants à nos confrères de nous adresser à ce sujet leurs observations personnelles, car si tous les ouvrages qui traitent de cette question indiquent de faire de préférence coucher le malade sur le côté droit, aucun n'en donne les raisons.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Conditions d'une bonne organisation sanitaire.

Dans un précédent article, nous écrivions, il y a quelques mois, que les lois sociales n'ont de chance d'être appliquées avec succès qu'à la condition que la population, appelée à en subir les obligations, mais aussi, à en recueillir les bénéfices, y soit préparée par une éducation préalable, à la condition qu'elles se bornent à homologuer en droit ce que les mœurs auront déjà établi en fait.

Il nous a été grandement agréable de constater à différentes reprises que notre distingué rédacteur en chef, M. le Dr Noir, a soutenu et développé, dans ces colonnes, une thèse analogue, en affirmant, avec l'autorité qui s'attache à sa plume compétente, qu'en matière d'hygiène publique par exemple, il est indispensable de commencer par faire d'abord l'éducation du peuple, et de le rendre ainsi apte, non seulement à accepter les mesures que réclame la protection de la santé publique, mais encore, mais surtout, à collaborer à leur exécution.

La récente critique que le Dr Noir vient de faire de l'organisation sanitaire actuelle et du projet du Dr Ficat (1), l'esquisse de ses conceptions personnelles, font apparaître, avec une évidence démonstrative, l'éducation hygiénique du peuple, comme la base, comme le support, comme le pivot de tout organisme qui voudra réellement entreprendre œuvre utile.

En France, tout est à peu près à faire à ce propos. Si l'on mesure le degré de propreté d'une nation à la quantité de savon qu'elle consomme annuellement, une statistique publiée dernièrement aurait prouvé que nous arrivons seulement au 3e ou au 4e rang parmi les nations civilisées.

Ce n'est pas assez de compter sur l'école, encore moins sur les œuvres post-scolaires, pour réformer les mœurs des enfants d'aujourd'hui, qui seront les hommes de demain. A combien de nous n'est-il pas arrivé de faire des conférences ou des causeries à de grands jeunes gens dont l'état douteux des mains, du visage, des vêtements, montrait assez que les enseignements relatifs à la banale propreté corporelle étaient restés pour eux lettre morte ? Quel médecin n'a pas assisté aux séances du Conseil de révision, ou aux visites d'incorporation dans les corps de troupe, sans être frappé par l'absence manifeste des plus sommaires soins de soi-même, que révélaient la peau. les organes génitaux, les extrémités d'une notable proportion de conscrits ?

Les bonnes habitudes, celles qui doivent cons-

(1) *Concours Médical*, n° 23, p. 512.

tituer la seconde nature dont parle le philosophe, ne prennent véritablement racine dans le psychisme d'un individu que si elles s'acquièrent dès la naissance. C'est dire que le milieu familial est le centre d'élection où, dès l'âge le plus tendre, les enfants doivent être accoutumés à se soucier de leur corps et à lui donner les attentions qu'il mérite. Cela fait partie de la morale en action, et le *mens sana in corpore sano* ne fait que consacrer dogmatiquement cette proposition.

Si les Anglais sont si friands du tub, de la douche, des bains, c'est parce que la *nursery* comporte nécessairement une hydrothérapie plus ou moins sommaire, grâce à quoi le baby se familiarise avec l'eau qui lui fera des muscles forts, un système nerveux bien équilibré, mais par dessus tout une peau toujours proprement entretenue.

Pourquoi n'arriverions-nous pas à obtenir un résultat identique de ce côté-ci du détroit ? Aux époques de foi vivace, les pasteurs d'âmes, qui étaient en même temps des législateurs, pouvaient formuler, sous couleur de lois religieuses, des préceptes d'hygiène. Ils l'ont d'ailleurs fait, en des temps où la science était encore en état de sommeil ; les ablutions des Musulmans, et les prohibitions alimentaires des Juifs ne sont autres que de rudimentaires règles d'hygiène.

De nos jours, la religion ne fait plus que de maigres recettes. Et, puisque le médecin tend à prendre de plus en plus, dans la société moderne, la place du prêtre et à remplir son rôle de confident et de conseiller moral, c'est à lui qu'il appartient, dans toutes les circonstances de son exercice professionnel, mais plus particulièrement au chevet de la parturiente, quand naît un être nouveau, de prêcher, avec la conviction d'un apôtre averti, la saine doctrine hygiénique, à l'intention de l'organisme tout neuf qui voit le jour.

La propreté acceptée pour le corps comme un dogme, il n'est pas difficile d'en étendre la nécessité au vêtement, à l'habitation. Car, celui qui, automatiquement en quelque sorte, prend souci de sa personne physique, ne concevrait pas, n'est-il pas vrai, qu'il lui fût possible de se vêtir et de se loger dans des conditions défectueuses. L'eau, l'air, le soleil — laver, ventiler, illuminer —, prennent dès lors, aux yeux de l'intéressé, l'importance qu'ils méritent. Ce sont des divinités bienfaisantes qui ont droit à un culte intelligent et salutaire. Puis, l'alimentation bénéficie par extension des prescriptions hygiéniques relatives aux soins corporels. Ce n'est plus, pour l'éducateur, qu'un jeu de provoquer opportunément le *pourquoi* de toutes ces pratiques, et d'y répondre par des notions élémentaires sur les inconvénients de l'encombrement, de l'air confiné, sur l'infection, sur la contagion, sur tout ce qui conditionne de loin ou de près les maladies épidémiques, et, finalement, sur les moyens de combattre celles-ci et surtout de s'en préserver.

***

L'éducation hygiénique de la population étant ainsi réalisée, c'est alors, mais seulement alors, qu'on peut songer à édifier une organisation sanitaire qui puisse fonctionner utilement pour le plus grand profit tant de l'individu que de la masse.

Cette organisation, avec ses différents rouages, son personnel hiérarchisé, son outillage technique, etc., — nous n'avons pas la prétention d'en donner à notre tour une vision personnelle. Il est cependant certains principes qu'il faut se garder de négliger, si l'on veut bâtir autrement que sur du sable.

Deux points dominent à notre avis tout le débat. Les énoncer, c'est faire la critique de l'administration française, laquelle n'a pas encore su entrer exactement dans la peau de son rôle. En premier lieu, il faut que le fonctionnaire soit fait pour la fonction, et non la fonction pour le fonctionnaire. C'est, évidemment, renverser le désordre établi que de demander que, si des situations résultent de la création d'un organisme social, des fonctionnaires soient nommés pour occuper ces situations, tandis qu'il est commun chez nous que, des individus existant en surnombre, qu'il faut caser pour toutes sortes de raisons plus ou moins spécieuses, on crée des situations pour leur fournir des débouchés. En second lieu, la fonction étant mise au premier plan dans l'organisme nouveau, il faut nommer pour l'accomplir proprement, des *compétences*. Décidons-nous donc à imiter les Anglais pour qui *the right man at the right place* apparaît comme une loi impérieuse, et cessons une bonne fois de mériter la critique ironique toujours opportune de ce distique, oh combien national !

> Il fallait un calculateur,
> Ce fut un danseur qui l'obtint.

De grâce, plus de sauteurs là où la saine raison réclame des ad-mi-nis-tra-teurs, préparés à tenir comme il faut leur emploi !

Répétons ensuite, avec Noir, que la loi sur la santé publique, pas plus du reste qu'aucune loi de défense ou de préservation sociale, ne peuvent être efficaces si leur application en est confiée à des émanations du « suffrage universel ». L'agent chargé de l'exécution des prescriptions légales et du prononcé des sanctions qui en dérivent, se trouve désarmé s'il est, en tant que citoyen, l'élu de ses pairs, s'il a, par suite, des raisons de vouloir ménager ses électeurs. Il est toujours dangereux de placer les hommes entre leur devoir et leur intérêt....

Ces prémisses posées, il y a lieu, quand il s'agit d'une loi qui prend volontiers un caractère vexatoire, et dont les bienfaits, indiscutables d'ailleurs, ne s'imposent pourtant pas aussi immédiatement à l'esprit, surtout à l'esprit des simples, que les dommages particuliers, les dommages d'ordre étroit qu'elle peut occasionner, il y a lieu, disons-nous, de distinguer entre le cas isolé, qui est le plus souvent la règle, et la généralisation, qui est l'exception, du moins de nos jours. Qu'un cataclysme s'abatte sur une contrée, qu'une épidémie de fièvre typhoïde, de choléra, voire de peste, éclate dans un quartier, dans une ville, dans une région, le danger est là, imminent, menaçant, et les mesures les plus rigoureuses sont subies, sinon réclamées, sans récrimination. Mais il en va

out autrement quand une seule individualité est atteinte et que la divulgation de son état risque de jeter un discrédit, une déconsidération tant sur elle-même que sur son entourage. Sans doute, faut-il tuer le serpent dans l'œuf et éviter que le cas isolé devienne un foyer de contagion ; loin de nous de prétendre le contraire. Pourtant, il y a la manière, et cette manière, qui doit compter avec la mentalité de la masse, ne peut être employée que par des compétences qui s'efforcent d'être pratiques et de se mettre à la portée des profanes. Pour nous, nous ne dirons jamais assez que, dans le cours d'une maladie infectieuse qu'il soigne, le médecin traitant est la principale et la vraie cheville ouvrière de la prophylaxie. C'est lui qui, dans ses ordonnances, doit faire une place suffisante et nécessaire aux indications propres à enrayer la dissémination des germes pathogènes, en les détruisant immédiatement. C'est lui qui, mieux que quiconque, peut et doit obtenir que les expectorations, que les excreta, que les linges de corps ou de literie, tout ce qui sert éventuellement de véhicule au microbe, soient traités de telle façon précise, avec la même facilité qu'il obtient que les bains soient donnés à la température et pendant le temps voulus, que la potion soit administrée régulièrement aux doses prescrites, que le régime alimentaire soit scrupuleusement observé tel qu'il l'a fixé.

La maladie terminée, — quelle qu'en soit l'issue, — c'est encore le médecin traitant qui, sans bruit ni fracas, sans déplacement intempestif des forces sanitaires publiques, peut faire procéder aux désinfections de toute nature qui s'imposent.

Rien de plus simple, mais aussi de plus efficace dans la grande majorité des cas que de laver les murs avec de la banale eau de Javel—, que de formoliser les locaux, en allumant au milieu de chacun d'eux un de ces appareils pratiques et peu coûteux, dont la maison Gonin fut l'heureuse initiatrice, et que le nom de Fumigator a popularisés. A la condition que tous les meubles et placards soient largement ouverts, que les lits et leur garniture soient convenablement exposés, que toutes les issues de la chambre soient hermétiquement obstruées, les subtiles vapeurs du formol que contient le Fumigator pénètrent et s'insinuent partout et y accomplissent leur œuvre germicide. Avec ce procédé, peu ou point de dégâts, point de retentissement à l'extérieur, point de déploiement d'engins d'aspect imposant. Tout s'accomplit dans la plus grande discrétion, avec le minimum de perturbation pour les intéressés qui sont, au contraire, les premiers à prêter leur concours à une opération dont ils comprennent l'importance et la portée. D'ailleurs, prêcher les lecteurs du *Concours*, c'est prêcher des convertis de la première heure à une manière de faire qui doit être particulièrement active, puisqu'elle a obtenu l'agrément des Ministères en général, et du Ministère de la Guerre en particulier.

Que devient dans tout ceci l'organisation sanitaire officielle ? Que lui reste-t-il à faire ? Ce qui lui reste à faire ? Simplement à s'assurer que toutes les mesures ont été prises ; en contrôler l'exécution ; dans certaines circonstances déterminées, faire intervenir, à défaut des intéressés, pour achever le travail de désinfection, une de ces étuves facilement transportables que doivent posséder les postes sanitaires. Ce qu'elle devient ? Une grande puissance administrative qui règle les questions d'hygiène générale, la vaccination jennérienne, les logements insalubres, l'adduction d'eau potable dans les localités. Un centre d'études qui recherche et met en évidence les causes géologiques, hydrologiques, naturelles ou artificielles de l'insalubrité d'une commune, d'une région, — qui centralise tous les renseignements relatifs à l'état sanitaire de la population, — qui s'emploie à découvrir les motifs d'une morbidité et d'une mortalité excessives. Une organisation intelligente qui prévoit et qui prévient. Un quartier général enfin qui, si ses prévisions sont dépassées, si sa prévention reste inefficace, mobilise ses forces contre un danger devenu public, et qui, si elle se montre résolument ennemie des tracasseries injustifiées, rencontre l'adhésion unanime d'un peuple éduqué et averti.

G. Duchesne.

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose par arthritisme, par Paul Carton ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin-adjoint du Sanatorium de Brévannes. 1 vol. grand in-8 de 628 pages avec 26 figures dans le texte. A. Maloine, éditeur Prix .... 10 fr.

Ce livre construit à l'aide d'observations et de faits cliniques entièrement nouveaux et inédits, recueillis au cours de dix années de pratique antituberculeuse, constitue une mise au point et une rénovation des idées actuelles sur la pathogénie et la thérapeutique de la tuberculose.

Dans la première partie, l'auteur démontre que l'effort anti-bacillaire, au lieu de s'épuiser dans la lutte inefficace contre le bacille de Koch, doit poursuivre seulement les causes de fléchissement des résistances organiques. La principale de ces causes est la ruine des organes digestifs par l'alimentation anti-physiologique d'aujourd'hui. Cette tare digestive n'est autre que la diathèse arthritique dont l'auteur édifie sur de nouvelles bases l'étiologie, la pathogénie, les petits signes ainsi que ses rapports avec la tuberculose.

Dans la deuxième partie clinique, l'étude d'un syndrome d'hyposystolie par réflexe hépatique et pléthore arthritique qui prédispose à la localisation pulmonaire droite établit la réalité de cet enchaînement : la tuberculose par arthritisme. Vient ensuite l'exposé très personnel des formes hémoptoïques et de la spléno-pneumonie.

La troisième partie pourrait s'intituler : traité de thérapeutique alimentaire et de physiothérapie. Les échanges nutritifs du tuberculeux, la suralimentation et la zomothérapie, les régimes carnés, végétariens, végétaliens, les effets cliniques de chaque aliment, l'anaphylaxie alimentaire, le traitement de Ferrier, et enfin un régime nouveau de désintoxication y sont traités avec une clarté et une minutie remarquables. Pour terminer, d'intéressants chapitres résument les connaissances acquises et la pratique de l'auteur sur l'aérothérapie, l'héliothérapie, la culture physique, et montrent la place que ces diverses méthodes devraient occuper dans la cure sanatoriale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Chronique de la défense professionnelle

La Responsabilité médicale.

Le mot res_ısabilité n'existe pas dans le « Dictionnaire de chirurgie, communiqué à l'Encyclopédie » (1). On ne le trouve pas encore dans le « Vocabulaire médical de Hanin » (2). E. Littré, et Ch. Robin, dans leur « Dictionnaire de médecine », lui ont consacré une colonne de leur texte en caractères d'un corps très petit. Les traités classiques de « médecine légale », et les annuaires publiés soit par des personnalités diverses, soit par des associations professionnelles, l'étudient minutieusement.

En ce moment, il n'est pas de jour où la presse médicale ne donne le récit de quelque aventure judiciaire où un médecin tantôt a été recherché d'office par le parquet, pour quelque soi-disant faute lourde, tantôt a été poursuivi par un malade mécontent. Les journaux populaires eux-mêmes rapportent ces faits pour les offrir à la curiosité malsaine et maligne du public.

Cette responsabilité, en effet, est pénale (code pénal, art. 319 et 320) et civile (art. 1383).

J'admets très bien cette responsabilité en faisant cette réserve que, si elle devait être trop étendue, elle nuirait bien plus au public qu'au médecin, le médecin ne voulant plus, en aucun cas, s'exposer pour autrui. Il faut donc que certains tempéraments lui soient apportés afin que le médecin ne s'en trouve pas gêné dans l'exercice normal de son art, qui a pour but de guérir ou de soulager, selon les circonstances particulières de chaque cas.

***

Une question se pose.

Pourquoi la responsabilité professionnelle du médecin est-elle de plus en plus mise en jeu ?

Probablement parce que, de plus en plus, se diffuse l'idée de responsabilité, idée vulgarisée par la loi ouvrière du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, par l'extension des chemins de fer et l'habitude prise par le public d'assigner les compagnies pour la moindre chose, aussi par l'extension des compagnies d'assurances qui, dans le but d'augmenter le nombre de leurs assurés, ont analysé tous les risques possibles et classé minutieusement toutes les responsabilités imaginables pouvant être encourues par chaque citoyen. Dans chaque chef-lieu d'arrondissement, souvent même dans les bourgs quelque peu importants, les compagnies d'assurances ont des agents intéressés à faire signer le plus grand nombre possible de « polices », c'est-à-dire de contrats d'assurances. Au moment de mon installation, il y a déjà pas mal d'années, mon cabinet était assiégé chaque jour par des agents voulant m'assurer, les uns contre les accidents de bicyclette, d'automobiles, de voiture, les autres contre la responsabilité envers les tiers, etc., etc. Ces mêmes agents vont, naturellement, chez tout le monde. Partout, ils disent les mêmes choses et deviennent ainsi les meilleurs apôtres de l'idée de responsabilité. On peut ajouter à toutes ces causes l'action souvent déterminante de certains hommes d'affaires, qui incitent le public, dans chaque cas, à poursuivre et à demander des dommages, des indemnités.

(1) Paris-1772.
(2) Paris-1811.

***

Donc, en résumé, le médecin est responsable de ses actes professionnels, tant au point de vue civil qu'au point de vue pénal.

C'est là un *droit* qu'a *la Société sur le médecin.*

Mais un droit ne saurait aller sans un devoir correspondant, et il semble que si, en matière de responsabilité, la Société a des droits sur le médecin, celui-ci en doit posséder sur elle.

En échange d'un salaire, l'ouvrier donne son travail à la Société.

Dans son travail, l'ouvrier est quelquefois blessé. La Société lui donne une compensation. A cette fin fut votée la loi du 9 avril 1898, qu'il est même question d'appliquer encore lorsque, après de longues années de travail, l'ouvrier, par suite de ce travail, est atteint de maladie. Ce ne serait que justice.

***

En échange d'un salaire, le médecin donne son travail à la Société et sa profession est essentiellement dangereuse et insalubre.

I. *Elle est dangereuse.* Il suffit de parcourir le long martyrologe médical. Qu'il me soit permis, en passant, de citer les noms de quelques-uns des nôtres tombés ces temps derniers.

C'est le Dr Mourgues, mort à Nîmes, victime de la profession. Il avait opéré un abcès dont était atteint un de ses clients. Un peu de pus rejaillit sur lui. Il fut infecté et il mourut. (*Gazette médicale de Paris*, 1er février 1910).

C'est le Dr Perret, de Montbéliard, mort à 41 ans.... de septicémie contractée en soignant un varioleux auquel il consacrait plusieurs heu-

res par jour. (*Concours médical*, 3 avril 1910. p. 307).

C'est l'interne Neyrand, de l'hôpital de Limoges, mort des suites d'une piqûre qu'il s'était faite au cours d'une opération. (*Petit Journal*, 12 mai 1910).

C'est le Dr Harry Cox (de Londres), succombant aux suites d'une affection causée par les rayons X (*Concours médical*, 7 août 1910, p. 706).

C'est le Dr Fauré, tué le 1er août 1910, par une folle (*Moniteur médical*, 4 octobre 1910, p. 815).

C'est le Dr Penot, heurté sur sa bicyclette par une automobile et très grièvement blessé (*Petit Journal*, 15 octobre 1910).

C'est l'externe des hôpitaux de Paris, Antoine Reynier, fils du chirurgien de Lariboisière, mort à 20 ans.... des suites d'une piqûre anatomique, en août 1909.

C'est le Dr Schœnbrodt, de Postdam, mort à 35 ans.... de typhus contracté en faisant des études sur le bacille du typhus. (*Petit Journal*, 1er nov. 1910).

C'est un jeune étudiant, M. Stinhelmer, qui, au cours de son service militaire, subit l'amputation du bras droit, à la suite d'un phlegmon contracté en soignant des malades à l'infirmerie de la Part-Dieu, à Lyon. (*Conc. méd.*, 16 avril 1911, *p.* 354).

C'est le Dr Guinard, des hôpitaux de Paris, mort tragiquement dans les conditions criminelles qui sont présentes à toutes les mémoires.

Ce sont tels et tels de mes camarades, morts de tuberculose contractée à l'amphithéâtre ou à l'hôpital. L'un d'eux même devint fou. Chacun de nous, en rassemblant ses souvenirs, peut mettre des noms aimés sur des cas de ce genre.

Et tous les jours, dans toute la France, aux colonies, partout ce sont des médecins qui tombent au champ d'honneur, fauchés en pleine jeunesse, à la suite de maladies contractées au chevet de leurs malades de la ville ou de l'hôpital.

Et ces malades, si dangereux pour le médecin, le récompensent généralement par l'ingratitude, soit qu'ils refusent de lui payer de maigres honoraires, soit qu'ils en chicanent le montant bien peu élevé et ne correspondant guère au service rendu, soit qu'allant plus loin encore, ils lui demandent quelquefois des dommages devant les tribunaux.

Tous, nous avons présent à la mémoire, le souvenir de plusieurs affaires récentes où, le malade, guéri et sauvé de la mort indiscutablement, poursuivit son médecin.

II. *Elle est insalubre* : C'est ce que démontre le tableau de Ogle (1), où l'on voit que la mortalité de chaque profession étant rapportée à 100 comme minimum, celle des médecins est cotée 202. Les ecclésiastiques, les jardiniers, les agriculteurs, les instituteurs, les pêcheurs, les menuisiers, les mineurs des houillères, les cordonniers, les boulangers, les forgerons, les tailleurs, ont une mortalité bien inférieure.

Cette insalubrité est provoquée : 1o par le surmenage : ni repos ni trêve pour le médecin ; 2o par le milieu malsain dans lequel il vit.

***

Comment le médecin est-il traité par la Société dans laquelle il occupe, non pas seulement une place d'honneur par ses études et son éducation, mais une place dangereuse et utile au point d'être indispensable.

La médecine, en effet, est une des branches des connaissances humaines principales quant à leur utilité, et son exercice est aussi nécessaire que les industries de l'alimentation, du vêtement et de l'habitation.

Avant de goûter les arts et les belles-lettres, avant même de posséder un ordre social et politique compliqué, enchevêtré, nécessitant administrations et tribunaux, l'homme doit manger, se vêtir, se mettre à l'abri des intempéries et soigner les blessures ou maladies qui mettent son existence en danger autant et plus que la privation de vêtements ou de demeure. L'homme qui fait œuvre de médecin est un ouvrier aussi indispensable que ceux qui font œuvre de nourrisseurs ou de bâtisseurs. Il est donc l'un des ouvriers humains par excellence, ce qui est sa gloire et fait sa grandeur. Il est ouvrier de la pensée et ouvrier de la main.

Comment le médecin est-il traité par la Société ? C'est bien simple. La Société le connaît pour faire appel à son aide, à ses services, à son dévouement. en présence du danger, à toute heure du jour et de la nuit. La Société l'ignore pour l'aider quand il a été blessé, quand il s'est usé, fourbu à son service.

***

— Je vois où vous voulez en venir, va dire un lecteur. Vous voudriez peut-être que le médecin soit assimilé par la loi à un ouvrier et bénéficiât de la loi du 9 avril 1898 ?

— Pour ma part je n'y verrais aucun inconvénient.

Le médecin est-il un patron ?

Non.

Le médecin est-il un ouvrier ?

Oui. Il fait œuvre de ses mains et de son cerveau. Il est un ouvrier intellectuel, un ouvrier supérieur, un ouvrier d'art, il est tout ce que vous voudrez, mais enfin, il est un ouvrier. Il ne peut, d'ailleurs, qu'en être très fier. Il a l'immense satisfaction et la grandeur de n'être pas un parasite social, comme tant et tant de personnages richement prébenbés. Comme l'ouvrier, il gagne

(1) Congrès international d'hygiène de Londres.

sa vie au jour le jour. Rien n'assure son lendemain. Il vit de son travail et s'il chôme, chez lui, la huche est vide, à moins que son père ne lui ait transmis des rentes, ce qui est rare.

Une congestion pulmonaire contractée en sortant la nuit, en hiver, la syphilis contractée en faisant un toucher vaginal, etc., etc., le forcent au chômage.

Ce chômage, qui en fut la cause causante, directe, formelle ? Le malade, c'est-à-dire l'employeur.

Le médecin n'est pas un patron. Le médecin, au contraire, a un employeur, le malade.

En cas d'accident contracté à son service, il semble que cet employeur doive une indemnité à celui dont il est l'employeur. Ce serait le cas si le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail était étendu aux médecins considérés comme ouvriers au service d'un employeur, le malade.

***

Nous n'en sommes pas là encore. Cela viendra peut-être.

Pourquoi pas ?

L'Etat donne bien des pensions aux militaires atteints d'une affection incurable contractée en service commandé. Il leur donne bien leur solde quand ils sont simplement malades ou blessés même en dehors d'un service commandé, il reconnaît donc ainsi le principe de la responsabilité de l'employeur. Il ne fait aucune exception au préjudice des médecins militaires.

Le risque professionnel du médecin civil, du médecin tout court, est le même.

Pourquoi l'employeur n'aurait-il aucune dette à l'égard de ce médecin lorsque, pour lui, il a souffert, il a chômé, il a contracté une infirmité soit partielle, soit totale, soit provisoire, soit permanente ?

***

L'employeur, en l'espèce le malade qui bénéficie des soins du médecin, qui bénéficie de son travail, a bien une responsabilité morale. Il semble que celui au service de qui un médecin a contracté une maladie quelconque doive le dédommager. C'est là une obligation de conscience. Mais, cette obligation, nul n'y pense et ceux qui y songent en chassent la pensée pour n'en être pas obsédés. La plupart, j'allais dire tous, veulent bien user et abuser du médecin, être impérieux avec lui, insolents même, mais quant à le payer, mais quant à l'indemniser, pour les cas de blessures ou maladies prises en service commandé, bonsoir....... serviteur.... chacun se défile et ricane.

***

— Sacerdoce, la médecine... mon vieux !

— De la galette, t'en auras, s'il m'en reste;.... ce soir je vais au théâtre......

— Te fallait faire autre chose... et puis, tu sais, si ça ne te va pas, si tu réclames, gare à toi, je vais te demander des dommages. Tu as mis 30 jours pour me guérir, soi-disant, et, en 20 jours j'aurais dû l'être.

— Tu m'as guéri, dis-tu, sauvé la vie ? Blagueur, va... ? Et la peau de mon ventre qui a été rougie par ta vessie de glace ?

***

Sacerdoce, peut-être, mais servitude sociale certainement !

Sacerdoce... oui, sacerdoce, mais, toujours, le prêtre n'a-t-il pas vécu de l'autel ?

***

Sacerdoce particulier, sacerdoce de l'ouvrier qui peine pour le bien-être social. L'ouvrier, blessé dans son sacerdoce, est garanti par la loi. Qui garantit le médecin, victime professionnelle ?

***

Mais, en attendant d'être garanti plus spécialement par la loi sur les accidents du travail, pourquoi le médecin, à son tour, n'emploierait-il pas les art. 1382 et 1383 du Code civil, pour se faire indemniser par les employeurs au service desquels il a contracté blessure ou maladie ?

Je soumets cette idée à la méditation réfléchie de nos confrères, à la sagacité des juristes qui s'occupent plus spécialement des questions se rapportant à la médecine et je serais bien aise que la « Conférence des Avocats » en fît l'objet d'une controverse.

Dr Charles VIDAL.

REVUE D'ASSISTANCE

Rapport sur les services d'assistance.

M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a présenté au conseil supérieur de l'assistance un rapport d'ensemble sur ses services.

Les œuvres de puériculture, assistance maternelle et protection des enfants du premier âge ont eu pour conséquence d'abaisser la mortalité infantile dans d'importantes proportions. Pour 1.000 enfants de 0 à 1 an, il en mourait en moyenne chaque année, dans l'ensemble des agglomérations comportant une population de plus de 5.000 habitants, 258 de 1892 à 1895, 229 de 1896 à 1900, 164 de 1901 à 1905. Il en est mort 145 en 1906, 129 en 1907, 129 en 1908, 117 en 1909.

En ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, le nombre des bénéficiaires augmente constamment. L'ensemble des assistés — soit à domicile, soit à l'hôpital — qui était de 615.871 en 1895, s'est élevé en 1909 à 996.739 , soit un accroissement continu et à peu près régulier de 27.000 par an.

Le montant des dépenses suit une progression plus forte encore ; parti de 3.696.000 francs en 1895, il atteignait en 1909 le chiffre de 18,416,000 francs, dont pour les communes 11.490.372 francs , pour les départements 4.357.587 francs, pour l'Etat 2.568.481 francs.

En ce qui concerne la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes, incurables, dit M. Mirman, le nombre de bénéficiaires ne cesse pas de croître, mais l'ascension se ralentit, comme le prouvent les chiffres suivants :

31 décembre 1908	515.430
31 mars 1909	541.336
30 juin 1909	548.477
30 septembre 1909	557.412
31 décembre 1909	561.412
31 mars 1910	565.575
30 juin 1910	569.456
30 septembre 1910	576.088
31 décembre 1910	577.733
31 mars 1911	577.816

Les dépenses annuelles d'application de la loi de 1905 sont d'environ 100.000 francs. (*Le Temps*).

L'Assistance médicale gratuite dans le département de l'Aisne.

Mon cher confrère,

La lettre du docteur Saint-Maurice, de Liesse, que publie le *Concours* du 11 juin, au sujet des *situations acquises*, m'inspire quelques réflexions que je me permets de vous communiquer, et que je vous laisse libre de publier si vous le jugez utile.

Tout d'abord, je crois pouvoir intéresser les confrères de l'Aisne plus spécialement en leur signalant la manière dont fonctionne le service de l' A. M. G. dans notre commune, et qui constitue sinon une solution (il n'y en a pas d'autre à mon avis que le libre choix intégral avec paiement à la visite), du moins un palliatif au système départemental de l'abonnement.

Donc, ici, nous avons, comme dans le reste du département, le tarif à l'abonnement (2 fr. par indigent et par an) ; mais, au lieu que le service soit assuré par un seul médecin nommé par l'administration, ou par plusieurs médecins ayant chacun leur circonscription découpée arbitrairement, comme le prescrit le règlement, les trois médecins exerçant dans la commune participent au traitement des indigents. Chaque indigent, au début de l'année, désigne son médecin ; le garde chargé de distribuer les cartes note au fur et à mesure le nom du médecin choisi, les listes sont établies ensuite, et tout se passe le plus simplement du monde, sans qu'il en résulte même, comme on pourrait le croire, la plus petite complication de paperasserie. Ce système fonctionne depuis cinq ans à la satisfaction générale du malade, d'abord, qui est soigné par le médecin qui a sa confiance ; du médecin, ensuite, qui n'a pas l'humiliation de se voir imposé à un malade qui n'en veut pas, et qui est rétribué (?) en proportion du travail fourni ; de l'administration municipale, enfin, qui n'est plus harcelée par les réclamations d'indigents demandant à changer de médecin, n'étant jamais contents de celui qui est imposé.

Voilà donc ce que peuvent obtenir *immédiatement* tous les confrères du département, sans qu'il soit nécessaire de modifier le règlement départemental, à la seule condition de le vouloir et de l'imposer aux municipalitées avec le concours des indigents-électeurs.

On ne verrait plus alors des confrères fournir le travail alors que d'autres empochent l'argent, comme ce jeune médecin dont parle le Dr Saint-Maurice. (Entre parenthèses, ne trouvez-vous pas que ce jeune homme pourrait être sans exagération qualifié de « bonne poire », et que sa naïveté n'a d'égale que le sans-gêne, pour ne pas dire plus, du vieux confrère qui palpe sans broncher la bonne galette gagnée par un autre).

Je dois ajouter, pour être exact, que l'initiative de ce régime revient non aux médecins, hélas ! mais à la municipalité ; j'ajoute même que ce n'est pas à notre municipalité actuelle que nous le devons, ceci pour que notre maire ne s'attribue pas des compliments qui ne lui reviennent pas, au cas où cette lettre lui tomberait par hasard sous les yeux (le dit maire en retirant aux indigents le libre choix du pharmacien a montré quel était son sentiment en cette matière).

D'ailleurs pour tous les autres services le monopole fleurit ici comme dans le reste du département. Vaccinations, enfants assistés, chemins de fer, assurances, appartiennent à des médecins officiels qui se trouvent être comme par hasard présidents ou administrateurs de syndicats ou de sociétés locales de l'A. G., et qui cherchent par tous les moyens à transmettre ces *situations acquises* à leurs fils ou à leurs successeurs.

J'ai tenu néanmoins à vous signaler le léger progrès réalisé dans notre commune. pensant que d'autres pourraient en tirer profit. Ceci, je le répète, n'est qu'un *palliatif*, un *libre choix relatif*, en attendant la réalisation du *libre choix intégral* pour tous, indigents ou non, libre choix intégral qui sera peut-être un jour obtenu par les Syndicats et associations médicales, s'il en est qui n'aient pas à leur tête des titulaires de *situations acquises*.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr PÉCHIN,
Membre du *Concours*,
à Fresnoy-le Grand (Aisne).

N. D. L. R. — Ce mode de procéder constitue l'abonnement par tête d'indigent inscrit, *avec libre choix annuel du médecin*.

Il est adopté dans nombre de départements et a ses inconvénients, s'il présente quelques avantages. Mais il nous faut protester bien haut contre ce chiffre de 2 fr. par tête d'indigent

inscrit, car le département de l'Aisne occupe le bas de l'échelle des prix très divers que nous connaissons. Dans tous les cas, ce prix fût-il même beaucoup plus élevé, devient une véritable duperie s'il n'est accompagné d'un tarif à la visite pour les indigents admis d'urgence au cours de l'année, et s'il n'existe pas, en outre, un tarif kilométrique.

Organisation de l'Industrie thermale et climatique.

Décret sur la création des stations hydrominérales et climatiques et la taxe spéciale de ces stations.

26 juin 1911 (*Extraits*).

Chapitre. I. — *Création des stations hydrominérales et climatiques.*

Art. 1er. — Toute demande de création d'une station hydrominérale ou climatique est adressée au préfet, qui en donne récépissé. Cette création est ensuite l'objet d'une enquête à laquelle il est procédé dans les formes ci-après :

1° Dans la quinzaine qui suit la date du récépissé, la demande est déposée pendant huit jours à la mairie, à la disposition de toute personne désirant en prendre connaissance. A l'expiration de ce délai, un commissaire enquêteur désigné par le préfet reçoit à la mairie, pendant un jour, les déclarations auxquelles peut donner lieu la demande de création. Ces délais ne courent que de la date de l'avertissement donné par voie de publication et d'affichage. Il est justifié de l'accomplissement de cette formalité par un certificat du maire ;

2° Après avoir clos et signé le registre des déclarations le commis saire enquêteur le transmet immédiatement au maire avec son avis motivé et tous documents relatifs à la demande qui lui ont été remis au cours de l'enquête ;

3° Le dossier de l'enquête est ensuite soumis au conseil municipal qui doit, dans la quinzaine, délibérer sur le projet. Faute par le conseil municipal de donner son avis, il est passé outre ;

4° Le dossier est aussitôt après adressé au préfet chargé de le transmettre au ministre de l'intérieur après l'avoir soumis pour avis au conseil départemental d'hygiène.

Art. 2. — Il est statué sur les demandes de création de stations hydrominérales ou climatiques dans les trois mois qui suivent l'accomplissement des formalités prescrites à l'article précédent.

Chapitre II. — *Taxe spéciale.*

Art. 3. — La délibération du conseil municipal demandant l'établissement, dans la commune ou fraction de commune, de la taxe spéciale, doit mentionner le mode d'assiette de la taxe projetée, suivant les bases indiquées par l'article 3 de la loi du 13 avril 1910, le tarif et la durée de la taxe, ainsi que les dépenses au payement desquelles la taxe sera affectée.

Art. 4. — L'établissement d'une taxe spéciale est autorisé après une enquête faite dans les formes prescrites par l'article 1er du présent décret.

Art. 5. — Pour la perception de la taxe, il n'est pas fait état du jour d'arrivée ni du jour de départ des assujettis.

Lorsque la taxe est basée sur le prix de location, ce prix de location, dégagé de tous autres faits, doit être affiché dans les locaux occupés.

Art. 6. — La taxe spéciale est établie pour une période de cinq ans au plus. Exceptionnellement, lorsqu'elle a été instituée pour servir de gage à un emprunt, elle peut être autorisée pour une durée égale à celle qui a été fixée pour l'amortissement de l'emprunt.

Art. 7. — Le tarif de la taxe spéciale est en permanence affiché à la porte de la mairie ; il est tenu, au secrétariat de la marie, à la disposition de toute personne désirant en prendre connaissance ; il est affiché dans tous les hôtels et dans toutes les maisons meublées où sont reçues en logement les personnes étrangères à la commune.

Art. 8. — Dans les stations hydrominérales ou climatiques où a été instituée la taxe spéciale, les hôteliers, logeurs ou propriétaires doivent posséder, en vue de la perception de la taxe, un registre spécial qui leur est fourni gratuitement par la mairie. Sur ce registre, coté et paraphé par le maire, ils inscrivent de suite et sans aucun blanc les nom, domicile, dates d'arrivée et de départ de toutes les personnes logeant chez eux. Mention y est faite aussi, le cas échéant, des diverses circonstances énumérées à l'article 3 de la loi du 13 avril 1910 comme pouvant servir de base à l'établissement de la taxe.

Art. 9. — Les propriétaires et toutes personnes qui auraient l'intention de louer, pendant la saison thermale ou climatique, tout ou partie de leur habitation personnelle à des étrangers à la station, doivent en faire la déclaration à la mairie et sont tenus en vue de la perception de la taxe spéciale, de posséder le même registre que les hôteliers et logeurs.

Art. 10. — Lorsque les personnes désignées aux articles 8 et 9 du présent décret reçoivent le montant des loyers qui leur sont dus, elles perçoivent la taxe sur les assujettis et leur en donnent quittance. Elles inscrivent le montant des taxes encaissées, à la date et dans l'ordre des perceptions effectuées, sur un registre spécial délivré gratuitement par le maire.

La taxe doit être perçue avant le départ des assujettis, alors même que, du consentement du logeur, de l'hôtelier ou du propriétaire, le payement du loyer serait différé.

Art. 15. — Tout assujetti qui conteste soit l'application qui lui est faite du tarif par l'hôtelier, logeur ou propriétaire, soit la quotité de la taxe à lui réclamée, doit néanmoins acquitter le montant de la taxe contestée, sauf à en obtenir le remboursement après qu'il aura été statué sur sa réclamation par le juge de paix suivant les règles, formes et délais prévus pour les contestations en matière d'octroi.

Art. 18. — Le produit de la taxe et l'emploi des recettes provenant de cette taxe font l'objet d'états de prévision et de comptes distincts. Ces recettes et ces dépenses sont inscrites dans les budgets et, dans les comptes des communes à un article unique, tant en recette qu'en dépense, dont les états de prévision et comptes spéciaux de la taxe, forment, à titre d'annexes, la justification et le développement.

Chapitre III. — *Chambres d'industrie thermale ou climatique.*

Art. 22. — Les demandes de création de chambres d'industrie thermale ou climatique sont formées dans les mêmes conditions que celles qui sont fixées aux articles 1er et 6 de la loi du 13 avril 1910, en ce qui concerne la création des stations thermales ou climatiques.

Si la station hydrominérale ou climatique s'étend à plusieurs communes, le décret instituant la chambre d'industrie thermale ou climatique fixe la commune où doit siéger l'établissement.

Il est statué, après avis du conseil municipal, si la demande n'a pas été formée par cette assemblée.

Art. 23. — La taxe spéciale, dont la perception est autorisée par l'article 2 de la loi du 13 avril 1910, ne peut être instituée dans une station qu'autant qu'il aura été préalablement créé une chambre d'industrie thermale ou climatique.

Art. 24. — Les fonctions des membres des chambres d'industrie thermale ou climatique sont gratuites.

Art. 25. — Parmi les professions intéressées au développement de la station qui sont désignées par le décret constitutif de la chambre d'industrie thermale ou climatique, soit pour composer le collège électoral, soit pour être représentées dans cet établissement public, figurent nécessairement celles de médecin et pharmacien, d'hôtelier et logeur, de commerçant saisonnier et de représentant des établissements thermaux.

Art. 26. — Les membres élus des chambres d'industrie thermale ou climatique sont nommés par une assemblée d'électeurs composée de ;

1° Tous les citoyens français âgés de vingt-cinq ans jouissant de leurs droits civils et politiques, appartenant aux catégories de professions déterminées par le décret constitutif et exerçant leur profession dans la station depuis trois ans au *moins.*

Les femmes remplissant les mêmes conditions d'âge, de profession et jouissant de leurs droits ;

2° Les personnes qui, ayant exercé pendant trois ans au moins dans la station une profession leur conférant l'électorat, y ont conservé leur domicile.

Art. 30. — L'assemblée des électeurs est convoquée suivant les règles fixées par l'article 15 de la loi du 5 avril 1884 pour les élections municipales. Elle est divisée en autant de sections qu'il doit y avoir de catégories de professions représentées dans la chambre ; chacune des sections est présidée soit par le maire, soit par un adjoint ou un conseiller municipal délégué par le maire, et le président de chaque section est assisté de deux électeurs choisis autant que possible dans la section.

La durée du scrutin est fixée par le préfet, sans pouvoir toutefois être inférieure à trois heures. Aucun électeur ne peut voter dans plusieurs catégories.

Art. 32. — Les élections ont lieu au scrutin de liste dans chaque catégorie. Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a obtenu la majorité absolue.

Dans le cas où un second tour de scrutin est nécessaire, il est procédé le dimanche suivant et l'élection a lieu à la majorité relative. Si plusieurs candidats obtiennent le même nombre de voix l'élection est acquise au plus âgé.

Le résultat du scrutin est proclamé par le président de chacune des sections de vote et est affiché à la porte de la mairie ; les procès-verbaux des élections dressés séance tenante sont transmis aussitôt au préfet.

Art. 34. — Les membres de la chambre d'industrie thermale ou climatique sont élus pour trois ans.

Lorsque, par l'effet des vacances survenues, la chambre d'industrie thermale ou climatique se trouve réduite à la moitié de ses membres élus, ou lorsqu'une catégorie des professions représentées y a perdu tous ses membres, il est, dans le délai maximun d'un an à dater de la dernière vacance, et autant que possible au début de la saison thermale ou climatique suivante, procédé à des élections complémentaires.

Il n'y a pas lieu à élections complémentaires pendant l'année qui précède le renouvellement intégral.

Art. 35. — Le préfet réunit la chambre d'industrie thermale ou climatique chaque fois qu'il le juge utile ; il est tenu de la convoquer dans le délai de huit jours lorsque la demande lui en est faite par la majorité des membres de la chambre, ou sur la demande de tous les représentants d'une même catégorie de professions.

La chambre se réunit dans un local mis à sa disposition par la commune où elle a son siège. Elle élit annuellement un vice-président ordonnateur, un secrétaire et un trésorier.

Art. 37. — Les chambres d'industrie thermale ou climatique adressent chaque année, avant le 1er novembre, au ministre de l'intérieur, par l'intermédiaire du préfet, un compte rendu général de leurs travaux.

Art. 38. — Le budget des chambres d'industrie thermale ou climatique comprend :

1° Le produit des subventions communales ou autres ;

2° Le produit de souscriptions particulières et d'offres de concours ;

3° Le produit des dons et legs ;

4° Le produit total ou partiel de la taxe spéciale dans la limite où elle a été affectée aux travaux visés à l'article 1er de la loi du 13 avril 1910, dont la concession leur a été accordée, conformément au paragraphe 7 de l'article 7 de ladite loi.

Il comprend en dépenses :

1° Les frais d'administration, de chauffage et d'éclairage ;

2° Les dépenses occasionnées par les travaux d'assainissement, d'aménagement et d'embellissement des stations qui leur ont été concédés par les conseils municipaux ou qui sont entrepris par les chambres au moyen de leurs propres ressources.

Chapitre IV. — *Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques.*

Art 41. — La commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, instituée près le ministre de l'intérieur, est composée de cinquante membres :

Onze membres de droit : le président de la section de l'intérieur au Conseil d'Etat, président.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

Le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur.

Le directeur de la sûreté générale au ministère de l'intérieur.

Le directeur général de la comptabilité publique au ministère des finances.

Le directeur des mines au ministère des travaux publics.

Le directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Le chef du service central de santé au ministère de la marine.

Le président du conseil supérieur du service de santé des colonies.

Le doyen de la faculté de médecine de Paris.

Le directeur de l'école de pharmacie de Paris.

Sept membres désignés par le conseil d'Etat, la cour des comptes, l'académie des sciences, l'académie de médecine, le conseil général des mines, le conseil supérieur d'hygiène publique de France, la faculté de médecine de Paris.

Trente-deux membres nommés par décret, sur la proposition du ministre de l'intérieur : trois sénateurs, trois députés, un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, quatre maires de communes sièges de stations hydrominérales ou climatiques, vingt et un membres désignés parmi les personnes compétentes en ce qui concerne l'hygiène des stations ou ayant qualité pour représenter les intérêts économiques des stations.

Les membres de la commission permanente, autres que les membres de droit, sont nommés pour trois ans.

Art. 42. — Des rapporteurs spéciaux, nommés par le ministre de l'intérieur et choisis parmi les auditeurs au conseil d'Etat et à la cour des comptes, sont attachés avec voix consultative à la commission permanente. Ils ont voix délibérative dans les affaires dont ils sont rapporteurs.

Les chefs de bureau des directions de l'assistance et de l'hygiène publiques et de la sûreté générale au ministère de l'intérieur, auxquels ressortissent les affaires soumises à la commission permanente, assistent aux séances avec voix consultative.

Un secrétaire et des secrétaires adjoints, nommés par le ministère de l'intérieur, sont attachés à la commission permanente. Ils tiennent les procès-verbaux des séances et conservent les archives de la commission.

SOU MÉDICAL

Mon cher confrère,

La crainte du gendarme, dit le fameux dicton, est le commencement de la sagesse ; j'ajoute, en le paraphrasant, que la crainte du « Sou médical » est non seulement le commencement de la sagesse, qu'elle impose la politesse, et que très souvent aussi, elle accule à l'abdication.

Oyez plutôt cette petite histoire bien édifiante ; dégustez-la, je vous prie, avec le café et un bon cigare sous la tonnelle ou au coin du feu, pour ceux qui lisent le journal 6 mois plus tard, elle est rigoureusement authentique.

Un homme de loi— un oiseau de proie, allais-je dire — refusait catégoriquement de me délivrer un reçu pour la somme réclamée, dans lequel il y aurait une phrase faisant des réserves.

Le « Sou médical » qui me soutenait dans cette affaire prit l'avis de son avocat au Conseil d'Etat, et sur son affirmation que l'huissier ne pouvait pas refuser un tel reçu, notre ami Boudin et moi nous nous présentâmes au cabinet du susdit, nous nous trouvâmes en présence d'un homme entre deux âges, le nez chaussé d'un binocle en or, s'il vous plaît, l'air rogue, majestueux, assis sur son large fauteuil. Dès qu'il prit nos cartes, non seulement il ne se donna pas la peine de bouger de son fauteuil, mais encore ne nous invita pas — comme c'était son devoir strict — à prendre un siège, ce qui ne nous empêcha pas de le faire incontinent ; la conversation s'engagea et dès qu'il connut l'objet de notre visite, il refusa derechef de nous délivrer le reçu demandé.

Aussitôt notre ami Boudin sut d'une voix tranchante — oh ! cette voix !! —lui faire comprendre qu'il se mettait son auguste doigt dans le fin fond de l'orbite, et que nous nous sentions assez forts, grâce au « Sou médical », pour lui faire donner ce reçu tel que nous le voulions de gré ou de force, et, d'un ton bref, cassant et même un peu persifleur — oh ! ce Boudin, je n'en voudrais même pas à la Noël ! — l'exigea illico.

Devant un tel ton et un tel langage, l'éminentissime personnage remit incontinent ses binocles et relut nos cartes ; ce fut, mes enfants, d'un effet magique,

Le ton rogue disparut comme par enchantement, la voix devint douce comme une caresse de jolie femme ; il nous débita un petit boniment.

— Il ne savait rien de l'affaire, il ne s'en était jamais occupé, cela lui était absolument égal de donner le reçu demandé ; au surplus il prendrait l'avis d'un de ses confrères par le téléphone, s'il devait ou non le faire, car c'était la première fois qu'il se trouvait en présence d'une demande semblable. Séance tenante il fit venir au bout du fil un confrère qui lui fit comprendre qu'il avait eu tort de refuser ce qu'on pouvait l'obliger à faire — et immédiatement le reçu nous fut délivré avec la réserve que nous réclamions.

Mais où la chose prend une saveur toute spéciale, c'est quand cet homme rogue, impertinent et mal élevé qui nous reçut si mal se leva derechef de son fauteuil et nous conduisit avec des grands salamaleks jusqu'à la porte, non de son cabinet, mais de son étude, en traversant deux autres pièces et une antichambre, et au seuil de son étude il s'excusa poliment de nous avoir dérangés.

Permettez-moi, mon cher confrère, de n'ajouter aucun commentaire et de terminer cette déjà trop longue lettre par cette phrase.

Aveugles ceux qui ne voient ce qu'est le « Sou médical » ; c'est le plus beau joyau de la couronne de toutes les bonnes œuvres que le *Concours* a créées. Dans 10 ans d'ici, ce n'est plus un huissier qui capitulera, *mais des hommes haut placés*, beaucoup trop haut placés, sans parler des institutions et des collectivités ; les choses qui nous paraissent aujourd'hui du domaine de l'utopie, seront les réalités de demain, le jour où le « Sou » comptera 12 à 15.000 membres.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr FARAGGI.

CONSULTATIONS JURIDIQUES

La rémunération du médecin témoin dans une expertise.

Mon cher confrère,

En qualité de membre du « Sou », je viens vous demander les renseignements suivants :

En 1907, j'ai soigné un jeune homme atteint de troubles circulatoires et de dermite au niveau d'une jambe et consécutifs à une chute. Ce jeune homme est agent de police à M, et touchait une indemnité à cause de sa blessure qui s'éternisait.

Je délivrai plusieurs certificats puis mon malade rentra à M. et je n'ai plus entendu parler de lui que tout récemment. Je reçois une lettre d'un confrère de Nice, le Dr B., m'informant que ce jeune homme a intenté une action à la personne qui a été la cause de sa chute et que le Dr B. a été nommé expert. Il me demande mon jour et mon heure pour me rendre à M, où aurait lieu la confrontation du blessé, des témoins et des médecins traitants. Notre présence était utile pour permettre à l'expert de se faire une opinion ; ma

convocation n'était donc pas faite par voie de justice.

A l'heure et au jour *fixés par moi*, je me rends à M. assez éloigné de mon domicile pour m'obliger à 2 jours d'absence.

A mon retour, je prie le Dr B. de bien vouloir m'indiquer la personne à qui je dois réclamer une juste indemnité et sur quelle base je dois la réclamer.

Il me répond qu'il est très juste que je touche cette indemnité, mais qu'il ignore à qui je dois m'adresser et sur quelle base je dois calculer l'indemnité.

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me dire si :

1° J'ai droit à une indemnité ;

2° A quelle personne je dois réclamer l'indemnité.

Veuillez m'excuser et croire, mon cher confrère, à mes sentiments les plus dévoués.

Dr L.

A la question posée par cette lettre, Me Gatineau a répondu par la consultation suivante :

Mon cher docteur,

Le Dr L., s'étant rendu à M. à la convocation d'un expert commis par justice, pour lui donner des renseignements au sujet des blessures reçues par une partie demanderesse en dommages-intérêts contre l'auteur de l'accident, n'a d'action pour se faire payer que contre son client dans l'intérêt duquel il s'est déplacé.

Ce dernier pourra comprendre la somme par lui payée de ce chef dans le calcul de l'indemnité qu'il réclame.

Il en serait de même, si le médecin avait été cité comme témoin dans une enquête civile ou à l'audience d'un tribunal correctionnel par une partie civile, c'est contre celle-ci seulement qu'il aurait un recours pour le paiement de son indemnité.

Il n'y a aucun tarif légal applicable au cas du Dr L.

Il peut, par analogie et pour se guider, prendre comme base, celles fixées pour les témoins dans le décret du 16 février 1807 (art. 24, pour les témoins en justice de paix ; art. 167, pour ceux cités devant le tribunal dcivil).

Mais si les sommes données par application de ces tarifs sont insuffisantes, il y a lieu de les écarter et de fixer la somme à réclamer par une appréciation modérée de l'honoraire dû au médecin pour l'absence qui lui a été occasionnée, s'ajoutant aux frais du déplacement.

Votre bien dévoué,

G. Gatineau,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou médical ».

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le Tarif Dubief ne s'applique qu'aux honoraires du médecin traitant choisi par l'ouvrier.

Les Compagnies d'assurances, prétendant que le tarif Dubief est strictement limitatif et que seuls peuvent être réclamés au patron, dès lors que l'ouvrier a choisi son médecin, les honoraires des interventions expressément comprises dans ce tarif, ont l'habitude de refuser le paiement de toutes interventions comme de tous médicaments, qui n'y ont pas trouvé place pour une raison quelconque, soit parce qu'ils ont simplement été omis, soit parce que, comme les radiographes, ils n'étaient pas encore de pratique courante en 1905.

Il s'est trouvé des Tribunaux pour admettre l'interprétation judaïque des Compagnies d'assurances. Mais cette jurisprudence vient d'être condamnée par la Cour suprême dans l'important arrêt que nous reproduisons ci-après.

Il paraît résulter implicitement de cette décision que l'interprétation restrictive s'appliquerait au médecin et au pharmacien choisis par l'ouvrier. Cette solution serait regrettable et il serait injuste qu'un médecin traitant qui aurait radiographié son client ne pût être rémunéré de son travail, alors que le confrère qu'il aurait appelé pour faire cette radiographie en eût été payé.

Mais le radiographe autre que le médecin traitant pourra recevoir le prix de sa radiographie, le masseur, celui de ses massages, le patron de l'établissement de bains, celui de ses bains et... l'épicier, celui du champagne, qu'il aura vendu sur ordonnance du médecin traitant.

Et c'est déjà quelque chose !

COUR DE CASSATION (Ch. Civ.)

16 mai 1911.

Présidence de M. Ballot-Beaupré, premier président,

RESPONSABILITÉ CIVILE. — ACCIDENTS DU TRAVAIL — FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES. — TRAITEMENTS ORDONNÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT. — POUVOIR DU JUGE.

Le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques établi par arrêté ministériel du 30 *septembre* 1905, *pris en exécution de l'art.* 4 *de la loi du* 9 *avril* 1898, *modifié par la loi du* 31 *mars* 1905, *et publié au* Journal officiel *du* 8 *octobre* 1905, *ne s'applique qu'aux honoraires du médecin et au prix des médicaments fournis par le pharmacien choisis l'un et l'autre par la victime d'un accident du travail ; il laisse en dehors de ses prévisions les différents moyens curatifs qui, ordonnés par le médecin traitant, ne sont cependant pas mis en œuvre par lui-même et ne nécessitent pas non plus l'intervention de pharmacien.*

Toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé doivent cependant demeurer à la charge du chef de l'entreprise ; et il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant, lorsqu'elles ne sont par prévues au tarif établi par l'arrêté ministériel.

Dès lors doit être cassé le jugement qui, pour refuser à un ouvrier victime d'un accident du travail le paiement des sommes réclamées pour massages et pour bains, sans contester que ces massages et ces bains aient été ordonnés par le médecin et aient été nécessaires au traitement, s'appuie uniquement sur ce que les massages ne figurent au tarif des honoraires des médecins que s'ils sont opérés par le médecin traitant, ce qui n'a pas été le cas de l'espèce, et sur ce que les bains ne figurent pas au tarif des frais pharmaceutiques.

Martin c. Got,

M. Martin, ouvrier victime d'un accident du travail, s'est pourvu en cassation contre un jugement du Tribunal civil de Marseille du 3 janvier 1908 qui lui avait refusé le remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques réclamés à son patron, M. Got.

Il a invoqué à l'appui de son pourvoi les deux moyens suivants :

1° Violation par fausse application de l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905, ainsi que de l'art. 2 C. civ, et du principe de la non-rétroactivité des lois, en ce que le jugement attaqué a fait à tort application de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par l'art. 1er de la loi du 31 mars 1905, à des soins médicaux et pharmaceutiques donnés postérieurement à la mise en application dudit texte, mais ensuite d'un accident du travail antérieur à cette mise en application.

2° Violation par fausse application de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par l'art. 1er de la loi du 31 mars 1905, ainsi que de l'arrêté pris le 30 septembre 1905 par le ministre du Commerce en exécution dudit art. 4 ainsi modifié, en ce que le jugement attaqué a appliqué à tort le tarif annexé au susdit arrêté à des soins médicaux et pharmaceutiques auxquels ce tarif n'était pas applicable, parce que lesdits soins n'y étaient pas prévus :

Arrêt :

La Cour,

Sur le premier moyen du pourvoi :

Attendu que ce moyen est présenté pour la première fois devant la Cour de cassation ; que le demandeur n'aurait intérêt à l'invoquer que si l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 avait fixé les frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail à un taux inférieur à celui du tarif adopté dans le département des Bouches-du-Rhône pour l'assistance médicale gratuite, tarif auquel renvoyait la loi du 9 avril 1898, avant l'arrêté prévu par la loi du 31 mars 1905 ; qu'il suit de là que le moyen, mélangé de fait et de droit, est irrecevable comme nouveau :

Déclare le premier moyen irrecevable ;

Mais sur le second moyen du pourvoi :

Vu l'art. 4 § 2 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu que le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques établi par arrêté ministériel du 30 septembre 1905, pris en exécution de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, et publié au *Journal officiel* du 8 octobre suivant, ne s'applique qu'aux honoraires du médecin et au prix des médicaments fournis par le pharmacien choisis l'un et l'autre par la victime d'un accident du travail ; qu'il laisse en dehors de ses prévisions les différents moyens curatifs qui, ordonnés par le médecin traitant, ne sont cependant pas mis en œuvre par lui-même et ne nécessitent pas non plus l'intervention du pharmacien ; que toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé doivent cependant demeurer à la charge du chef de l'entreprise ; qu'il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant lorsqu'elles ne sont pas prévues au tarif par l'arrêté ministériel :

Attendu que, pour refuser à Antoine Martin, ouvrier de Got, victime d'un accident du travail survenu le 8 juin 1905, le paiement des sommes qui lui étaient réclamées pour massages et pour bains, le jugement attaqué, sans contester que ces massages et ces bains aient été ordonnés par le médecin et aient été nécessaires au traitement, s'appuie uniquement sur ce que les massages ne figurent au tarif des honoraires des médecins que s'ils sont opérés par le médecin traitant, ce qui n'était pas le cas de l'espèce, et sur ce que les bains ne figurent pas au tarif des frais pharmaceutiques ; qu'en statuant ainsi il n'a pas légalement justifié sa décision et a, par suite, violé l'article suivisé :

Casse..... mais seulement aux chefs relatifs aux massages et aux bains....

MM. Reynaud rapp,; Lombard av. gén. (concl. conf.). — Me Chabrolav.

Note. — L'art 10, lettre. A, 7, de l'arrêté ministériel du 30 sept 1905, dispose : « une allocation correspondant aux prix d'*une visite ou d'une consultation* sera accordée pour chaque séance de massage de la main, ou du pied, *par le médecin traitant* ». Le jugement frappé de pourvoi avait interprété cette disposition en ce sens que le prix de tout massage pratiqué par un médecin non traitant ou un non médecin, ne peut être réclamé par la victime de l'accident au chef d'entreprise.

De même, en ce qui concerne les bains sulfureux, le jugement attaqué n'allouait que 35 centimes par bain, parce que le tarif ne prévoit pas une allocation supérieure pour chaque bain.

La question se posait donc de savoir si l'arrêté ministériel de 1905 devait être interprété en ce sens que la victime ne pouvait pas réclamer et le juge de paix tarifer d'autres frais médicaux et pharmaceutiques que ceux spécialement énumérés et décrits au tarif. V., comme application en ce sens : Trib civ. Seine, 23 mars 1910 (*Gaz. Pal*, 1910. 1.775) ; Trib. paix, Paris, 11 mars 1909 (*Gaz. Pal*, 1909, 2.189) ; Bourges, avril 1909 (*Gaz. Pal.* 1909, 2. Table, v° Respons, civ., n° 195).

Avec raison, la Cour de Cassation, dans l'arrêt ci-dessus, ne l'a pas pensé. En réalité, l'insertion au tarif n'a pour but que de réduire au minimum les difficultés des règlements pour les médicaments ou les soins les plus usuels qui s'y trouvent portés. Pour tous les autres, qui doivent en principe demeurer à la charge du chef d'entreprise, l'ouvrier conserve son action contre le patron, mais cette action est soumise au droit commun quant au pouvoir du juge d'admettre ou d'écarter la réclamation. C'est d'ailleurs ce que la Cour de cassation a déjà décidé au moins implicitement dans un art. du 21 déc, 1909 (*Gaz. Pal.* 1910, 1.101), en mettant à la charge du patron les frais de massages pratiqués non par le médecin traisant, mais par un spécialiste, en limitant seulement l'obligation de remboursement du patron au prix du tarif officiel.

(*Gazette du Palais*, 14 juin 1911).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Hôpital Lariboisière.** — Conférences pratiques d'oto-rhino-laryngologie et de technique broncho-œsophagoscopique. (*Cours de vacances*). Avec l'autorisation de M. Pierre Sébileau, professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière, M. Lemaître, oto-laryngologiste des hôpi-

taux, assisté de MM. Halphen et Juin, assistants et de MM. Rouget et Miégeville, internes du service, commencera le *lundi 17 juillet* 1911, une série de douze conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu chaque matin à 8 h. 1/2.

Le droit d'inscription est de 60 francs.

Se faire inscrire auprès des internes du service.

— **Clinique des Quinze-Vingts.** — Un concours sera ouvert pour la nomination d'un chef de laboratoire le 20 juillet 1911.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton.

La liste des candidats admis à prendre part au concours sera close le 5 juillet.

— **La Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon** nous prie d'informer nos lecteurs que son siège social est tranféré 6, Square de l'Opéra.

— **L'A. P. M. en Scandinavie.** — Le programme scientifique de la session d'études de l'A. P. M. en Scandinavie (12-30 août 1911) est maintenant arrêté et présente un grand intérêt, grâce à la haute compréhension que se sont faite du but de cette association ses correspondants scandinaves les professeurs Ehlors (Copenhague), Johaunessen (Christiania), Wawrinski (Stockholm).

Le dernier délai de demande d'inscription à cette session est définitivement fixé au 15 juillet pour nos confrères non-sociétaires de l'A. P. M., soumis par conséquent à la candidature statutaire, et au 22 juillet pour les sociétaires.

Parmi les nombreuses visites qui sont organisées, nous citerons : à *Copenhague*, Rigs-Hospital, Hôpital moderne du Mont-l'Evêque (1.300 lits), Institut Finsen, Institut sérothérapique, Etablissements communaux d'hygiène, Ecoles, Egouts, Laiterie modèle municipale (visitée à 11 h. du soir, en pleine activité), séance de gymnastique danoise (femmes), conférence sur l'Enseignement médical en Danemark ; à *Christiana*, Hôpital de l'Etat, Hôpital communal moderne, Asile d'aliénés de Danemark, Ecole municipale, Institutions sanitaires de la Ville, Sanatoires clématiques ; à *Stockholm*, Hôpital spécial des contagieux, Hôpital suédois des Enfants assistés, Ecole primaire, Nouvel abattoir, Bureau d'hygiène, Bains publics, Distribution de l'eau potable, Nouveau Sanatorium pour tuberculeux. Il y aura quantité d'autres études intéressantes, notamment en ce qui concerne l'hygiène appliquée, les écoles d'estropiés (accidentés du travail), les agents physiques, l'alcoolisme, la lèpre (*Bergen*). A *Hambourg*, on verra fonctionner l'Usine d'incinération et de destruction des ordures ménagères, l'Hôpital des maladies tropicales ; à *Berlin*, l'Institut et le Musée d'hygiène. Enfin, la visite en corps de l'*Exposition internationale d'hygiène de Dresde*, organisée à l'issue de la session s'impose à tout esprit ouvert au progrès scientifique.

Pour tous renseignements, écrire *avec timbre pour réponse* au Siège Central de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVI[e] (Bureau ouvert le mercredi et le samedi de 10 heures à midi).

— Le concours pour la nomination aux places **d'élèves externes** en médecine vacantes le 1[er] mars **1912 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris**, sera ouvert le lundi 18 septembre 1911, à 4 h., dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les étudiants en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats est ouvert, de 11 h. à 3 heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du mardi 1[er] août au jeudi 31 août inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Nota. — Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

— **Les mémoires de fournitures pharmaceutiques aux bureaux de bienfaisance doivent être timbrés.** — M. Barthe, député, ayant demandé au Ministre de l'Intérieur si les mémoires des pharmaciens pour les fournitures de médicaments aux bureaux de bienfaisance sont exempts du timbre, comme les mémoires des fournitures faites pour l'assistance médicale, celui-ci a répondu :

« Aucune prescription législative ne dispense du timbre les mémoires des pharmaciens pour la fourniture de médicaments aux bureaux de bienfaisance. L'exemption admise en faveur des mémoires des fournitures faites pour l'assistance *médicale* est exceptionnelle et ne saurait dès lors être étendue aux mémoires qui font l'objet de la question posée. »

— **A l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris**, le mandat suivant a été donné, dans un ordre du jour motivé, au Comité :

1° Repousser le décret de 1909, portant réorganisation des études médicales, décret théoriquement incomplet et pratiquement inapplicable, et de demander sa revision par le conseil médical supérieur, déjà réclamée par le congrès des praticiens ; 2° s'opposer à la création d'un doctorat en chirurgie dentaire et poursuivre la suppression du diplôme provisoire de chirurgien dentiste, ces deux titres étant en contradiction avec le principe de l'unité du doctorat en médecine ; 3° s'assurer de l'application stricte du décret exigeant un baccalauréat et le P. C. N. à l'entrée des études médicales et de s'efforcer de faire compléter ce décret de telle sorte que l'étude du latin, rempart contre l'invasion primaire, soit exigée des futurs étudiants en médecine ; 4° presser l'organisation de la fédération des étudiants en médecine, à laquelle seront affiliées les corporations de province et la section de médecine de l'Association des étudiantes.

— **Exercice illégal de la médecine.** — Le fait de pratiquer sans ordonnance de médecin des massages pour le traitement d'une coxalgie ou d'une fracture du bras constitue le délit d'exercice illégal de la médecine. Telle est la décision que vient de rendre la dixième chambre correctionnelle. Le prévenu a été condamné à 300 fr. d'amende.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 29 Dimanche 16 JUILLET 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les obsèques d'un nouveau Bienfaiteur de l'Association générale des Médecins de France : M. le Dr Marfaing.

Dimanche 9 juillet, à une heure, en l'église de Saint-Mandé, ont eu lieu les obsèques de M. le Dr Marfaing, un des directeurs de la Maison de santé de Saint-Mandé. Ce regretté confrère a, par testament, légué sa fortune, qui s'élève, paraît-il, à un chiffre assez considérable, à notre Association Générale.

La surprise a été pour nous d'autant plus grande que M. le Dr Marfaing ne faisait pas partie de l'Association, et que le Conseil général ne fut prévenu de ses dispositions testamentaires qu'après la mort de notre confrère.

Grâce à MM. les Drs Hercouet, les associés du Dr Marfaing, dont l'heureuse influence ne serait pas étrangère à la détermination de notre bienfaiteur, M. Levassort, secrétaire général, et M. Darras, trésorier de l'Association générale, purent prendre hâtivement les dispositions nécessaires pour rendre au Dr Marfaing les honneurs qui lui étaient dus.

Le deuil était conduit par MM. les Drs Hercouet ; M. Levassort, secrétaire général ; M. Darras, trésorier ; MM. Clauzel-Vialard, Fiquet, et Noir, membres du Conseil général de l'Association.

Au cimetière de Saint-Mandé, le Dr Levassort a déposé au nom de l'Association une couronne sur la tombe et a prononcé quelques paroles émues sur ce brave homme qui, selon sa propre expression, avait tenu à léguer au Corps médical la fortune que les médecins lui avaient permis d'acquérir. C'est là un bel exemple de générosité confraternelle qui, nous l'espérons, trouvera de nombreux imitateurs.

J. N.

Quelques précisions sur le projet de loi du Gouvernement anglais sur l'assurance contre la maladie, l'invalidité et le chômage.

Dans un de nos derniers *Propos* (1) nous avons signalé le mouvement de révolte provoqué en Angleterre, dans le Corps médical, par le projet de loi d'assurance contre le chômage, l'invalidité et la maladie. Nous avons exposé que les délégués de la *British medical Association*, après une discussion à laquelle le Chancelier de l'Echiquier avait pris part, avaient, dans une déclaration, approuvé le principe de la loi, mais demandé notamment que seuls les travailleurs dont le salaire annuel ne dépasserait pas 100 livres st. (2.500 fr.) fussent assujettis à l'assurance, que les médecins fussent représentés légalement dans tous les Comités prévus pour l'application de la loi, enfin que le rôle prépondérant des Mutualités dans cette importante réforme, fût considérablement réduit. Pour bien comprendre l'émotion de tout le Corps médical du Royaume-Uni, et pour se rendre compte de la portée de sa déclaration, il est nécessaire de donner quelques précisions sur la façon dont le chancelier de l'Echiquier, M. Lloyd George, promoteur de la loi, a conçu sa réalisation. Nous tenons ces détails de l'inlassable complaisance de notre distingué confrère et ami, M. Adolphe Smith, de *The Lancet*.

***

Une autorité centrale instaurée au nom du Trésor par le Chancelier de l'Echiquier, l'*Insurance Commissionner*, aurait la haute main dans l'application de la loi. Un comité consultatif pourrait lui être adjoint, comité constitué par un certain nombre de techniciens compétents, et surtout par les représentants des associations patronales et par les délégués des sociétés mutuelles approuvées. Notons qu'en Angleterre une société ne peut obtenir l'approbation que lorsqu'elle comprend plus de 10.000 membres et qu'elle offre en garantie des réserves financières jugées suffisantes.

Mais cette autorité centrale doublée de son Comité consultatif céderait le pas, dans l'application pratique de la loi, au Comité local de santé (*Local Health Committer*). Ce dernier, qui serait formé dans chaque district, comprendrait de 9 à 18 membres. D'après le projet de loi, un tiers de ce comité serait nommé par les municipalités du district, et formé de conseillers municipaux ou de leurs délégués. Un second tiers serait désigné par les mutualités. Le troisième tiers serait élu par les assurés non mutualistes. En outre, l'autorité centrale (*Insurance Commissionner*) aurait le droit d'adjoindre au comité local des membres supplémentaires, sans que cependant le nombre de ces derniers excédât le quart des membres de tout le comité, et parmi eux seraient obligatoirement désignés deux médecins.

Les fonctions de ce comité local, prévues par le projet de loi, donnent une idée du rôle important qu'il serait appelé à jouer. Il devrait remplir à lui seul tout un programme d'hygiène sociale, à savoir :

Surveiller et contrôler tout ce qui concerne la santé publique ;

Organiser des conférences populaires sur l'hygiène et sur la tempérance ;

Administrer les sanatoriums dont la fondation est prévue par la loi.

Son rôle de contrôle sanitaire, indiqué d'ailleurs par sa dénomination, serait considérable. Si, par exemple, un excès de morbidité était jamais constaté par le comité local de santé dans son district, il aurait le devoir d'en rechercher la cause, et cette cause solidement établie, il pourrait attaquer devant les tribunaux les personnalités responsables de cet état de choses : patrons d'usines mal installées, autorités locales négligentes, compagnies des Eaux des Villes distribuant des eaux polluées, propriétaires louant aux travailleurs des logements malsains, etc., et exiger de grosses indemnités de ces responsables. Le projet de loi prévoit les sommes nécessaires au bon fonctionnement de ce comité local et lui alloue quelques centimes par assujetti à l'assurance.

Ce projet de loi est d'ailleurs nettement rédigé dans un but d'amélioration sociale de la classe laborieuse.

Son article 51, par exemple, suspendrait, en cas de maladie, l'expulsion d'un locataire qui ne pourrait payer son loyer, jusqu'au quatorzième jour qui suivrait la guérison dûment constatée. Cette suspension ne pourrait excéder six mois, mais le juge du district aurait le droit de l'étendre jusqu'à douze mois. Cette disposition provoque les plus vives protestations dans le camp des propriétaires et fait craindre dans d'autres milieux que les vieillards, les infirmes et les débiles n'éprouvent, avec pareille législation, de réelles difficultés à trouver une habitation.

En ce qui concerne l'assurance contre le chômage, le projet de loi propose une expérience avant de l'étendre à tous les travailleurs. Cette expérience porterait sur cinq grands groupements professionnels : les ouvriers du bâtiment, ceux des grandes entreprises de travaux publics, les travailleurs des constructions na-

(1) Voir *Concours médical* du 2 juillet 1911, nº 27 : *Le réveil de la profession médicale en Grande-Bretagne.*

vales, les ouvriers mécaniciens, y compris ceux des fabriques d'armes, et enfin tous les employés des entreprises de transport. L'ouvrier ne pourrait bénéficier de l'assurance avant d'avoir contribué régulièrement durant six mois à la Caisse de chômage. En cas de grève, l'ouvrier n'aurait droit à aucune indemnité, s'il s'était mis lui-même volontairement en grève, mais il conserverait son droit à l'assurance si, au cours d'une grève, il ne pouvait trouver de travail sans être obligé de remplacer un camarade gréviste.

Dans des cas exceptionnels, le Trésor serait autorisé à disposer de trois millions de livres st. (en francs, 75 millions) sans avoir recours à un vote du Parlement.

Les frais de cette assurance seraient couverts par une triple contribution égale pour les trois genres de contribuables : ouvriers, patrons, Etat. Cette contribution n'excéderait pas 0 fr. 35 par semaine. L'ouvrier qui aurait payé 500 semaines et aurait 60 ans d'âge, pourrait réclamer la balance de son compte. Les sommes par lui versées lui seraient remises majorées des intérêts composés de ces sommes calculés à 2 1/2 pour cent.

Telles sont les principales dispositions du projet de loi du gouvernement britannique sur les assurances sociales, projet de loi auquel il est difficile de refuser une tendance nettement socialiste, et qui, s'il était voté par le Parlement et appliqué, amènerait une transformation économique profonde dans la société anglaise et surtout dans le corps médical, transformation qui ne tarderait pas à s'étendre peut-être à l'Europe et certainement, avant peu, à notre pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Professeur Kirmisson.

Traitement chirurgical de la paralysie infantile.

Je vous ai fait, il y a quelque temps, une leçon sur la symptomatologie de la paralysie infantile. J'ai saisi l'occasion que nous fournissaient trois malades du service pour vous montrer le tableau comparatif de la paralysie infantile, de l'hémiplégie infantile et de la maladie de Little. Je veux consacrer ma leçon d'aujourd'hui au traitement de la paralysie infantile, et ceci à propos d'une jeune fille que vous m'avez vu opérer tout à l'heure.

L'histoire de cette malade est classique. C'est une domestique âgée de 18 ans. Comme elle se présentait dernièrement à l'Hôtel-Dieu pour y demander des chaussures orthopédiques, je lui ai fait remarquer qu'il serait plus sage d'entrer d'abord à l'hôpital, de faire redresser son pied et de prendre des chaussures orthopédiques après. Nous l'avons donc reçue dans nos salles. Son affection remonterait à une période très rapprochée de la naissance. Ses parents disent que, au moment où elle a commencé à marcher (vers l'âge de un an), elle boitait. Il s'agirait donc d'une paralysie infantile ayant débuté dans le tout jeune âge, d'une façon obscure et sans grands symptômes. Je vous ai dit, déjà, qu'un tel fait n'était pas très rare. Il est des paralysies infantiles qui s'annoncent par une symptomatologie bruyante, à grand orchestre, faisant penser à la méningite. D'autres sont plus légères. D'autres aussi ont un début qui passe inaperçu. Notre malade rentre dans cette dernière catégorie. Quand nous l'avons examinée, nous avons constaté de l'atrophie du membre inférieur droit, du pied principalement et de la jambe. Le pied était en varus équin et l'on notait une abolition complète de tous ses mouvements. Le quadriceps était conservé ; la malade pouvait détacher le pied du plan du lit. On constatait l'existence de bourses séreuses dénotant, comme dans tous les cas de pied-bot, que la pression se faisait sur certains points. Le membre malade était peu raccourci, ce qui confirme ce que vous m'avez souvent entendu dire quant à la paralysie infantile : le raccourcissement y est, dans la plupart des cas, léger, 1, 2, 3 centimètres. Vous m'objecterez, je le sais, les exemples où le raccourcissement est très accusé et atteint 10, 12 centimètres, mais c'est là une éventualité exceptionnelle. Le faible raccourcissement habituel permet d'espérer qu'après correction de la déformation du pied le sujet marchera bien.

A propos de cette malade, je vais vous parler du traitement chirurgical de la paralysie infantile. Nous n'avons pas à nous occuper du traitement médical dont les résultats ne sont pas encore très satisfaisants d'ailleurs. Enregistrons simplement l'espoir que les recherches actuellement poursuivies sur cette question amèneront la découverte d'un médicament, d'un sérum effica-

ce ; ce serait d'autant plus à désirer que dans bien des cas les lésions de la paralysie infantile sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

Le traitement chirurgical de la paralysie infantile sera tout d'abord prophylactique. A quoi tiennent les déformations observées dans la paralysie infantile ? Aux troubles de nutrition, sans doute, mais beaucoup aussi à l'action de la pesanteur sur le membre et à la rupture de l'équilibre musculaire. On voit les membres tomber dans une position anormale et les muscles antagonistes aux muscles paralysés se rétracter. Or, pendant un certain temps, on peut corriger cette double cause. Chez notre jeune malade, par exemple, nous aurions pu redresser le pied et, au moyen d'un appareil, lutter contre la déformation. On retarde ainsi, tout au moins, la déformation et son étendue.

Lorsqu'on est en présence d'un cas comme celui d'aujourd'hui, on ne saurait plus parler ni de traitement médical, ni de traitement prophylactique. Quels moyens mettre alors en œuvre ? Il en est de 3 ordres : la ténotomie, la plastique tendineuse, et l'arthrodèse. Passons rapidement en revue ce qui, sur cette question, intéresse le praticien, c'est-à-dire les indications de ces diverses opérations.

La ténotomie, d'abord. Vous serez étonnés de voir les avis contradictoires émis sur la ténotomie, les uns la considérant comme une intervention désastreuse, qui supprime le seul muscle bon, restant au patient, les autres comme une excellente opération. La vérité est, naturellement, entre les deux opinions extrêmes. La ténotomie est une bonne opération, à condition d'être basée sur des indications précises. L'indication tient toute entière dans l'état des muscles antagonistes. Voilà un malade avec un équin varus. Les antagonistes sont les fléchisseurs du pied sur la jambe, c'est-à-dire le jambier antérieur, l'extenseur du gros orteil. Vous pouvez apprécier leur état en demandant au malade d'exécuter le mouvement qui leur est propre. Il ne réussit pas à exécuter ce mouvement, mais vous voyez à ce moment se dessiner sous la peau le tendon en contraction. L'examen électrique renseigne aussi sur l'état des muscles antagonistes. Ces muscles sont-ils bons, suffisants tout au moins, la ténotomie est excellente. La ténotomie basée sur des indications bien posées est une bonne opération. En matière de paralysie infantile, vous devrez souvent la pratiquer par dédoublement du tendon d'Achille, ce qui augmente la longueur du tendon de toute la hauteur du dédoublement. C'est une opération facile et excellente.

La ténotomie ne peut pas à elle seule corriger toutes les déformations. Aussi, dès 1881, Nicoladoni avait-il pensé faire une opération qui consistait à employer la force d'un muscle sain et à la substituer au muscle déficient. Cette opération, nommée transplantation tendineuse, a eu un certain retentissement. Malheureusement, les premières opérations n'ont pas donné de résultats probants et ont été suivies de récidives. L'idée fut reprise par différents chirurgiens. On transplanta l'extenseur propre du gros orteil sur le jambier. On se mit à transplanter furieusement. Comme les résultats ne répondaient pas toujours à l'attente des opérateurs, on a proposé plus. On a dit : il faut faire la transplantation musculo-tendineuse. On a sectionné le muscle et détourné une portion sur le muscle déficient, conservant l'autre portion pour ne pas annihiler la force du muscle transplanté. On est allé très loin dans cette voie. Un chirurgien est venu dire qu'il divisait l'extenseur du gros orteil en trois parties. Je me demande si cela est bien sérieux. Diviser le muscle extenseur du gros orteil d'un petit enfant en trois parties, étant donnée la minceur de ce muscle, est un véritable tour de force ! Pour ma part, je ne me charge pas de le faire et préfère le croire — ou ne pas le croire — que d'aller y voir.

Tandis qu'on proclamait les résultats merveilleux de ces opérations de transplantations tendineuses, une nouvelle modification était proposée, la désinsertion musculaire, que l'on a appelée transplantation périostique. Le muscle est désinséré et porté sur l'autre bord du pied. Comme il n'est pas très facile de faire passer un tendon du côté interne au côté externe, on a conseillé de le passer au travers l'espace interosseux. On y a ajouté la méthode dite des tendons de soie consistant à augmenter la longueur du tendon avec un fragment de soie.

Ce qui frappe quand on lit ces travaux, c'est la multiplicité des procédés opératoires recommandés. Des statistiques sur les résultats, il n'en existe pas. Je ne dis pas que la transplantation tendineuse soit une opération sans valeur, mais j'estime qu'il y a eu exagération. Si les résultats observés dans les différents pays ne sont pas semblables, c'est qu'on ne fait pas la même chose ou qu'il y a des illusions. L'opération pratiquée au sixième, huitième mois après le début de la maladie ne saurait nous servir de base. Nous connaissons la marche de la paralysie infantile. Au 6e, 8e mois, des muscles paralysés peuvent reprendre leurs fonctions. Avant d'intervenir avec le bistouri, il faut attendre que l'œuvre de la maladie soit définitive. Je ne puis certes pas conclure d'une façon absolue. Ce que je puis dire, c'est que, personnellement, je n'ai pas obtenu de bons résultats. J'estime qu'on a beaucoup exagéré les mérites de la transplantation tendineuse. De toutes façons, pour qu'elle soit applicable à la paralysie infantile, il est nécessaire que plusieurs groupes de muscles soient conservés, sinon on substituera une déformation à une autre.

Nous avons dans la chirurgie une excellente opération, une merveilleuse opération, que j'ai

pratiquée un grand nombre de fois depuis 1889. Elle ne m'a jamais donné aucun accident et elle m'a procuré des résultats toujours utiles, souvent parfaits. Cette opération, c'est l'arthrodèse, c'est-à-dire la soudure de l'articulation.

Les muscles sont les ligaments actifs des articulations. Quand ils sont paralysés, l'articulation est ballante. L'idée de l'arthrodèse est de souder cette articulation. Cette idée appartient à Albert, de Vienne, qui l'a réalisée pour la première fois en 1878. L'arthrodèse s'impose dans les cas comme celui de notre malade. La ballance du pied est son indication par excellence. Au membre supérieur, pour qui la mobilité est importante, l'immobilisation réalisée par l'arthrodèse rend les indications de celle-ci restreintes. Au membre inférieur, on désire surtout la stabilité, un membre sur lequel on puisse s'appuyer. Aussi, l'arthrodèse offre-t-elle tous ses avantages au pied et au genou. A la hanche, on s'y adressera dans quelques circonstances.

Vous m'avez vu faire ce matin une arthrodèse. J'ai toujours pratiqué l'enchevillement avec une cheville en ivoire. Je n'ai jamais eu d'accident. Jamais, la cheville n'a été éliminée.

Je conclus en disant que, dans le traitement chirurgical de la paralysie infantile, la ténotomie est une excellente opération pratiquée d'après ses indications, qu'on peut y ajouter la transplantation tendineuse, mais que dans les cas importants, la meilleure méthode, aussi excellente qu'exempte de dangers, est l'arthrodèse.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

La luxation congénitale de la hanche.

Dans une récente leçon clinique, publiée par la *Gazette médicale de Paris*, M. le Dr Calot, de Berck, a résumé comme suit, les notions indispensables à connaître sur la luxation congénitale de la hanche.

Au point de vue étiologique, on en est toujours réduit à des hypothèses.

S'agit-il d'un arrêt de développement, d'une malformation primitive du germe, d'une attitude vicieuse avec contracture musculaire ou d'une compression par le liquide amniotique pendant la vie intra-utérine ? Est-ce une lésion inflammatoire ou un traumatisme ?

Parmi toutes ces théories, l'arrêt de développement de la cavité cotyloïde, l'absence de parallélisme entre l'accroissement de la tête fémorale et du cotyle paraissent expliquer le mieux la luxation congénitale.

Cet arrêt de développement serait lui-même sous l'influence d'une lésion, d'ailleurs mal connue, du système nerveux central.

La luxation congénitale double se reconnaît au balancement existant pendant la marche, des deux côtés, à la saillie des deux trochanters et à leur situation au-dessus de la ligne ilio-ischiatique de Nélaton, à la brièveté des deux cuisses comparativement à la longueur des jambes, et enfin à la perception, des deux côtés, d'un vide, là où devraient se trouver des têtes fémorales, et à la présence perceptible de ces têtes un peu au-dessus et en dehors de leur place normale.

Il est important de bien retenir ce dernier signe donné par la palpation : c'est lui qui, joint aux commémoratifs, permet toujours de différencier la luxation congénitale de toutes les maladies avec lesquelles elle présente quelque analogie.

Une seule affection peut ressembler à la luxation congénitale, c'est la *coxa vara*, lésion rachitique du col du fémur. Cette lésion est généralement accompagnée d'autres signes du rachitisme ; de plus, on perçoit bien nettement par la palpation du triangle de Scarpa, la tête fémorale sous l'artère, tandis que dans la luxation, cette tête est perçue en dehors et au-dessus de l'artère.

Le diagnostic de la luxation congénitale doit être fait avec la paralysie infantile et avec la coxalgie commençante. Dans la paralysie infantile, les mouvements d'abduction au lieu d'être limités sont exagérés ; il y a laxité articulaire ; les muscles sont atrophiés dans toute l'étendue de la cuisse et même du membre inférieur ; enfin, la tête fémorale est à sa place, sous l'artère.

Dans la coxalgie commençante, il y a des douleurs spontanées et des douleurs à la palpation ; il y a de l'allongement du membre malade et non pas du raccourcissement comme dans la luxation.

Dès que le diagnostic est établi, le traitement qui s'impose, c'est la réduction immédiate précoce, comme s'il s'agissait d'une luxation traumatique de l'épaule ; car abandonnée à elle-même, la luxation s'aggrave d'année en année. C'est à 18 mois, 2 ans, au plus tard 3 ans, qu'il faut réduire la luxation congénitale de la hanche. La réduction se fait sous le chloroforme ; on malaxe et on assouplit les tissus mous péri-articulaires, on imprime à la cuisse des mouvements de circumduction en allant jusqu'à la limite normale dans chaque sens. La cuisse étant fléchie à angle droit, et la jambe repliée sous elle, on porte le genou en dehors progressivement, tandis qu'un aide immobilise le bassin par l'intermédiaire de la jambe saine repliée jusque sur le ventre.

Un deuxième aide, avec les pouces, malaxe les attaches supérieures des adducteurs pour les assouplir et les allonger (il n'est pas nécessaire de; les rompre chez les enfants de moins de 5 ans) on sent bientôt que le genou se laisse porter davantage en dehors, et, de plus en plus, et finalement l'abduction atteindra 90°.

Dès que ceci sera obtenu, l'on pourra procéder à la réduction proprement dite. Il est plusieurs manœuvres capables de donner la réduction une fois ou l'autre. Mais par dessus toutes les autres nous vous recommandons la manœuvre suivante qui est de beaucoup la meilleure et la plus sûre.

« Le sujet est couché « sui le-champ » du côté sain, la hanche malade en haut ; il est fixé solidement par un ou deux aides dans cette position.

« Un autre aide embrasse alors le membre malade au niveau du genou (la jambe repliée sous la cuisse) et fléchit la cuisse à angle droit sur le bassin, puis la porte en dedans et en bas de manière que le genou vienne presque au contact de la partie antérieure de la hanche saine ; enfin, il imprime à la cuisse un mouvement de rotation interne de 80° à 90°.

« Vous-même, à ce moment, allez sur la hanche malade à la recherche de la tête fémorale, qu'on trouve facilement dans la fesse un peu au-dessus de la ligne de Nélaton. Avec les pouces, vous pressez sur la tête d'arrière en avant, pour la conduire jusque dans le cotyle, tandis que l'aide tire la cuisse à lui et concourt puissamment, par cette traction, à amener la tête jusque dans la cavité.

« Ceci pourtant ne s'obtient pas tout de suite. Vous devez prolonger la manœuvre et insister souvent pendant 4, 5, 6 minutes, mais la réduction finit par être otenue de cette manière, pourvu, bien entendu, qu'il s'agisse d'enfants de moins de 5 à 7 ans, les seuls dont vous deviez entreprendre le traitement, vous, médecins non spécialistes.

« La rentrée de la tête dans le cotyle s'annonce par une sensation de dépression aux doigts, comme une touche de piano qui s'enfonce. Souvent se produit aussi un claquement qui rappelle celui que donne la réduction d'un déboitement traumatique.

« Voici donc la tête réduite. Mais on ne peut pas abandonner la cuisse dans cette attitude. La réduction ne se maintiendrait pas ainsi. Il faut, pour que le maintien persiste et pour que la cavité cotyloïde se creuse, que la cuisse soit portée en abduction.

« Lors donc que vous avez réduit, vous demandez à l'aide embrassant le genou de le porter progressivement de l'abduction actuelle à l'abduction forcée (c'est presque 180° à parcourir), et de transformer en même temps la rotation interne en une rotation externe de près de 90°.

« Quant à vous, pendant que s'opère cette translation de la cuisse, exécutée par l'aide, vous continuez à presser fortement sur la tête pour la plaquer contre le fond du cotyle et l'empêcher ainsi de déraper.

« *Diagnostic de la réduction.* — Pour savoir si la tête est rentrée, on a recours à une manœuvre capable de défaire la réduction.

« Pour ceci vous prenez le genou, maintenant placé, en abduction, et vous le ramenez en dedans petit à petit.

« A un moment donné, déclanchement brusque, avec claquement.

« C'est la tête qui est sortie, donc elle était rentrée. Ce claquement de la sortie est généralement plus brusque que celui de la rentrée.

« Vous referez ensuite la réduction en recourant à la même manœuvre que tout à l'heure ; la réduction s'obtient maintenant plus facilement que la première fois. Après quoi vous ramenez encore la cuisse dans la position déjà dite d'abduction et de rotation externe.

« *Le maintien de la réduction. — Position à donner à la cuisse.* — C'est dans cette abduction forcée ou plutôt un peu en deçà, dans une abduction de 70° à 80°, que vous fixerez la cuisse, la jambe repliée sous elle, à angle droit. Cette fixation se fait par un grand plâtre allant de l'ombilic aux orteils.

« *Le traitement qui suit l'intervention.* — Les suites opératoires sont très simples. Le premier plâtre est laissé en place deux mois et demi pendant lesquels l'enfant ne marche pas, bien entendu. On le couche sur un cadre permettant de le porter au dehors et de le faire vivre ainsi, au grand air du matin au soir. Après deux mois et demi, on enlève cet appareil et on change la position du membre.

« *Deuxième position. — Deuxième plâtre.* — On défait (avec ou sans anesthésie, au choix), l'abduction et la rotation externe de la cuisse, et on met l'axe de la jambe sur le prolongement de celui de la cuisse.

« Et, finalement, on donne au membre entier la position suivante :

« Flexion et abduction de 30 à 40° et rotation interne de 60 à 70°. Cette position est fixée par un deuxième grand plâtre qu'on laisse, comme le premier, deux mois et demi. Mais avec ce deuxième appareil, l'enfant peut déjà se tenir sur pieds et même il sera capable, avec l'appui de deux mains ou de deux bâtons, de faire quelques pas.

« Après ces deux mois et demi (cinq mois de plâtre en tout), on supprime l'appareil, on laisse l'enfant libre, mais, de nouveau au repos, pendant huit jours pendant lesquels on le baigne et on le masse sans jamais mobiliser ses jointures, car les mouvements vont revenir et doivent revenir tout seuls.

« L'enfant, dérouillé par ces huit ou quinze jours de liberté et de massages, sera mis sur pieds, et, deux ou trois jours après, autorisé à faire ses premiers pas.

« Il marche d'abord avec l'appui de deux mains soutenant les siennes, puis avec deux bâtons.

« Il marche deux heures par jour pendant un mois, puis toute la journée.

« La nuit, il est bon de le maintenir pendant encore trois ou quatre mois en une rotation interne bien franche, de 50° à 55° environ, au moyen de quelques bandes molles qui sauvegardent le maintien de la réduction.

« Les jambes se raffermissent peu à peu et après un an d'exercices, de marche et de massages, la boiterie aura disparu.

« Pour les luxations doubles le traitement est le même, d'une manière générale, que dans la luxation simple. On fait les deux réductions le même jour et l'on conduit les deux traitements en même temps. Et finalement les résultats sont aussi bons dans la luxation double que dans la luxation simple.

« Ce qui importe par dessus tout, c'est l'âge de l'enfant. La guérison s'obtient d'une manière constante, peut-on dire, jusqu'à 7 ou 8 ans dans

la luxation double, et jusqu'à 12 ans dans la luxation simple, quelquefois même 14 et 15 ans ; on l'a même obtenue quelquefois chez des sujets de plus de 20 ans.

Et les guérisons sont à ce point parfaites, presque toujours, qu'il devient impossible, après un deux ou trois ans, en voyant marcher ces enfants, de soupçonner leur infirmité ancienne.

Le traitement des rétentions placentaires post-abortives.

M. le Dr Etienne LAMOUREUX, de Meaux, a étudié dans sa thèse, l'historique du traitement des rétentions placentaires post-abortives. Après avoir montré la médiocrité des résultats obtenus avant le XIXe siècle à cause de l'ignorance de l'antisepsie, il insiste sur les procédés recommandés aujourd'hui. De même que Varnier, il proclame que toutes les fois qu'une femme qui a fait un avortement n'a pas de suites de couches absolument physiologiques, mais présente dans les jours ou dans les semaines qui suivent une élévation de température, on doit penser à la rétention d'une partie ou de la totalité de l'arrière-faix et pratiquer sans tarder l'exploration intra-utérine digitale et le nettoyage de la cavité s'il y a lieu.

Il termine en citant les paroles de M. le Dr QUEIREL, partisan convaincu du curage digital. « Dans ma leçon, dit le professeur, il n'a pas été question de curette, ni de curettage. Ce n'est pas un oubli. J'ai commencé moi-même par la pratique de la curette. J'ai suivi le mouvement, et c'est après avoir reconnu les dangers de cet instrument que je l'ai abandonné.

Le plus grand de tous est de perforer l'utérus ; le plus fréquent, de rouvrir la porte à l'infection. Il est de fait que le doigt a une délicatesse d'appréciation que la curette ne peut remplacer. Ou l'on appréhende d'intéresser la paroi utérine et l'on ne va pas assez profondément, ou l'on dépasse le but et dans les deux cas le résultat ne répond pas à l'attente de l'opérateur. Le passage de la curette dans un utérus renfermant un placenta peut ne pas donner la sensation de la présence de celui-ci ; je vous citerai le cas de Tarnier où, après avoir raclé, lavé, cautérisé avec du perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir un fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres, qui, malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine ».

Tuberculose pulmonaire des vieillards.

Autrefois, l'opinion publique était assez affirmative pour prétendre qu'à moins de diabète, les vieillards n'avaient plus à craindre les atteintes de la tuberculose. C'était une singulière erreur. Encore récemment, dans une thèse soutenue à Paris, M. le Dr Charles LE COZ, a prouvé que les vieillards peuvent malheureusement être atteints de tuberculose pulmonaire tout comme les jeunes. Voici ses conclusions :

La tuberculose pulmonaire est extrêmement fréquente dans la vieillesse. Sur 100 autopsies de vieillards, ayant succombé dans les hospices ou asiles, on trouve plus de 75 % de sujets présentant des lésions tuberculeuses. Si dans 3/5 des cas, il ne s'agit que de lésions cicatricielles, reliquat d'une tuberculose ancienne guérie ; dans 2/5 des cas, au contraire, on constate des lésions en activité plus ou moins étendues, et chez 20 % des vieillards autopsiés, la mort relève, sans doute possible, de cette tuberculose pulmonaire.

Cliniquement, la tuberculose des vieillards évolue sous deux formes bien distinctes :

1° Une forme aiguë (granulie généralisée ou localisée, broncho-pneumonie, pleurésie), amenant la mort en quelques jours, en quelques semaines et évoluant, tantôt avec une symptomatologie plus ou moins voisine de celle qu'on observe chez l'adulte ; tantôt et le plus souvent, avec un caractère de latence accusé qui en fait, dans un grand nombre de cas, une trouvaille d'autopsie.

2° Une forme chronique dans laquelle les manifestations cliniques et le type évolutif peuvent aller de la latence absolue à la forme classique ulcéreuse, de tous points semblable à celle de l'adulte.

Le diagnostic de la tuberculose du vieillard est, de façon générale, fort difficile. L'intra-dermoréaction à la tuberculine, par le procédé de Mantoux, permet de diagnostiquer, presque à coup sûr, si le sujet a été touché à un moment quelconque de son existence par un processus bacillaire ; et en fait, elle se montre positive chez 82,50 % des vieillards examinés. Mais elle ne permet pas de dire s'il s'agit de lésions en activité ou d'un reliquat de lésions cicatrisées. Les seules données de l'examen clinique sont insuffisantes et, seuls, les renseignements fournis par les méthodes de laboratoire, recherche des bacilles, examen cytologique des épanchements, inoculations des liquides pathologiques peuvent, dans un certain nombre de cas, permettre de déceler la phtisie sénile.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sénile est d'une très grande importance, car les vieux tuberculeux, lorsqu'ils sont considérés, ce qui est le cas le plus fréquent, comme atteints de catarrhe chronique des bronches, constituent pour leur entourage familial ou hospitalier de très redoutables agents de dissémination des bacilles tuberculeux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement de la constipation habituelle. — Traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek. — Coma diabétique guéri par les injections alcalines. — La pomme de terre dans le diabète. — Action du 606 sur la lymphocytose tabétique.

M. FERNET fait, à l'*Académie de médecine,* une communication sur le *traitement de la constipation habituelle par la gymnastique abdomino-rectale.*

L'auteur pense que la constipation habituelle



est due le plus souvent à une paresse du rectum, causée et entretenue, dans le plus grand nombre des cas, par le défaut d'éducation de l'intestin, par la négligence du précepte qui impose le devoir de débarrasser chaque jour l'intestin de ses déchets.

Pour lutter contre la constipation habituelle, M. Fernet conseille une gymnastique abdomino-rectale ainsi réglée : dès le matin au réveil, avant le lever et étant encore couché sur le dos, faire lentement, par le nez et la bouche close, cinq ou six mouvements d'inspiration profonde exclusivement diaphragmatique, chaque mouvement produisant un soulèvement étendu de la paroi abdominale, suivi, dans l'expiration, d'un retrait complet de cette paroi. Après quelques moments de repos avec respiration naturelle, recommencer une nouvelle série, et ainsi de suite à quatre ou cinq reprises. Cette gymnastique respiratoire met en jeu le diaphragme et les muscles de la paroi abdominale et a pour effet de produire un massage de tous les organes contenus dans le ventre.

Comme adjuvant de la gymnastique diaphragmatique, il est avantageux de pratiquer avec les mains appliquées sur le ventre un léger massage des intestins et surtout du gros intestin.

Après ces manœuvres, viennent le lever et le petit déjeuner. Après celui-ci, qui sera pris lentement, se présenter à la garde-robe.

Si la défécation n'est pas spontanée, on recommence les mouvements de gymnastique respiratoire, aidés cette fois de gymnastique rectale, qui consiste tout simplement en mouvements volontaires de l'anus. Tout cela doit se passer sans effort. Au cas d'insuccès, recourir aux lavements et aux suppositoires jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat de la gymnastique abdomino-rectale.

M. Monod conseille d'aider la gymnastique en question en utilisant la position accroupie pour aller à la garde-robe. La position accroupie est la position naturelle. Avec elle, non seulement l'effort porte mieux, mais encore, les orifices inguinaux étant ainsi forcément fermés, les risques de provoquer une hernie d'effort sont moindres.

M. Gariel s'associe aux observations de M. Monod. Il est convaincu que la position accroupie est préférable à la station assise pour faciliter la défécation. Les inconvénients de la station assise sont d'autant plus marqués que le siège est plus élevé au-dessus du sol. Les cuvettes siphonnées, que l'on emploie depuis quelques années, exigeant une certaine hauteur, on pourrait y parer en plaçant au-devant du siège une marche dont on déterminerait l'élèvement de façon à remplacer la station franchement assise par une autre se rapprochant plus ou moins de la position accroupie.

MM. Pinard et Fernet voudraient que cette éducation des fonctions de défécation soit faite, dès le jeune âge, par les parents.

— M. Albert Robin présente à l'*Académie de médecine* un travail de M. Mongour (de Bordeaux) intitulé : *Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmoreck.*

M. Mongour conclut que la sérothérapie antituberculeuse par le sérum de Marmoreck constitue une médication puissante, surtout pour combattre les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire, à la condition d'être suffisamment prolongée. Les traitements d'une durée trop courte ne peuvent que jeter le discrédit sur la méthode.

M. Robin a eu l'occasion d'employer le sérum de Marmoreck dans nombre de cas de tuberculose pulmonaire aiguë et ce qu'il a vu confirme le dire de M. Mongour. Dans la tuberculose pulmonaire chronique du type fibreux, chez les individus résistants, il a observé souvent une augmentation de poids et un remontement de l'état général.

— MM. Marcel Labbé et Pierre Carrié rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *coma diabétique guéri par les injections intra-veineuses de bicarbonate de soude.*

On admet, aujourd'hui, que le coma diabétique est en rapport avec une intoxication acide de l'organisme, la qualité des acides retenus dans l'organisme jouant, il est vrai, un rôle au même titre que la quantité.

A l'intoxication acide du coma diabétique, on a opposé le traitement par les alcalins à haute dose. Lorsque le coma n'est qu'à la phase prémonitoire, lorsque l'acidose ne se traduit encore que par de la somnolence, des vertiges, de la céphalée, des troubles respiratoires, la guérison est assez facilement obtenue, pourvu que l'on emploie le bicarbonate de soude, non plus avec timidité mais à doses élevées.

Quand le malade est déjà plongé dans le coma, la guérison est beaucoup plus difficile. Le bilan des cas heureux n'est pas, jusqu'à ce jour, très chargé et le coma diabétique est considéré comme presque toujours fatal. MM. M. Labbé et Carrié ont eu l'occasion de faire sortir, à deux reprises, de coma confirmé, grâce à des injections intraveineuses de bicarbonate de soude, un diabétique qui est encore en vie aujourd'hui, plus de cinq mois après. Les injections ont été de 500 centim. cubes d'une solution de bicarbonate de soude à 3 p. 100, et on y a associé l'ingestion de 60 gr. de bicarbonate de soude.

Les injections alcalines intra-vasculaires représentent le traitement le plus efficace de l'acidose diabétique. Injecté dans le sang, le bicarbonate de soude n'a pas besoin d'être employé en quantités aussi fortes que par la bouche et l'on sait, d'ailleurs, les difficultés de la voie digestive (vomissements, diarrhée). Les hésitations du médecin qui ne commence pas assez tôt le traitement ou qui n'use pas de doses assez élevées sont une des raisons des échecs. Il faut saisir la menace de coma chez un diabétique et agir vite. On interviendra dès qu'apparaît un symptôme inquiétant, somnolence, vertiges, céphalée, vomissements insolites, respiration suspirieuse, etc.

— M. Faucher, dans une note présentée par M. Galliard à la *Société médicale des hôpitaux*, revient sur la question des *pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques.*

L'auteur adopte l'opinion de M. Rathery, pour

qui les pommes de terre sont un aliment dont l'administration doit être surveillée chez tout diabétique, leur emploi pouvant avoir souvent des inconvénients.

La divergence d'opinions émises au sujet de la pomme de terre tient, d'après M. Faucher, à la différence qui existe entre les pommes de terre de maturité dissemblable. La pomme de terre nouvelle est presque un légume vert. Les grains de fécule n'y sont pas encore développés. On peut en permettre l'usage discret aux malades, sans inconvénient. Un diabétique, soigné par l'auteur, lui disait : « Je suis fabricant d'amidon et je le retire des pommes de terre. Je dois toujours faire cet examen avant d'en acheter : quand la maturité n'est pas complète, je n'y trouverais pas mon compte, et le rendement serait désastreux ».

Il est probable, dit M. Faucher, que les auteurs qui ont écrit que la pomme de terre n'augmentait pas le chiffre du sucre chez le diabétique ont observé des malades à l'époque des primeurs, alors que la pomme de terre n'est pas, selon l'expression des cuisinières, encore farineuse.

— M. Henri Dufour communique à la *Société médicale des hôpitaux* une observation relative à l'*action du* « 606 » *sur la lymphocytose rachidienne des tabétiques*.

Une femme tabétique fut traitée par la médication mercurielle, puis par le « 606 ». La lymphocytose rachidienne ne diminua pas d'une façon sensible. M. Dufour n'en déduit pas qu'il est inutile de traiter les tabétiques par les médicaments spécifiques. Il est, au contraire, persuadé qu'ils retirent un bénéfice du traitement ; mais, jusqu'à présent, ce bénéfice ne semble pas se mesurer à la teneur en lymphocytes du liquide céphalorachidien.

P.-L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'accès de migraine simple

En présence d'un accès violent immobilisant de façon absolue le sujet qui en est atteint, l'usage des calmants est légitime, mais, quel qu'il soit, le traitement ne réussira qu'à condition d'être institué de bonne heure, avant les premières nausées, si possible.

Il est d'abord toute une série de *prescriptions générales* que le malade doit suivre s'il veut être soulagé ; ainsi il importe :

1° De garder le repos absolu ;

2° D'éviter soigneusement toutes les causes d'excitation physique, sensorielle ou morale ;

3° De rester dans l'obscurité ;

4° De garder la tête élevée ;

5° De se contenter comme nourriture d'un peu de café noir.

Comme *traitement local*, on pourra appliquer une serviette éponge très chaude enveloppant toute la tête ou bien des compresses d'eau froide souvent renouvelées ou des compresses d'eau sédative coupées à 1/10, ou faire des onctions avec la pommade suivante :

Salène...	} ââ 5 gr.
Chloroforme...	
Menthol...	
Diadermine...	40 gr.

On pourra aussi faire des pulvérisations d'éther ou de chloréthyle, des frictions de crayon antimigraineux, des massages de la tempe, de la faradisation ou de la galvanisation.

La méthode vibratoire (diapason) de Boudet est aussi très recommandable, mais il faut s'abstenir de pratiquer la compression carotidienne qui est un moyen aujourd'hui universellement condamné.

L'inconvénient de tous ces traitements réside dans ce fait qu'ils n'ont tous qu'une action momentanée. Il est donc nécessaire de prescrire en même temps que le traitement local un *traitement général*.

Traitement général.

L'antipyrine constitue sans aucun doute le meilleur médicament. On peut la prendre en cachets :

Antipyrine... 0,50 cent.

pour 1 cachet à prendre de 1/2 heure en 1/2 heure sans dépasser le nombre de 4.

Ne jamais oublier d'ajouter le bicarbonate de soude pour empêcher l'action irritante de l'antipyrine sur l'estomac et pour prévenir ses fâcheux effets sur la diurèse. On peut aussi prescrire l'antipyrine dans l'eau de Vichy ou de Vals additionnée de kirsch. En cas d'intolérance gastrique, on la prescrit en lavement à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 c. En raison de ses effets chez certaines personnes (cœur, collapsus ; rein, anurie ; peau, urticaires, éruptions), l'antipyrine peut dans certains cas être interdite. On donne alors le pyramidon 0,50 c. à 1 gr. ou la phénacétine 0, 50 c. à 1 gr. par cachet de 0,25 c. ou bien l'acétanilide (2 à 4 cachets de 0, 20 c.)

La caféine est un très bon remède et compte aussi de nombreux partisans.

Elle se prescrit en cachets à la dose de 0,50 c. à 0,75 c. ou en potion.

Caféine...	} ââ 14 gr.
Benzoate de soude...	
Eau de menthe...	250 cc.

(Hirtz.)

Une cuillerée à café (0, 25 c. de caféine) toutes les deux heures, jusqu'à 3 ou 4 cuillerées ou encore en injection suivant la formule du Codex.

Le paullinia, 0,50 c. de poudre, deux à trois fois par jour, a également ses adeptes.

Le citrophène par cachets de 0, 50 c. de deux heures en deux heures, jusqu'à 4, réussit bien dans nombre de cas.

L'exalgine, en raison des accidents qu'elle peut causer, est à déconseiller.

Au lieu d'employer séparément l'un ou l'autre de ces médicaments, beaucoup de médecins

préfèrent les employer associés en diverses proportions.

Voici quelques formules les plus usitées :

Antipyrine	0,50 c.
Bicarbonate de soude	0,25 c.
Valérianate de caféine	0,05 c.

Un cachet répété au bout d'une heure si la douleur persiste.

Antipyrine	0,50 c.
Bicarbonate de soude	0,25 c.
Citrate de caféine	0,10 c.
Sulfate de spartéine	0,02 c.

Deux à quatre cachets.

Antipyrine	0,50 c.
Bicarbonate de soude	0,25 c.
Chlorhydrate de quinine	0,10 c.
Valérianate de caféine	0,02 c.

2 à 3 cachets.

Dr P. SIGURET,
de Saint-Nectaire.

PÉDIATRIE

Du choix d'une station thermale pour les enfants.

Une cure dans une station thermale est parfois indiquée chez les enfants ; tous les médecins qui se sont plus spécialement occupés de médecine infantile sont d'accord sur ce point ; on peut et on doit envoyer les enfants aux eaux thermales, lorsqu'il y a indication. Cependant, il ne faut pas leur faire suivre un traitement thermal avant l'âge de 8 ou 10 ans, car, plus tôt le médecin consultant a beaucoup de peine à être obéi docilement et d'autre part, l'hygiène alimentaire est plus difficilement observée que dans la famille (les jeunes sujets s'accommodant mal du séjour dans les hôtels et de l'alimentation de table d'hôte) (1).

A quelles stations faut-il envoyer les enfants ? Nous allons, dans ce très court aperçu, noter, par lettre alphabétique, les principales affections propres à l'enfance et à l'adolescence, avec, en regard, les stations thermales de France susceptibles de les améliorer.

1° *Adénopathie.* — S'il y a du catarrhe bronchique très accusé, on enverra les jeunes malades à la Bourboule, au Mont-Dore (J. Simon, Joal, Comby). Guéneau de Mussy recommande Challes, les Eaux-Bonnes, Salies.

2° *Albuminurie.* — Les eaux de St-Nectaire, bien spécialisées dans le traitement de cette affection, produiront les meilleurs résultats. Chez les jeunes malades, arthritiques et uricémiques, Comby recommande Royat, Vichy, Vals.

3° *Anémie et chlorose.* — Les jeunes chlorotiques se trouvent bien des eaux arsenicales et chlorurées sodiques : La Bourboule, Le Mont-Dore, Salins, Salies-de-Béarn, etc. Aux anémiques francs et pouvant supporter le fer : Orezza, Bussang, Châteauneuf, Forges, etc. (Hayem).

(1) Cette affirmation est en désaccord avec les conclusions de l'article du Dr de Ribier paru dans le dernier numéro. (N. D. L. R.)

4° *Arthritisme.* — Les jeunes rhumatisants peuvent être envoyés aux eaux s'ils n'ont pas de poussées aiguës ou de complications cardiaques. Les eaux chlorurées sodiques chaudes d'Aix-en-Savoie, de Bourbonne, de Bourbon-Lancy, de Bourbon-l'Archambault, conviennent assez bien à ces malades, ou encore les stations sulfureuses de montagne (Cauterets, Luchon). Si les enfants sont de plus nerveux et excitables, on les enverra de préférence à Néris ou à Luxeuil.

5° *Bronchite chronique et maladies des voies respiratoires en général.* — Le coryza chronique, l'ozène, les catarrhes chroniques, naso-pharyngiens seront traités à Challes ou à Uriage. Les laryngites et bronchites chroniques sont amendées à Luchon, Cauterets, Saint-Sauveur, Allevard, Enghien, St-Honoré. S'il s'y joint de l'asthme ou de l'emphysème, on choisira de préférence La Bourboule, Royat, le Mont-Dore.

Dans la tuberculose pulmonaire, la cure hydrominérale agit surtout chez les prédisposés et chez les tuberculeux très peu atteints : dans ce cas, les eaux chlorurées sodiques, arsenicales et ferrugineuses trouvent leur indication. La cure hydrominérale à la station est encore indiquée chez les enfants atteints de tuberculose pulmonaire peu accentuée, chronique, apyrétique, non congestive, à condition que le larynx et l'intestin soient indemnes de lésions tuberculeuses. Chez les tout jeunes malades de cette catégorie (8 à 10 ans), on conseillera Challes, Allevard, St-Honoré, La Bourboule ; aux adolescents, on pourra recommander le Mont-Dore, les Eaux-Bonnes, Cauterets, Luchon (Lesné, *La Clinique*, 1er octobre 1909).

6° *Colique hépatique.* — On l'observe rarement chez les enfants ; on enverra à Vichy ou, si cette station paraît débilitante, à Pougues (Comby). Les eaux chlorurées magnésiennes de Châtel-Guyon se recommandent aussi aux enfants arthritiques.

7° *Chorée.* — Dans les cas rebelles, on enverra à Néris, La Malou, Bagnères-de-Bigorre, Bourbon-Lancy, Aix (Charcot, Landouzy, Comby).

8° *Dermatoses (eczéma, lichen,* etc.) — En dehors des poussées aiguës, on recommandera Uriage, St-Gervais ou Allevard ; La Bourboule, si l'enfant est anémié, les eaux sulfureuses d'Aix, Luchon, Cauterets, St-Sauveur, Molitg, s'il y en a même temps du rhumatisme.

Dans les dermatoses chroniques qui produisent un certain degré d'irritabilité nerveuse, les eaux radio-actives de Plombières et de Néris donneront aussi de bons résultats (Lesné).

9° *Dysménorrhée.* — Chez les fillettes arrivées à l'âge de la puberté et dont les règles sont parfois douloureuses, on s'adressera aux eaux chlorurées arsenicales (La Bourboule), ou ferrugineuses : Orezza, Forges, Châteauneuf d'Auvergne. Lorsque l'élément nerveux sera prédominant, on choisira Néris, Plombières, Luxeuil.

10° *Entérite, gastro-entérite et maladies du tube digestif en général.* — Les eaux de Vichy, Pougues, Royat, conviennent bien aux enfants souffrant du tube digestif ; Châtel-Guyon, si les enfants sont constipés ou entériteux avec ou

sans mucomembranes ; Plombières et Néris dans les entérites douloureuses et spasmodiques (G. Lyon, *Clinique thérapeutique.*) Le Dr Lesné fait remarquer très judicieusement que la diététique joue un rôle prépondérant dans les affections du tube digestif chez les enfants, et que cette diététique ne pourrait être remplacée par une cure hydrominérale quelle qu'elle soit : « Mieux vaudrait, dit-il, sacrifier celle-ci que de l'adopter à l'exclusion d'un régime alimentaire approprié ».

11° *Névroses.* — Dans l'épilepsie, les différentes cures hydrominérales qu'on a préconisées ne semblent pas avoir donné, jusqu'à présent, des résultats satisfaisants.

Aux jeunes hystériques, Charcot conseillait Néris, La Malou, Divonne, Bagnères-de-Bigorre.

La neurasthénie, qu'on observe assez fréquemment dans la seconde enfance (surmenage scolaire, abus des sports, auto-intoxication, scarlatine, rougeole, typhoïde, etc.)., sera traitée à Divonne, La Bourboule, Châtel-Guyon, si les jeunes malades sont déprimés ; si au contraire, ils présentent de l'éréthisme nerveux, on les enverra de préférence à Néris, Plombières, Luxeuil, La Malou.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par ce rapide exposé, les stations d'enfants ne manquent pas en France ; le médecin traitant n'a que l'embarras du choix pour conseiller une cure hydrominérale appropriée à tous ces enfants anémiques, aux bronches sensibles, aux intestins délicats, à toutes ces générations nouvelles d'enfants, issus de neuro-arthritiques, de névropathes, dont l'irritabilité, dont l'impondération, dont l'instabilité fonctionnelle ne trahissent que trop tôt, et à propos de trop d'événements accidentels (dentition, fièvres éruptives, allongement de la taille, alimentation intempestive, surmenage d'éducation, etc.), la tare originelle (Landouzy). Dr Ducros (Néris-les-Bains.)

Petite correspondance médicale pratique

Comment peut-on huiler proprement une sonde ?

Un de nos confrères nous a posé la question ci-dessus :

Nous empruntons pour lui répondre un court article du Dr Savariaud, chirurgien des Hôpitaux de Paris, au *Journal de Médecine de Paris* :

Le meilleur moyen de lubrifier les sondes consiste à les plonger dans l'huile, substance toujours liquide à la température des appartements et de plus facilement stérilisable et aussi facilement miscible aux différents antiseptiques. Mais la difficulté commence lorsqu'on veut enduire la sonde et qu'on ne dispose que d'une petite quantité d'huile ainsi que c'est le cas ordinaire.

Le moyen le plus simple, semble-t-il, consiste à plonger le bec de la sonde dans le flacon et d'incliner la sonde de façon qu'une goutte d'huile coule jusqu'au pavillon. Mais la goutte ne suivra que la paroi inférieure de la sonde, c'est-à-dire que les trois quarts environ de celle-ci ne seront pas lubréfiés par l'huile. Il est vrai qu'on peut alors, avec les doigts préalablement purifiés ou avec une compresse aseptique, frotter toute la périphérie de la sonde, mais le graissage ainsi fait est à la fois parcimonieux et peu rapide, surtout s'il faut graisser un grand nombre de sondes.

Dans les hôpitaux et cliniques on remplit d'huile stérilisée des tubes à essai reposant sur un pied ou contenus dans un vase *ad hoc*, mais il n'y faut guère songer à domicile. Le tube non maintenu se renverse, et de plus on n'en a généralement pas sous la main, tandis qu'on a toujours une bouteille d'un litre.

Mais, direz-vous, comment remplir jusqu'au goulot votre litre avec quelques centimètres cubes d'huile stérilisée ? C'est bien simple, remplissez d'abord d'eau bouillie ou boriquée la bouteille en question, ajoutez votre huile qui surnage et vous aurez ainsi résolu le problème. La bouteille est fixe, ne risque pas de se renverser et, si elle est remplie de nitrate au millième, vous pouvez y conserver antiseptiquement vos sondes.

THÉRAPEUTIQUE

Comment il faut administrer le fer (1),

Par le Dr Marcel Moreux.

La médication martiale a toujours joui, auprès des cliniciens, de la plus grande faveur, et il n'est guère que Bunge qui soit resté un adversaire irréductible des préparations ferrugineuses dans le traitement des anémies. Les rares hostilités que rencontre la méthode s'expliquent. « Lorsque, dans certains cas, dit le Professeur Hayem, après avoir essayé nombre de préparations martiales sans obtenir de résultats, on déclare, de guerre lasse, l'inutilité du fer, c'est qu'on a passé à côté de la bonne préparation, de sorte que le cas prétendu incurable peut être guéri en quelques semaines par un autre médecin faisant appel à une préparation ferrugineuse non encore utilisée ». C'est dire que, tant vaut la préparation ferrugineuse employée, tant vaudront les résultats obtenus.

Pendant longtemps, sous l'influence de considérations d'ordre théorique, on préconisa le protochlorure de fer, puis les sels de fer à acide organique ; d'autres donnèrent la préférence aux sels ferreux, aux associations arsenico-ferrugineuses.

Sous l'influence des idées de Bunge, qui niait, après Cl. Bernard, l'absorption du fer médicamenteux mais admettait celle du fer qui se trouve dans les aliments à l'état organique, la vogue est venue aux composés ferrugineux organiques naturels, tels que hémoglobine, hémazone, hématogène, nucléinate de fer (Martinet). MM. Gilbert et Lereboullet ont préconisé le cacodylate

(1) In *Archives de Médecine et de Chirurgie infantile*, 1er juin 1911.

de fer en injections hypodermiques. Enfin, dans ces dernières années, on a vanté le peptonate et l'albuminate de fer, le glycérophosphate de fer.

Mais la pratique n'a pas confirmé les espérances que donnaient théoriquement la plupart de ces préparations. Les préparations d'hémoglobine, en particulier, sont assez altérables, de composition variable et, par suite, de préparation et de conservation difficiles : aussi ne peut-on que souscrire aux conclusions de Cherardini concernant l'inefficacité de l'hémoglobine et des préparations qui en dérivent (G. Lyon).

Parmi toutes les préparations, Rabuteau et Hayem préfèrent les protosels ou les sels solubles ou facilement solubilisés par le suc gastrique ; et, parmi ces protosels, presque tous les médecins, à la suite des travaux de Hayem, accordent sans conteste la préférence au protoxalate de fer. Mais encore faut-il savoir l'administrer correctement.

Tout d'abord, il faut savoir qu'il existe une incompatibilité chimique entre les sels de fer en solution et le tannin.

Il faut savoir, d'autre part, qu'un des effets secondaires de la médication martiale est la constipation, d'où la nécessité d'en corriger l'effet par l'association d'une substance laxative ; c'est ainsi qu'on associe souvent le protoxalate de fer à de la poudre de rhubarbe. Cette association n'annihile pas, comme on serait porté à le croire, les propriétés constipantes du fer : la rhubarbe, en effet, à côté d'oxyméthylanthraquinones purgatives, contient des tannoïdes astringents.

Enfin, le fer détermine assez facilement de la dyspepsie, et nous savons que fréquents sont les anémiques qui présentent en même temps des troubles dyspeptiques qui sont augmentés par la médication ou empêchent l'absorption du médicament.

C'est là une question capitale qui se pose chez tous les chlorotiques et qui nécessite l'adjonction à la médication ferrugineuse de médications adjuvantes qui doivent la précéder ou l'accompagner.

C'est ainsi que chez les hyperpeptiques, il faut, avant de prescrire le fer, traiter l'état gastrique par un régime bien compris, auquel on joindra une cure de Carlsbad artificielle (Hayem). Chez les hypopeptiques, il faut, au contraire, stimuler les sécrétions gastriques ou introduire dans l'estomac des acides qui compensent son hypoacidité.

Depuis longtemps, Hayem a conseillé, pour faciliter la digestion et l'absorption du protoxalate de fer, de prescrire simultanément l'acide chlorhydrique sous forme d'une solution à 1 %.

Acide chlorhydrique	2 gr.
Eau distillée....................	200 gr.

une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée, une demi-heure après les deux principaux repas, pendant lesquels sera pris le fer.

Mais un moyen plus actif et plus commode consiste dans l'addition au fer de petites quantités de phosphate de soude (G. Lyon). Si, en effet, le phosphate de soude pris à fortes doses a des effets sédatifs vis-à-vis des sécrétions gastriques, pris à petites doses, il est à la fois laxatif, tonique gastrique et stimulant nervin (Albert Robin) ; surtout il détermine une excitation du processus digestif qui se traduit par une augmentation de la sécrétion chlorée.

Enfin, Wolf a montré le rôle du phosphate de soude comme coenzyme, c'est-à-dire comme excitant étrangement les oxydations provoquées par un oxydase, sel ferreux, etc.

Ces diverses indications sont remplies par le Feroxal, dans lequel le protoxalate de fer est heureusement combiné aux phosphates alcalins et en particulier, au phosphate de soude, coenzyme précieux. Grâce à cette association, cette préparation est très active, et aussi bien supportée chez les dyspeptiques hyposécrétants que chez les anémiques ordinaires. Chez les premiers, qui sont généralement atteints de formes graves, elle rend possible la médication ferrugineuse ; chez les seconds, elle évite la production de la dyspepsie médicamenteuse hypopeptique. Elle réalise à la fois la médication spécifique de l'anémie et une médication gastrique inoffensive. Elle évite enfin la constipation et ajoute au fer son action tonique vis-à-vis du système nerveux.

Le Feroxal réalise tous les desiderata de la médication martiale ; il simplifie de beaucoup cette médication, en rendant inutiles tous les adjuvants thérapeutiques et correctifs. Il est de goût très agréable et de maniement facile ; chaque cuillerée à café correspond à 10 centigrammes de protoxalate de fer. On le prescrit de préférence au moment des repas ; le croquer et absorber ensuite un peu d'eau ou de lait. Comme il est entièrement soluble dans le suc gastrique, il donne au praticien le maximum de garantie au point de vue de la posologie. Aussi cette préparation constitue-t-elle pour la thérapeutique pratique un réel progrès. Elle ne comporte, à vrai dire, aucune contre-indication.

Comme pour toute médication, il faudra d'ailleurs savoir graduer les doses, les faire varier suivant la tolérance et les résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de thérapeutique, par A. MANQUAT, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce, 1 vol. in-8° de 612 pages. Broché : 10 fr. ; Relié maroquin souple : 12 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les sciences médicales font de si importants et si rapides progrès, qu'une simple revision du *Traité de thérapeutique* de M. MANQUAT, eût été insuffisante. Il a dû récrire entièrement son ouvrage, afin de pouvoir le mettre d'accord avec la pratique médicale actuelle.

Deux préoccupations ont présidé à la disposition des matériaux de ce nouveau travail ; celle de classer les agents thérapeutiques d'après leur but principal, et celle de la fusion de tous les agents, quelle que soit leur nature, dans le même groupe d'applications.

Les *agents biologiques*, *hygiéniques*, *physiques*, *mé-*

caniques, *naturels*, *dynamogènes* ont acquis, dans ces dernières années, une importance capitale à côté des médicaments proprement dits. Il devenait nécessaire de les faire entrer dans le cadre de la thérapeutique usuelle.

M. Manquat a groupé tous les agents thérapeutiques en quatre classes, qui constituent quatre parties distinctes.

La *première partie* renferme les *médicaments curateurs* ou *spécifiques* (quinine, mercuriaux, médicaments salicylés, arsenicaux, spécifiques), les *anti-infectieux indifférents* (métaux colloïdaux, agents de leucothérapie, révulsifs), les *antiseptiques*, les *antiparasitaires*, les *antidotes*, les *anti-infectieux biologiques* (vaccins, sérums), la *radiothérapie* et la *fulguration*. C'est l'objet du premier volume.

La *deuxième partie* est consacrée aux *épurateurs des tissus*, aux *modificateurs des muqueuses respiratoires et urinaires*, aux *vomitifs*, aux *réparateurs minéraux*, *aux aliments*, aux *régimes*, au *lavage des cavités*, aux *ponctions*, aux *saignées*, etc. La *troisième partie* comprend les *modificateurs des organes et fonctions* (modificateurs des fonctions digestives, de la circulation, de la respiration, du système nerveux, des urines, de la nutrition, opothérapie, climats, eaux minérales, hydrothérapie, massage, électricité). Le deuxième volume est consacré à l'étude de ces deux classes de médicaments.

La *dernière partie* est réservée aux *médicaments symptomatiques* (anesthésiques, somnifères, antithermiques, antispasmodiques, eupnéiques, apéritifs-etc.). A cette dernière partie, est annexé un résumé des *connaissances pharmaceutiques* indispensables aux médecins. C'est l'objet du troisième volume.

Chaque volume forme un tout complet et se vend séparément.

Cette sixième édition ne diffère pas seulement des précédentes par le plan et par le choix des sujets, elle en diffère encore par le souci de fournir en toute occasion des notions applicables à la pratique médicale. Les agents thérapeutiques nouveaux et les médications nouvelles sont soigneusement passés en revue. Citons le traitement de la syphilis par les *injections mercurielles*, l'*hectine*, le *spirosal*, le *mésotane*, le *salène*, les *métaux colloïdaux*, le *nucléinate de soude*, les *peroxydes*, un résumé des notions relatives à l'*immunité* et à l'*anaphylaxie*, le *sérum antidysentérique*, le sérum *antistreptococcique polyvalent*, le sérum *antiméningococcique*, le sérum *antirhumatismal*, l'*autosérothérapie*, les *tuberculines*, les applications nouvelles du *chlorure de calcium*, et du *carbonate de chaux*, l'*hémoplase*, l'*alimentation des malades*, longuement étudiée, la *ponction lombaire*, les *composés organiques de l'iode*, l'*adrénaline*, la *stovaïne*, la *novocaïne*, le *véronal*, le *formiate de soude*, la *bourdaine*, la *phénolphtaléine*, la *cholestérine*, etc.

PARTIE PROFESSIONNELLE

SERVICE DE LA PROPAGANDE

Invitation aux médecins de l'Isère

Mon cher Confrère,

Vous êtes instamment invité à assister à une réunion qui aura lieu à Grenoble, à l'Ecole de Médecine, à 4 heures du soir, le mercredi 19 juillet, sous les auspices du Syndicat de l'Isère. Le Dr Boudin, secrétaire général du *Concours médical* et du *Sou médical*, vous exposera de quelle manière peuvent s'organiser :

1° La défense collective des médecins, par le Syndicat.

2° La défense individuelle du praticien ;

3° Une indemnité journalière de dix frs, en cas de maladie ou d'accident ;

4° Une retraite à 60 ans, par la Mutualité Familiale du corps médical français, patronnée par l'Association générale. Vous nous exposerez en même temps vos desiderata, vos critiques, vos aspirations, pour que nous puissions tous collaborer à l'amélioration de la situation morale et matérielle du médecin. Vous avez donc le devoir de venir à cette réunion toute amicale.

Le Conseil de Direction du *Concours médical*.

Chronique de l'Exercice illégal de la Médecine

La manie de l'anonymat.

Il ne se passe pas guère de semaine sans que je reçoive une ou deux lettres anonymes.

Ces correspondances ont le don de m'exaspérer. Parfois ce sont des injures, souvent ce sont des menaces ; dans certains cas ce sont des faits d'exercice illégal qu'on me dénonce et que je dois vérifier.

Voici l'une des dernières en date de ces missives et elle porte comme signature : « Un vieil expérimenté ».

On a voulu créer le « cas X... », c'est-à-dire d'un fait divers commun, faire une véritable affaire, un scandale médical ; d'un timoré faire un quelqu'un, que la calomnie, croyez-le bien, n'a fait que grandir. On a discuté X..., à mon avis on a eu tort ; le discuter, c'était le reconnaître ; le combattre, c'était encore le créer de toutes pièces.

Sans doute, pour certains confrères, plus ou moins victimes indirectes de ces agissements, c'était une satisfaction de se venger et de déchirer à belles dents un heureux concurrent ; mais comme l'a répété un ancien président des Syndicats, honoré de tous : ce n'est point dans une association, l'intérêt seulement de quelques-uns qui doit primer, mais bien l'intérêt général. On ne doit point se soucier des querelles de quartier, de rivalités plus ou moins justifiées, mais étouffer toujours le scandale qui peut rejaillir sur la corporation tout entière ; en un mot, suivant le proverbe : il serait à souhaiter qu'on lavât toujours « son linge sale en famille ».

En criant bien haut à tous « le cas X... » qui, non

diplômé, avait su créer une belle clientèle, on a fait naître dans le grand public la suspicion sur les vrais diplômés moins heureux, on a enlevé la confiance, diminué le prestige du médecin, fait ressortir l'incapacité des uns et la non réussite des autres, l'inutilité parfois du parchemin, avec lequel on ne paye point toujours son propriétaire et ses contributions.

Pourquoi faire nous-mêmes de la réclame à tous ces habiles charlatans, doués plus ou moins de la facilité d'assimilation, et qui par leurs succès, prouvent — nous devons bien l'avouer ici — que malheureusement l'estampille officielle ne suffit point toujours à remplir nos cabinets de malades, comme chez eux, et soulignent ainsi l'inutilité du fameux parchemin ?

Les X., Y., Z et consorts, plus commerçants, mais moins consciencieux que nous-mêmes, nous apprennent le moyen de réussir, devons-nous donc crier leur savoir-faire, en reconnaissant, hélas, le plus souvent, notre propre non-réussite. Tirant profit de nos dissensions très habilement, invoquant l'approbation des Maîtres incontestés, qui les ont si souvent assistés, ils démontrent péremptoirement qu'ils connaissent le métier aussi bien que nous-mêmes. Le silence fait autour d'eux les eût fait rentrer dans l'éternel oubli, la critique et les injures venant de nous, les intéressés, leur servent d'une immense réclame.

On a commis également une maladresse, à mon avis, en faisant condamner un pharmacien, mal en cour et pris comme bouc émissaire, pour renouvellement d'ordonnances, car attendons-nous, dans l'avenir, à ce que de multiples maîtres-chanteurs, s'appuyant sur ce précédent et exploitant cette situation équivoque, traduisent journellement les exécuteurs de nos ordonnances devant les tribunaux. (Confessons bien bas que *tous les pharmaciens sans exception, à cette heure, pourraient être poursuivis pour le même motif cent fois par jour.*)

Le corps médical y gagnera-t-il à ces poursuites ? Non certainement ! car, la majorité du public, ne pouvant rappeler souvent le médecin, achètera la spécialité, et alors, comme toujours, c'est le gros, qui mangera le petit, et les corps médicaux et pharmaceutiques y perdront tant au point de vue matériel que moral.

Maladresse, maladresse, et que cela nous serve de leçon, car, en partant souvent en guerre trop à la légère, nous servons toujours les intérêts de nos ennemis, en leur faisant une réclame maladroite, qu'ils seraient parfois obligés de payer très cher ; nous leur donnons ainsi des verges pour nous fouetter nous-mêmes ! ! !

Un vieil expérimenté.

J'ai, je l'avoue, lu et relu cette lettre, et chacun, comme moi, je pense, reconnaîtra que nous aurions gagné à savoir le nom du signataire.

Que peut-il craindre et que peuvent craindre ceux qui, comme lui, n'osent point mettre leur nom au bas de la lettre qu'ils envoient ?

Ai-je jamais mésusé d'une confidence ou découvert quelqu'un qui me donnait une indication ?

C'est toujours sous mon nom et sous ma propre responsabilité qu'ont été adressées toutes les plaintes au Parquet ou à la Préfecture, cela m'a valu pas mal d'ennuis, beaucoup d'ennemis, mais aussi, et comme compensation, l'estime de la majorité des confrères qui se rendent compte que mon rôle n'est pas tout à fait une sinécure et que ma situation ne va pas sans comporter quelques désagréments.

Aujourd'hui, c'est tout le problème de la répression que pose le confrère expérimenté. Son argumentation gagnerait à être complétée par un exposé des moyens pratiques à utiliser pour combattre les empiètements qui se font chaque jour plus nombreux et plus audacieux.

Ne rien faire, conseille ce vieil homme, satisfait sans doute.

Que pensent de ce procédé nos confrères de province ou des villes qui ont à lutter contre une concurrence illégale ? Il faudrait publier tout ce que je reçois et où de pauvres médecins me racontent leurs misères.

Je ne peux, malheureusement, les aider toujours comme je le voudrais, mais si faible que soit notre effort, il les encourage et parfois aboutit à un résultat utile.

Croit-on, au surplus, que le laisser-faire aboutira à un désarmement et que l'audace des irréguliers ne grandira pas en proportion de l'aveu de notre faiblesse complaisante.

Certes, je reconnais que les grands réclamistes, aux budgets de publicité très élevés, sont des adversaires difficiles à atteindre, mais ce n'est pas pour eux une satisfaction sans pareille de venir sur les bancs de la correctionnelle.

Pour les malheureux confrères parfois contraints par le besoin à accepter des salaires d'employés, leur nombre ne serait-il pas plus grand s'ils ne savaient qu'un jour ou l'autre la flétrissure peut les atteindre ?

Et pour en revenir à cette correspondance anonyme, à cette manie détestable de ne point signer, qui ne reconnaîtrait là un signe de décadence morale ?

Le médecin n'est-il pas avant tout un homme qui doit savoir prendre et accepter toutes les responsabilités ?

Quelle belle leçon aurait à faire là-dessus un de nos maîtres ?

Au lendemain de la mort si grandement honorée du regretté docteur Guinard, quel est donc celui de nous qui déserterait une profession où on court de tels dangers.

Quand, dans une bataille, le porte-drapeau est frappé, est-ce que le symbole n'est pas immédiatement relevé par le plus proche des combattants ?

Honte donc à l'anonymat, à la lâcheté, à la peur !

Confrères, quand vous aurez à écrire, quand bien même vos idées ne seraient pas en harmonie avec celle de la majorité des médecins, ne craignez pas de parler.

Le *Concours* a toujours été un organe de libre discussion, une tribune ouverte à toutes les opinions. C'est pour cela que j'ai tenu à publier ce plaidoyer en faveur de la libre pratique de la médecine et de l'abandon, au profit des voleurs, des charlatans et des bandits, de ce qui est notre patrimoine et de ce que nous devons défendre, encore plus dans l'intérêt du public que dans le nôtre.

Qu'il y ait des lacunes à l'enseignement, des insuffisances parmi les médecins, nul n'a jamais songé à le nier, mais tout cela peut être perfectionné, amélioré, transformé même.

L'union des médecins peut beaucoup et elle est

plus que jamais nécessaire. Le « vieil expérimenté » est certainement un isolé, ce n'est pas un syndiqué ; il a dû avoir la vie facile. et, sur le tard de sa carrière, renté et pourvu, il estime que le mieux est de ne rien faire. Jeunes gens, qu'en pensez-vous ?

Dr Ch. LEVASSORT.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Election du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Nous rappelons que cette élection a lieu le *dimanche* 16 *juillet*, nous engageons vivement nos lecteurs délégués des Syndicats médicaux à prendre part au scrutin et à voter pour le représentant surtout, M. le Dr GAIRAL, que nous croyons seul candidat et dont il est inutile, étant donné le nombre de ses services, de défendre la candidature.

Contrat entre la Fédération permanente des Médecins de la région parisienne et la Fédération nationale du Spectacle.

Entre la Fédération permanente des médecins de la région Parisienne (1) représentée par M. le Dr Noir, vice-président de la Fédération des médecins de la région parisienne, et M. le Dr Chapon, secrétaire général de ladite Fédération, d'une part ;

Et la Fédération nationale du Spectacle, représentée par MM. R. Carrière et A. Deschamps, secrétaires généraux de ladite Fédération, d'autre part ;

Il a été convenu et entendu ce qui suit :

Les conditions ci-dessous sont consenties à titre exceptionnel à la Fédération du Spectacle en considération des groupements de travailleurs qu'elle renferme, dont le salaire est peu élevé (Syndicats des musiciens, artistes lyriques, choristes, machinistes, ouvreuses, habilleuses, caissières, contrôleurs et inspecteurs de salle).

1o Le membre de la Fédération nationale du Spectacle aura le libre choix absolu de son médecin, mais devra autant que possible choisir celui-ci dans son voisinage, quand il s'agira d'une visite à domicile. Il pourra également se rendre chez tout autre médecin ne faisant point partie du corps médical de la Fédération nationale du Spectacle, lequel, bien entendu, restera maître de son tarif. 2o Les honoraires seront de : Trois francs par visite simple ; Deux francs par consultation simple ; Cinq francs pour les examens nécessitant des instruments spéciaux.

3o Pour ce qui concerne les visites de nuit et les interventions de petite chirurgie, on se basera sur le tarif minimum institué le 1er octobre 1909 par la Fédération générale des Médecins de Paris, et de la Seine, mais une entente sera toujours nécessaire, à ce sujet, entre le médecin et le malade.

4o Le tarif Dubief sera toujours applicable pour les accidents du travail.

5o Une commission d'arbitrage, composée mi-partie des médecins délégués par la Fédération des médecins de la région parisienne et mi-partie des membres délégués par la Fédération nationale du Spectacle aura à connaître des cas litigieux qui pourraient survenir entre les médecins et les membres de la Fédération du Spectacle qui devront de part et d'autre se soumettre aux décisions de cette commission.

6o Une adjonction ultérieure déterminera le fonctionnement de cette commission d'arbitrage.

7o Le présent traité prendra effet pour une année, à partir du 1er juillet 1911 ; il se renouvellera par tacite reconduction et pourra être dénoncé par l'une des parties par l'envoi d'une lettre recommandée au moins trois mois avant la date d'expiration du *présent contrat.*

8o En principe les honoraires seront payés comptant et au maximum dans le délai d'un mois. Passé ce délai, les notes des honoraires non payés seront présentées aux membres de la Fédération par les soins de celle-ci.

9o Les médecins acceptant les conditions ci-dessus se feront connaître par lettre à la Fédération nationale du Spectacle, 66, Faubourg Saint-Martin, qui leur fera parvenir une carte-spécimen de membre de ladite Fédération.

(1) Cette Fédération, organisée dans le seul but de résoudre à Paris le conflit médico-mutualiste, comprend le Syndicat des médecins de la Seine, le Syndicat médical de Paris, les Sociétés d'arrondissements, en somme toutes les associations, de la Seine s'occupant de questions professionnelles.

MÉDECINE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La définition de l'« accident » dans la loi sur les accidents du travail.

Le professeur Reclus, dans une leçon reproduite par la *Presse médicale,* n'est satisfait par aucune définition de l'accident que le Parlement n'a pas lui-même défini dans la loi de 1898. La définition de M. Thoinot citée dans le Manuel de Forgue et Jeanbrau qualifie accident « *toute blessure externe, toute lésion chirurgicale, toute lésion médicale, tout trouble nerveux psychique, avec ou sans lésion corporelle concomitante, résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail, et toute lésion interne déterminée par un effort violent dans les mêmes circonstances* ».

D'une façon plus concise et plus claire, M. Reclus avait dénommé accident du travail « *toute lésion, tout trouble fonctionnel survenu du fait ou à l'occasion du travail et provoqué par un effort exceptionnel ou une violence extérieure soudaine* ». Mais ces définitions créent une équivoque fâcheu-

se, et confondent en une seule deux choses fort distinctes : l'accident proprement dit et la blessure causée par cet accident.

De plus ces définitions sont incomplètes et laissent de côté un certain nombre d'accidents que la jurisprudence range à juste titre parmi les accidents du travail : il n'y a point de « violence extérieure » et d' « effort exceptionnel » dans la syphilis des souffleurs de verre et dans l'apparition d'une pustule maligne chez les ouvriers qui manipulent la peau des animaux charbonneux.

Mais le problème n'est pas insoluble et nous proposons une définition qui a le triple avantage d'être courte, d'éviter toute équivoque, et de ne laisser en dehors d'elle aucune des « espèces » que la jurisprudence a rangées parmi les accidents du travail. M. Reclus nomme aujourd'hui accident du travail *un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail, et qui provoque dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager.*

***

Cette définition est courte ; elle défie toute équivoque ; elle est compréhensive et peut comprendre tous les cas que le bon sens et la jurisprudence rangent parmi les accidents du travail.

***

La définition de P. Reclus répond à des faits paradoxaux que la jurisprudence a fait rentrer sans conteste dans les accidents du travail. L'accident, les violences extérieures, telles que les réclament les définitions anciennes, font défaut et l'enquête ne s'enquiert même pas du traumatisme qui aurait pu entamer l'épiderme et ouvrir la voie à l'inoculation. Ainsi, dans les industries qui utilisent les dépouilles des animaux morts peut-être du charbon, le mouton et le bœuf, l'apparition d'une pustule maligne chez l'ouvrier suffit pour mettre en cause le patron : ici « l'événement imprévu et soudain » n'est pas l'excoriation de la peau, mais la manipulation d'objets souillés par la bactéridie de Davaine.

La syphilis elle-même, évidemment dans des cas plus spéciaux encore, peut devenir un accident du travail. Le chancre des lèvres d'un souffleur de verre sera indemnisé, si la victime démontre que l'ouvrier qui lui a passé la canne à souffler est atteint des lésions contagieuses de la vérole. La présence de la bactéridie charbonneuse ou du tréponème de l'avarie constitue, dans l'espèce, l'accident, l'événement imprévu et soudain.

L'événement imprévu et soudain peut être une de ces substances caustiques que l'on a fort justement assimilées aux agents traumatiques ordinaires. Est-ce que l'acide sulfurique, par exemple, ne désorganise pas aussi sûrement et aussi rapidement les tissus que ne le ferait une violente contusion ? De même, la chaleur rayonnante émanant d'un foyer incandescent, car, ici, l'agent vulnérant est « soudain » et les brûlures sont immédiates ; de même encore les courants électriques. Mais il n'en est pas tout à fait ainsi pour des gelures, car l'action du froid est souvent lente et sournoise, et la victime ne s'aperçoit parfois de ses méfaits qu'après plusieurs heures, lorsque s'accentuent les phénomènes de réaction inflammatoire.

Ici encore la définition de P. Reclus donne une réponse pleine de bon sens. Et il faudra, à sa lumière, éclairer chaque cas particulier. Lorsque le froid aura été considérable et lorsque son action aura été subite — soudaine et inattendue — l'assimilation aux brûlures, maintes fois proclamée par les tribunaux, est absolument légitime et la responsabilité patronale nous semble engagée. Mais lorsque les effets nocifs ne se feront sentir que progressivement, après plusieurs séances, comme pour les engelures ulcérées, les gangrènes partielles survenues pendant l'hiver, ou dans les industries qui utilisent les basses températures, il ne sera plus question d'accident et la lésion sera qualifiée de « professionnelle ».

***

Une autre grande catégorie d'accidents est due à l'« effort exceptionnel » qui, lui aussi, est un événement imprévu et soudain : c'est lui qui peut provoquer la hernie. Ce point est un des plus délicats de la loi de 1898, car rien n'est plus difficile que de marquer la limite où finit la hernie dite de faiblesse, qui rentre dans les maladies professionnelles, et où commence la hernie, dite de force, la hernie traumatique, imputable, non à une série d'efforts répétés dont aucun n'aurait été capable, à lui seul, de provoquer l'élargissement des anneaux, mais à l'effort violent nécessaire pour constituer l'accident, l'événement imprévu et soudain.

Le problème est infiniment complexe : d'abord la hernie est très fréquente, elle s'installe souvent d'une façon sournoise, sans même que le porteur s'aperçoive de son apparition et, de bonne foi, il l'attribuera à un accident banal qui n'aurait rien à voir avec elle ; mais il pourrait arriver aussi que l'ouvrier ne l'ignore point et qu'il essaie, sous le couvert d'un traumatisme propice, d'en tirer parti pour obtenir une petite rente viagère. Il y aurait là une grosse difficulté à soumettre et parfois l'expert ne saura guère démêler si la hernie était préexistante à l'accident incriminé ou si elle s'est vraiment produite sous l'influence de l'effort. Mais ici, plus qu'ailleurs peut-être, la notion d'accident, événement imprévu et soudain, viendra vous tirer d'embarras.

Aussi faudra-t-il préciser l'interrogatoire et lire avec le plus grand soin, les dires du blessé éventuel et les dépositions des témoins, et dans la plupart des cas, vous constaterez que l'ouvrier, comme, ailleurs, nos anciennes définitions, confond l'accident avec la simple constatation de la hernie. Pour lui, la hernie, c'est l'accident ; aussi ne s'embarrasse-t-il pas de chercher et de trouver un événement imprévu et soudain, qui ait provoqué son apparition. Il vous raconte que, comme d'habitude, il poussait son wagonnet, posait son rail, soulevait sa pierre meulière, pétrissait son pain, portait son fardeau habituel, lorsque tout à coup, il ressentit une douleur dans l'aine. Eh bien, dans

tous ces cas, il n'y a pas eu d'événement imprévu et soudain, pas d'accident, et le hernieux ne peut réclamer le bénéfice de la loi de 1898.

Il faut se rendre un compte exact de la valeur des mots « imprévu et soudain », et l'on doit en arriver à cette conception,paradoxale au premier abord, mais logique et nécessaire, que tel effort, le même chez deux ouvriers, peut chez l'un, et non chez l'autre, se réclamer de la loi sur les accidents du travail : un coltineur soulève impunément un sac de 200 kilogrammes ; il effectue ainsi un assez long trajet, et si rien d'anormal ne survient, chute, heurt subit, traumatisme ou nouvel effort, le seul fait d'avoir porté ce fardeau ne saurait mettre en jeu la responsabilité du patron ; l'effort, dans ce cas, est un effort professionnel.

Mais si l'on détournait de son travail ordinaire un surveillant de nuit, un distributeur de prospectus ou un faiseur de cornets de papier, pour lui mettre sur les épaules une poutre de deux quintaux, le patron s'exposerait à devenir responsable de la hernie que cet effort, « exceptionnel » dans ce cas,pourrait faire apparaître. Seulement, vous comprendrez sans peine la difficulté qu'éprouve trop souvent l'expert lorsqu'il s'agit de déterminer où finit l'effort professionnel et où commence l'effort exceptionnel. Le médecin n'y suffit pas toujours et il lui est parfois indispensable de se doubler d'un expert technique connaissant à fond la profession du blessé.

Il existe des jugements qui sanctionnent cette opinion : à propos d'une mort survenue par rupture d'anévrisme, le tribunal d'Auch « avant faire droit, nommait comme expert un ingénieur des Arts et Manufactures pour déterminer si on n'avait pas imposé à la victime un travail exceptionnel ne rentrant pas dans ses attributions ordinaires et si ce travail n'exigeait pas des efforts imposant une fatigue anormale, hors de proportion avec les occupations habituelles du sinistré ». *Tout en se rappelant qu'un de ses devoirs est d'augmenter le moins possible les frais de justice,* l'expert doit se rappeler cette possibilité de recourir à d'autres lumières lorsqu'il juge les siennes insuffisantes.

***

Jusqu'ici le Pr Reclus ne s'est occupé que d'accidents « objectifs »,traumatismes,brûlures et fractures, courants électriques, efforts, inoculation d'un germe pathogène qui provoquera un phlegmon, une pustule maligne, le tétanos, une affection tuberculeuse ou syphilitique.Mais voici qu'un accident nouveau apparaît et déjà les tribunaux et leurs experts ont dû accepter l'admission de causes psychiques. Or, elles sont parfaitement comprises dans la définition de l'accident,car une émotion violente, les peurs par exemple, survenues du fait ou à l'occasion du travail, constituent, sans discussion possible, « un événement imprévu et soudain ».

Exemple : Le cas classique de cette garde-barrière, enceinte et affligée d'une maladie de cœur, qui, pendant qu'elle fermait la voie, éprouva une terreur telle de l'arrivée soudaine d'une automobile, qu'elle tomba raide morte. Les tribunaux saisis de la question — car cet accident n'était pas prévu par les définitions anciennes qui ne visent que les traumatismes et les efforts exceptionnels, — les tribunaux n'hésitèrent pas à accorder une indemnité aux ayants droit. Cette jurisprudence paraît généralement et justement acceptée, et récemment le Pr Reclus a invoqué lui-même la peur comme accident du travail.

Il s'agissait d'un ouvrier qui avait senti tout à coup la manche de sa veste saisie par une roue de transmission ; pendant quelques secondes, il eut l'horrible certitude que l'engrenage allait le broyer. Heureusement l'étoffe céda sous un effort désespéré. Mais, peu après, un ictère émotif survint, qui nécessita un séjour de plus d'une semaine à l'hôpital. Or, la Compagnie d'assurance refusait de payer le demi-salaire, car, pour elle, la peur n'était pas un accident du travail. M. Reclus n'a pas hésité à conclure contre elle,et le tribunal a attribué au demandeur son indemnité temporaire.

***

Mais voici un cas vraiment douteux sur la limite de la maladie accidentelle ou de la maladie professionnelle. Un ouvrier entre dans une grande cornue où se trouvent des résidus de nature caustique ; il a reçu l'ordre de ne rester dans l'appareil que dix minutes à un quart d'heure ; il y demeure sept heures et en sort avec une affection oculaire qui provoque un affaiblissement sensible de la vision. Le patron refuse l'indemnité,« prétendant qu'il n'y a pas eu la cause soudaine et violente qui caractérise l'accident ». Mais le tribunal condamne le patron et accorde au demandeur une rente de 260 francs.

Et le juge éminent dont l'autorité est considérable déclare « qu'on ne doit pas uniquement qualifier d'accidents les chutes, les chocs et autres événements dommageables qui se produisent en un seul instant. On doit aussi considérer comme provoquées par de véritables accidents les lésions résultant d'une cause qui n'amène une lésion corporelle qu'après s'être un peu prolongée. On est ainsi conduit à appliquer la loi de 1898 aux ouvriers « qui ont eu les mains gelées en transportant de la glace, à ceux qui contractent une maladie après un temps passé dans un endroit trop chaud ou trop froid, ou au milieu de gaz méphitiques ».

Actuellement, au regard de la définition de l'accident du travail, définition qui n'est autre, au demeurant, que celle de l'usage et du bon sens, M. Reclus modifierait peut-être un peu son opinion. Dans ce cas,les sept heures passées dans la cornue ne constituent pas un événement « soudain », et il y a là une première entrave qui a bien quelque importance et sur laquelle ne nous font pas tout à fait passer les analogies avec le froid, le chaud et les gaz méphitiques, car sept heures, c'est déjà long. Mais l'expert devait s'enquérir si le fait de descendre dans la cornue et de s'exposer à l'action des résidus de nature caustique, avait, ou non, un caractère « exceptionnel ». Si

oui, la balance l'aurait emporté et M. Reclus aurait conclu à l'octroi de l'indemnité.

La nécessité de l'événement imprévu permettait de conclure en sens inverse dans un cas en apparence superposable, une intoxication saturnine aiguë, de celles qui ont pu se faire en une seule séance de peinture à la céruse. Ici, le mal peut s'abattre sur l'ouvrier aussi rapidement que dans l'exemple précédent et la discussion pourrait s'ouvrir. Mais, du moins, l'événement n'aurait rien d'imprévu, puisque l'emploi de la céruse n'est pas encore définitivement banni de l'industrie et les ouvriers qui s'embauchent savent qu'ils auront à manier ce sel de plomb. On rentre ici dans les maladies professionnelles non encore protégées par la loi de 1898.

***

Ainsi donc la meilleure et la plus complète définition de l'accident du travail est pour M. Reclus la suivante : « *C'est l'événement imprévu et soudain survenu du fait ou à l'occasion du travail et qui provoque dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager.* »

Difficulté de l'expertise médicale dans certains cas d'accidents du travail intéressant l'œil.

Le Dr E. Grand-Clément a fait sous ce titre une Communication à la *Société de médecine de Lyon*, séance du 13 février 1911, que reproduit le *Lyon médical*. Cette communication est digne d'intérêt et devrait être méditée par beaucoup de nos confrères qui ne se rendent pas toujours exactement compte du rôle qu'ils doivent jouer lorsqu'ils sont désignés comme experts.

La mission de médecin expert dans certains cas d'accidents sur l'œil est souvent fort délicate et hérissée de difficultés. Tout d'abord sont nombreuses les difficultés qui proviennent de la simulation ou de l'exagération de la part des sinistrés.

Dans certains cas, une lésion minime, parfois insignifiante d'un œil, est suivie à bref délai d'une maladie grave de l'œil blessé d'abord, puis de l'autre, laquelle ne semble pas avoir de relation directe ni bien évidente avec la minuscule lésion traumatique ; ou bien encore, une amblyopie grave et permanente de l'œil non blessé survient à l'occasion ou à la suite de la blessure du congénère. Alors, il est souvent difficile, presque impossible, d'établir avec une certitude absolue, la relation de cause à effet entre ce léger trauma et la grave affection qui survient à bref délai sur l'œil blessé d'abord, puis sur l'autre qui n'a pas été touché.

C'est alors qu'il faut biaiser, procéder par à-peu-près et répartir les conséquences pécuniaires du sinistre entre les deux intéressés, patron et ouvrier, sans vouloir trancher péremptoirement en faveur de l'un ou de l'autre, une question douteuse, au risque de commettre un déni de justice, surtout vis-à-vis de l'ouvrier.

Voici trois cas de ce genre : L'un vient de faire l'objet d'un jugement du tribunal de première instance de Lille, où le malade a été complètement débouté, peut-être à tort, à mon avis, et condamné aux frais.

Le second, personnel à l'auteur, a fait l'objet d'un rapport demandé par le tribunal d'une ville voisine. Là, au milieu des obscurités du cas, M. Grand-Clément proposait au contraire d'indemniser raisonnablement et pour une partie seulement de son incapacité un malade devenu à peu près aveugle des deux yeux, après un trauma insignifiant de l'un deux.

Le troisième ordre de faits concerne trois malades que l'auteur a eu à soigner, mais non à expertiser, à la suite d'une kératite traumatique de l'un des yeux : ces trois accidentés ont contracté une amblyopie grave et permanente de l'autre œil qui dure depuis sept, six et cinq ans, et les a mis dans l'impossibilité de faire un travail sérieux.

Là encore, malgré l'obscurité du cas, notre confrère les a fait indemniser suffisamment par conciliation et sans procès.

En discutant ces divers cas, l'auteur arrive à cette conclusion que, lorsque le doute existe, ce doute doit toujours profiter, dans une mesure raisonnable, au blessé ; il faut alors procéder par le système des probabilités et proposer un compromis acceptable qui sauvegarde les intérêts des deux parties en cause : celui de la Compagnie d'assurances en lui évitant les frais d'un long procès et celui de l'ouvrier, en lui permettant de reprendre rapidement son travail, après avoir obtenu une indemnité, ou tout au moins un morceau de pain dans le cas d'incapacité presque totale ou totale.

Premier cas. — *Traumatisme léger d'un œil, suivi à bref délai d'une kératite interstitielle sur les deux yeux.*

L'*Ophtalmologie provinciale* vient de publier sous la signature du Dr Hennart, de Lille, un cas de kératite interstitielle bilatérale, survenue à la suite d'une très légère brûlure paracentrale de la cornée de l'œil gauche chez un jeune ouvrier de quatorze ans.

Cette kératite interstitielle ou parenchymateuse apparut sur l'œil blessé quelques jours après l'accident, environ huit jours, alors que la petite ulcération traumatique paraissait bien près d'être guérie. L'opacification s'étendit rapidement à toute la surface de la cornée avec vascularisation consécutive assez précoce.

Quinze jours après l'accident, l'autre œil fut également envahi par une kératite du même genre, mais un peu moins étendue et moins intense.

Le blessé, un jeune homme de quatorze ans, sans présenter de signes certains ni manifestes d'hérédo-syphilis, ne semblait pas à l'abri de quelques soupçons vis-à-vis de cette affection ; mais en somme rien de caractéristique et le doute restait permis.

Comme il s'agissait d'un accident du travail, le cas donna lieu à des expertises et finalement à un jugement. Les juges, se conformant aux conclusions des médecins traitants et de l'expert, refusèrent toute indemnité au jeune accidenté, sous

prétexte que la kératite parenchymateuse allait évoluer chez lui au moment où se produisit l'accident, et qu'en définitive il ne s'agissait en l'espèce que d'une simple coïncidence entre l'accident et l'apparition de la kératite.

Voici les réflexions que M. Grand-Clément fait à ce propos :

Eh bien, qu'il me soit permis de dire ici, et tout de suite, que les médecins traitants et expert ont été, à mon sens, un peu durs pour ce pauvre blessé en lui refusant toute espèce de réparation dans un cas, en définitive, un peu douteux et sujet à caution.

Car enfin la kératite interstitielle aurait pu retarder beaucoup son apparition et même ne pas paraître du tout, si l'accident n'était pas venu déclancher un processus morbide possible, mais non fatal ; qui oserait affirmer le contraire ?

Dans le cas en question, je serais resté dans le doute ; j'aurai dit aux juges que l'accident avait certainement été pour quelque chose dans l'apparition, et peut-être même dans la genèse de cette grave affection, et alors le tribunal aurait pu faire une cote mal taillé et attribuer par exemple à ce malheureux enfant son demi-salaire jusqu'au jour où il lui serait possible de reprendre son travail, et alors tout était fini, pour le bien de tous. Au lieu de cela, il y aura appel, perte de temps et frais considérables.

Voici la conduite que j'aurais suivie dans cette circonstance.

C'est celle que j'ai adoptée dans un cas non pas semblable, mais un peu similaire pour lequel le tribunal d'une ville voisine m'avait demandé un rapport. Pour débrouiller ce cas très obscur et fort difficile à tirer au clair, je me suis fait aider par M. Lucien Grand-Clément, mon fils, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui avait suivi et observé ce malade à l'hôpital.

Voici le cas en question :

Le 5 avril 1909, le chauffeur d'un train avait été atteint, au moment du départ, a-t-il dit plus tard, d'un retour de flamme. Mais, à ce moment, il n'articule aucune plainte près de son mécanicien avec lequel il est brouillé et continue son travail professionnel jusqu'à la station terminale. Mais au retour il déclare ne pouvoir continuer son travail qui fut effectué par le mécanicien.

A la station d'arrivée il alla déclarer au chef de gare qu'il souffrait de coliques, mais il ne fit nulle mention de ce retour de flamme dont il ne parlera que plus tard.

Le médecin de la Compagnie, appelé en toute hâte, le soigna pendant trois jours, uniquement pour ses coliques, puisqu'il ne se plaignait nullement de ses yeux.

Ce n'est qu'au bout de trois jours que le médecin en question remarqua sur la cornée de l'œil droit, une tache, puis un commencement d'abcès, lequel ne tarda pas à se compliquer d'hypopion, et à provoquer en quelques semaines la perte totale et irrémédiable de cet œil, par le fait d'un leucome généralisé à toute la cornée avec adhérence de l'iris.

Ce n'est qu'à ce moment, c'est-à-dire trois jours après l'accident, que ce malade parla d'un retour de flamme qui lui aurait effleuré les yeux et la figure au moment du départ du train en question.

Mais tout ne se termina pas là ; cinq mois après, le 6 septembre 1910, l'œil gauche fit à son tour un abcès infectieux de la cornée, hypopion et perte de la vision par suite d'un vaste leucome central qui masque la pupille ; il est vrai qu'une pupille artificielle pratiquée deux mois après, en haut et en dehors, en face d'une portion de cornée restée transparente, a rendu à cet œil 1/20 d'acuité visuelle, juste de quoi permettre à ce malade de se conduire.

Je dois dire ici que cet œil gauche qui est ainsi devenu malade, sans rime ni raison, et cinq mois après l'accident, avait, plusieurs années auparavant déjà, subi, à deux reprises différentes, des retours de flamme qui l'avaient enflammé pendant plusieurs jours, mais sans laisser ni trace ni fatigue.

Le tribunal, en décembre dernier 1910, me demande un rapport sur ce cas singulier et parsemé de difficultés.

Effectivement le directeur de la Compagnie m'écrit que les yeux de cet homme n'ont rien à faire avec l'accident puisqu'il n'a rien déclaré ; il n'a appelé l'attention sur ce retour de flamme qui n'est probablement qu'une hypothèse, que trois jours après l'accident, alors que dès le début il n'a accusé que des coliques.

Il s'agissait donc de savoir s'il est possible d'établir une relation de cause à effet entre ce malheureux retour de flamme, incident minime qui ne fut pas même déclaré sur le moment, et les lésions oculaires graves qui ont conduit ce malheureux à la presque cécité.

Pour cela, nous avons dû considérer l'œil droit et l'œil gauche séparément :

Œil droit. — Pour expliquer la kératite infectieuse survenue à l'œil droit trois jours après l'accident, nous n'avons que l'affirmation du malade qui déclare à ce moment qu'il a subi au départ un retour de flamme. Mais en lui demandant des explications plus explicites sur ce retour de flamme, nous apprenons qu'il a ressenti à ce moment, comme la présence de poussières dans les deux yeux, et qu'il fit cesser cette sensation assez pénible en se frottant les yeux, comme chacun le ferait en pareille circonstance.

A partir de ce moment, notre conviction fut rapidement faite : l'on ne peut expliquer les événements subséquents qu'en admettant que l'accidenté, en frottant son œil, a provoqué une légère éraflure de la cornée en cherchant à expulser ces poussières avec des mains très malpropres, au voisinage d'une conjonctive elle-même remplie de microbes de toute espèce ; ces microbes, trouvant une porte entr'ouverte, se sont précipités dans la place, provoquant cette terrible kératite infectieuse avec la perte totale de la vision de cet organe.

Bien que le malade n'ait fait mention de tous ces détails que trois jours après, en bonne logique il ne nous a pas semblé possible d'expliquer les choses autrement.

En conséquence, faisant dériver la perte de

l'œil droit directement de l'accident en question, j'ai déclaré que, de ce chef déjà, il avait subi une diminution de capacité de 33 %.

Œil gauche. — Ici les faits sont bien différents, et leur interprétation présente de grandes difficultés.

Cet œil ne devient malade que cinq mois après l'accident et alors que cet homme n'avait pas encore repris son travail ; il fut atteint comme l'œil droit d'une kératite infectieuse qui le conduisit ainsi que le congénère à une perte presque totale.

Il est impossible d'invoquer ici une sorte de processus sympathique ; il n'est pas davantage possible de faire dériver directement de l'accident cette kératite infectieuse tardive.

Cependant il nous a paru plausible et équitable d'avancer que cet œil était prédisposé à ce qui est arrivé plus tard, de par les accidents antérieurs et surtout de par les habitudes de malpropreté forcément inhérentes à la profession de ce malade et que la Compagnie devait encore être rendue responsable d'une part dans la perte presque complète de la vision de cet œil, de 12 % par exemple au lieu de 30 %, ce qui m'a fait conclure à une incapacité pour tout de 45 %, incombant à l'employeur de ce pauvre aveugle, soit 33 % pour l'œil droit dont la perte irrémédiable et complète provient, selon toute raison, de l'accident, et 12 % pour l'œil gauche, dont il est beaucoup plus difficile de faire dériver la perte presque totale dudit accident ; il n'existe pour ce dernier que quelques probabilités, et il me semble équitable de n'en faire supporter la responsabilité à la Compagnie que dans une proportion limitée.

Je sais bien que, dans le cas actuel, l'on peut m'objecter, et la partie adverse ne manquera pas d'objecter, que l'accident en question, ce retour de flamme, n'a pas eu de témoins oculaires et que le sinistré ne peut fournir la preuve dudit accident. Nous n'avons donc que sa parole et son affirmation qui peuvent être révoquées en doute.

C'est vrai, nous n'avons dans le cas actuel que des présomptions, mais des présomptions qui seules peuvent rendre compte des terribles conséquences que ce simple incident a eu pour ce pauvre ouvrier, la presque cécité.

Or, il me semble que dans tous les cas où l'on ne peut pas trancher mathématiquement la question, dans ces cas où le doute s'impose, il me semble, dis-je, que le doute doit profiter pour une part au malheureux accidenté.

Au reste, dans un cas récent à peu près semblable, le tribunal de Saint-Etienne rendit, le 13 décembre 1909, un jugement dans ce sens qui fut frappé d'appel. Or la Cour de Lyon, devant laquelle l'affaire est venue en second ressort, a rendu le 28 juin 1910 un arrêt confirmatif conçu en ces termes, dont nous ne reproduisons que les points essentiels :

« Attendu que les premiers juges ont basé leur décision sur une série de présomptions, admissibles en l'espèce, qui répondent aux vœux des articles 1340 et 1253, et que la Cour estime à son tour suffisantes pour entraîner sa décision ;

« Attendu, assurément, que les présomptions n'engendrent pas, comme l'aveu, et les preuves écrites, une certitude morale absolue, mais une simple probabilité fondée sur la vraisemblance et sur ce qui arrive ordinairement ; qu'on ne peut leur demander plus et qu'on ne doit pas les rejeter parce qu'elles laissent place à une part d'incertitude, que la loi s'en est remise à la sagesse et au bon sens du juge ; que ce que l'expert déclare possible, sans qu'il puisse l'affirmer avec certitude, doit être tenu comme fort probable ;

« Que certes, on ne peut poser comme principe, en cette matière, que le doute doit profiter à l'accidenté, mais qu'un certain degré de conjecture se concilie parfaitement avec les présomptions, *surtout quand la nature de l'accident a pu, comme dans l'espèce, ne pas frapper au début l'attention de l'ouvrier et de ses camarades de travail* ;

« Par ces motifs, confirme et maintient la décision des premiers juges. »

Je suis très heureux que le libellé de cet arrêt de la Cour de Lyon, que je n'ai connu qu'après le dépôt de mon rapport, soit venu corroborer et légitimer les conclusions sus-indiquées.

Depuis longtemps, dans mes rapports judiciaires, vis-à-vis de ces accidents oculaires graves dont la pathogénie et la genèse restent obscures, j'ai toujours pensé qu'il vaut mieux faire alors une transaction raisonnable, une sorte de cote mal taillée qui profitent en réalité aux deux parties en cause : à la Compagnie d'abord, en lui évitant un long procès avec tous ses frais, et à l'ouvrier ensuite, en lui permettant de reprendre son travail au plus tôt, puisqu'il a obtenu satisfaction dans une certaine mesure ; ou d'obtenir un morceau de pain s'il est devenu tout à fait invalide, comme dans le cas sus-énoncé.

Au reste, je sais pertinemment que dans ces cas douteux et sujets à un litige sans fin, la plupart des Compagnies d'assurances préfèrent une transaction raisonnable et amiable à un procès long, fastidieux et coûteux en vertu de cet adage :

« Qu'un mauvais arrangement vaut souvent mieux qu'un bon procès ».

Enfin voici un troisième ordre de faits qui m'a fort embarrassé pour le règlement du sinistre, il y a quelques années déjà.

Il s'agit de trois accidentés qui, à la suite et comme conséquence d'une blessure de la cornée d'un œil par un fragment de pierre, ont contracté une amblyopie considérable et persistante depuis des années de l'autre œil non blessé, de telle sorte que ces malheureux ont été réduits de ce fait à une incapacité presque totale. Et pourtant ils conservent un œil en apparence sain qui ne présente aucune lésion organique appréciable.

Il s'agit de trois tailleurs de pierres qui tous les trois ont eu la cornée d'un œil blessé par un éclat de pierre. Chez tous les trois, l'œil blessé a guéri avec un leucome qui a diminué sa vision dans de grandes proportions.

Mais ce qui s'est produit ici de singulier, c'est une impossibilité presque absolue pour ces blessés de se servir utilement de l'autre œil, non blessé pourtant et resté indemne de toute complication organique. Et cependant, il ne s'agissait, en l'espèce, ni de simulation, ni à proprement parler de l'un de ces cas d'hystéro-traumatisme, plus ou moins connus aujourd'hui, mais simplement d'un

violente photophobie, avec impossibilité de fixer et d'accommoder, laquelle persiste depuis 7, 6 et 5 ans, chez des hommes robustes, âgés de 60 à 72 ans, et nullement entachés d'hystéricisme.

Je crois plutôt qu'il s'agit dans ces cas bizarres et mal connus encore, d'une sorte d'ophtalmie sympathique purement fonctionnelle, ou plutôt d'un réflexe particulier engendré et entretenu peut-être par la rétention de parcelles pierreuses dans la cornée de l'œil blessé.

Aussi ne serais-je pas éloigné, à l'avenir, en présence d'un cas pareil, d'énucléer l'œil blessé, quoique doué encore d'une certaine vision, pour faire cesser son action néfaste et en retour sur le congénère.

Effectivement deux de ces malades arrivaient à mieux voir de l'œil non blessé, en comprimant très fortement l'œil blessé.

Ce qui me fait penser qu'il ne s'agissait pas chez ces trois blessés d'un cas d'hystéro-traumatisme, c'est qu'ils n'ont nullement recouvré la libre disposition de l'œil non blessé, après le règlement du sinistre, ainsi qu'il arrive si souvent pour les hystéro-traumatisés, et surtout les simulateurs ; ils restent bel et bien incapables de tout travail sérieux de la vue depuis plusieurs années déjà, l'un 7 ans, l'autre 6 et le dernier 5 ; car je n'ai pas cessé de les suivre et de les observer depuis l'accident causal.

Heureusement pour eux, je les avais fait indemniser par la Compagnie d'assurances d'une façon très suffisante, sauf à revenir en arrière, si pendant les trois ans de recours accordés par la loi, leur situation venait à s'améliorer. Malheureusement cette situation ne s'est pas ou à peine modifiée, de telle sorte que rien n'a été changé dans le chiffre de leur rente viagère.

Au reste ce chiffre n'est pas bien élevé puisque la loi ne fait que payer la moitié de l'invalidité.

Dans ces cas graves et définitifs cette clause légale devrait être modifiée et l'on devrait payer tout entière l'incapacité permanente lorsqu'il est bien démontré qu'elle est devenue définitive et irrémédiable.

La preuve, c'est que l'un de ces accidentés, que je revois de loin en loin, me dit chaque fois : « Faites-moi donc augmenter ma rente viagère puisque je ne puis plus rien faire de sérieux ; comment voulez-vous que je vive et fasse vivre ma famille avec *dix-neuf sous par jour* ? Je suis obligé de répondre : *Dura lex, sed lex,* c'est la loi. Et encore je vous ai fait indemniser pour un œil qui paraît sain et valide ; peut-être qu'une expertise judiciaire ne vous aurait donné que la moitié, refusant de croire à l'incapacité de l'œil non blessé.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux des séances du Conseil d'Administration des 8, 15, 22 juin et 6 juillet 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leurs adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

2219 Weil, à Paris, 21, rue d'Edimbourg.
2220 P. Halmagrand, à Orléans (Loiret).
2221 Picard, à Loches (Indre-et-Loire).
2222 Fourcaud, à Nice, 2, rue Cotta.
2223 Roussel, à Saint-Max-Nancy (Meurthe-et-Moselle).
2224 Chevalier, à Joly-Caluire (Rhône).
2225 Témime, à Alger.
2226 Durieux, à Thiviers (Dordogne).
2227 Lachowski, à Reims (Marne).
2228 De la Rochefordière, à Paris, 33, rue de Turin.
2229 Lavoine, à Tricot (Oise).
2230 Fileux, à Corbigny (Nièvre).
2231 Vergez, à Lourdes (Hautes-Pyrénées).
2232 Dorion, à Rue (Somme).
2233 Berthelot, à Embrun (Hautes-Alpes).
2234 Gaignard, à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire).
2235 Coste, à Bédarieux (Hérault).
2236 Mazoyer, à Nîmes (Gard).
2237 Michel, à Agde (Hérault).
2238 Lévy, à Audun-le-Roman (Meurthe-et-Moselle).
2239 Pestre, à Toulon (Var).
2240 Marbot, à Mondovi (Constantine).
2241 Malaussène, à Nice, 1, rue Foncet.
2242 Brugirard, à Montbozon (Haute-Saône).
2243 Lefèvre, à Montluçon (Allier).
2244 Pujebet, à Audruicq (Pas-de-Calais).
2245 Bourgeau, à Besançon (Doubs).
2246 Louvet, à Dijon (Côte-d'Or).
2247 Potheau, à Dijon (Côte-d'Or).
2248 Jacod, à Lyon, 5, rue Childebert.
2249 Pélaprat, à Paris, 6, boulevard de Clichy.
2250 Quedec, à Landerneau (Finistère).
2251 Gueutal, à Charquemont (Doubs).
2252 Trançon, à Lillebonne (Seine-Inférieure).
2253 Gauthier, à Clairvaux (Jura).
2254 Lathoud, à Chambéry (Savoie).
2255 Sévin, à Avranches (Manche).
2256 Calas, à Montpellier (Hérault).

— Le Dr T. signale que la commission administrative de l'hôpital de B. a fait appel du jugement du juge de paix de B., qui l'a condamnée à payer les honoraires du chirurgien étranger à l'hôpital et l'a déboutée de son appel en garantie contre lui-même.

Conformément à sa demande, l'appui pécuniaire du « Sou médical » lui est accordé pour défendre à cet appel.

— Le Dr X. demande l'appui pécuniaire pour soutenir un procès en diffamation qu'il a intenté au gérant d'un journal.

Me Gatineau étant d'avis que l'article incriminé est bien diffamatoire, le Conseil accorde au Dr X. l'appui pécuniaire, sous réserve que, s'il obtient des dommages-intérêts, ceux-ci serviront à due concurrence à rembourser les frais pris en charge par le « Sou ».

— Le Dr Z. signale, à l'occasion d'une admis-

sion récemment publiée, que le nouvel admis a actuellement un procès en cours.

Le Conseil décide qu'il sera répondu au Dr Z., que, en vertu du règlement intérieur, le nouvel adhérent ne pourra être soutenu pécuniairement pour cette affaire antérieure à son admission.

La caisse du « Sou » n'en subira donc aucun préjudice.

— L'avoué du Dr V. demande que la provision de 150 francs qui lui a été versée lui soit abandonnée à titre d'honoraires, déduction faite de celle de 41 fr. 50, part de frais mise à la charge de l'ouvrier insolvable.

Le Conseil accepte ce règlement.

— Le Conseil ordonnance, après justification, le remboursement au Dr M. de la somme de 254 fr. 50, montant des honoraires de son avocat et des frais de copie du jugement qui lui a donné en grande partie gain de cause.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Le Pr Héger président de l'Académie de Médecine Belge. — M. le Pr Héger vient d'être nommé président de l'Académie royale de médecine de Belgique. Nous n'avons pas à rappeler ici le mérite du savant physiologiste bruxellois, directeur des Instituts Solvay du Parc Léopold, fondateur, avec Frédéricq, de Liége, des *Archives Internationales de Physiologie*; mais tous nos confrères qui, à la suite du *Congrès des Praticiens de Lille*, firent le voyage de Bruxelles, se rappelleront avec quelle exquise courtoisie le Pr Héger et son gendre, le Dr Péchère, voulurent bien servir de guides aux médecins français dans leur visite si intéressante des Instituts du Parc Léopold qui doivent tant à l'activité et à la haute intelligence du Pr Héger. Le *Concours Médical* tout en adressant ses félicitations au nouveau président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, a le regret d'y joindre ses compliments de condoléances au sujet de la mort récente de Mme Héger, femme du Pr Héger et belle-mère de notre si dévoué confrère, le Dr Péchère.

Renseignements Parlementaires.— La Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés a approuvé le rapport de M. Mouchel sur la proposition de M. Marin, ayant pour but d'étendre les *congés de maternités* à toutes les femmes employées à des services publics, ou dans des établissements industriels de l'état.

L'examen des *modifications à apporter à la loi du 9 avril* 1898 sur les accidents du travail est mis à l'ordre du jour de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales.

Au SÉNAT, M. Poulle a fait distribuer son rapport sur la proposition de loi de Lamarzelle tendant à *interdire la fabrication et la vente de l'absinthe.* On a distribué à la CHAMBRE une proposition de loi de MM. des Lyons sur la codification des lois sur les *habitations à bon marché*, la petite propriété et le bien de famille insaisissable. — et un projet de loi concernant un arrangement avec l'Italie relativement à la *participation des travailleurs au bénéfice des assurances sociales.*

— Service médical de la préfecture de police. — Sur la demande de M. Lemarchand, le conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'examen de l'administration et de la commission du personnel la proposition suivante :

Les traitements des médecins en chef, des médecins adjoints, des médecins suppléants et des médecins visiteurs de la ville de Paris et du département de la Seine seront ainsi fixés : Médecins en chef : classe exceptionnelle, 12.000 fr. ; 1re classe, 11.000 francs; 2e classe, 10.000 francs; 3e classe, 9.000 francs.

Médecins en chef adjoints : 1re classe, 8.000 fr. ; 2e classe, 7.200 francs ; 3e classe, 6.600 francs.

Médecins principaux : 1re classe, 6.000 francs; 2e classe, 5.000 francs.

Médecins 1re classe, 4,000 francs ; 2e classe, 3.500 francs ; 3e classe, 3.100 francs ; 4e classe, 2.700 francs. (*Gazette des Hôpitaux.*)

— Un Congrès des Accidents du Travail à Marseille. — Un Comité d'initiative vient de se créer, à Marseille, pour l'organisation d'un Congrès des accidents du travail. Ce Congrès fonctionnera d'après un plan entièrement nouveau : il s'efforcera de réunir, en des assises purement nationales, les représentants des ouvriers et ceux des Compagnies d'assurances ou patrons s'assurant eux-mêmes. Des magistrats et des médecins les assisteront. Ainsi, les diverses questions concernant les intérêts corporatifs des patrons et des ouvriers pourront être examinés et discutés devant un public qui réunira toutes les compétences. Le Comité d'initiative, qui a déjà tenu des réunions intéressantes, a fait appel aux organisations patronales et ouvrières.

Il se compose actuellement de MM. Giraud, premier président à Aix ; Chanson, président du Tribunal civil de Marseille ; Brousse, procureur de la République à Marseille ; Camatte et Rabaud, vice-présidents au Tribunal ; Marcy, juge ; Brunet, juge de paix ; les docteurs Léon Dubert, Oddo, Dufour, Chavernac, Vial ; de MM. Buoc, avocat ; Vidal-Naquet, avoué ; Berry et Degage, assureurs, et de MM. Pons, Gay et Rouzoul, délégués de l'Union des Syndicats ouvriers (Bourse du travail).

—Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses. — Le *Bulletin municipal officiel* de la ville de Paris publie l'avis suivant :

« Le laboratoire de bactériologie de la ville de Paris met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphtérie et de la tuberculose.

Ces nécessaires sont délivrés, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), sur la demande écrite de MM. les médecins, la veille ou le jour même de leur emploi, et les résultats des analyses leur sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement vingt-quatre heures après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés.

Le laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses, situé rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), est ouvert tous les jours, de 8 heures du matin à 8 heures du soir, et les dimanches et fêtes, de dix heures à quatre heures.

Le dépôt d'une somme de 30 à 50 centimes donne droit à une réponse par voie télégraphique. »

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 30 Dimanche 23 JUILLET 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'Assistance médicale gratuite dans le département du Nord

Dans le numéro du 28 mai 1911, nous avons publié un *Propos du Jour* intitulé : *L'Assistance médicale gratuite dans le département du Nord. A quel prix on y estime le sauvetage d'une mère et de son enfant ?*

Dans cet article, nous reproduisions un fait, signalé au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France par un de ses membres, M. le Dr Bombart, Président du Syndicat médical de Cambrai, fait qui avait provoqué l'étonnement et la réprobation de *tous* les membres du Conseil. Il s'agissait d'une intervention dystocique, opérée d'urgence par un médecin appelé à cinq kilomètres de son domicile, et notre confrère avait, lors de la réclamation de ses honoraires à la Préfecture, reçu une lettre officielle signée du Secrétaire général, lui faisant savoir qu'en vertu du 2e paragraphe de l'article 6 du règlement, il avait droit à *cinq* francs.

Nous avions cru jusqu'ici que, dans le département du Nord, le corps médical jouissait d'une organisation syndicale puissante et active ; nous nous rappelions, en effet, les critiques émanant de syndiqués du Nord, qui reprochaient à l'Union des Syndicats médicaux de France son manque d'organisation et son inhabileté à défendre, comme ils auraient dû l'être, les intérêts généraux de la profession. Un peu déçu par le fait exact qui nous avait été signalé et par la pièce authentique que nous avions publiée, nous nous étions permis d'écrire à ce sujet :

« On serait tenté de croire qu'il y eut là une erreur de tarif, erreur que les *douze syndicats du Nord* ont laissé généreusement se perpétuer ».

Et plus loin nous posions la question :

« Est-ce par peur d'être dissous en vertu du fameux article 13 de la loi de 1892 que *les douze syndicats médicaux du Nord* ont laissé s'éta-

blir et laissent se perpétuer d'aussi inconcevables abus ? »

En réponse à cet article, nous recevons la lettre suivante de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais. Nous sommes heureux de publier *in extenso* cette lettre, signée par le bureau de la Fédération et mûrement réfléchie, puisqu'elle nous arrive exactement un mois et demi après l'article incriminé par elle. Nous nous permettrons d'en souligner seulement quelques phrases que nous laisserons à nos lecteurs le soin de méditer.

Nous nous permettrons encore de faire remarquer que le mot de *Fédération* n'a pas été cité dans notre article, que nous avons parlé seulement des *douze syndicats médicaux du Nord*, car nous savions bien, en effet, qu'en pareil cas, la *Fédération*, comme du reste l'affirme la lettre suivante qui en émane, ne pouvait prendre aucune initiative, et ne pouvait se substituer aux douze syndicats qui, s'ils ont fait preuve d'activité, ce que nous voulons bien croire, n'ont indiscutablement pas obtenu de résultat.

FÉDÉRATION
DES
SYNDICATS MÉDICAUX
du Nord et du Pas-de-Calais
SECRÉTARIAT :
14, Bd Bigot-Danel, LILLE

Lille, le 11 Juillet 1911.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours Médical.*

Dans votre numéro du 28 mai dernier, vous avez publié en tête de votre journal et sous votre signature un article sur l'A. M. G. dans le Nord, à propos du relèvement du tarif des accouchements.

Notre Fédération prise à partie par vous très injustement (1), comme vous en conviendrez vous-même quand vous connaîtrez la question, s'est émue et, dans sa dernière réunion, son comité directeur nous a chargés de protester en son nom et de rectifier.

Déjà, en 1910, M. le docteur Vanverts, président du Syndicat médical de Lille, avait dû vous demander de rectifier un de vos articles à propos de l'A. M. G. où le Syndicat médical de Lille était injustement attaqué.

Vous vous êtes expliqué dans le journal, mais vous n'avez pas publié la lettre de notre confrère.

Ne croyez-vous pas qu'il serait souhaitable, dans un but d'union, que vous désirez comme nous, qu'avant de publier des articles mettant en cause une association professionnelle, on commence par demander des explications à cette association, on éviterait ainsi bien des malentendus. Vous accusez la *Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais* (2), « d'avoir laissé généreusement se perpétuer cette erreur ».

Vous ignorez peut-être ce qu'est une Fédération ?

La nôtre a pour but d'étudier et de faire aboutir toutes les questions soulevées par les Syndicats, chaque fois qu'une de ces questions intéresse plusieurs Syndicats ou l'ensemble de ces Syndicats. Or nous n'ignorons pas que les honoraires pour les accouchements de l'A. M. G. sont trop faibles, mais jamais AUCUN DES INTÉRESSÉS, AUCUN SYNDICAT N'A ÉLEVÉ LA MOINDRE RÉCLAMATION ET N'A PORTÉ LA QUESTION DEVANT NOUS AVEC PRIÈRE DE L'ÉTUDIER, PAS MÊME LE SYNDICAT DE CAMBRAI (1).

Nous avons été saisis de la question pour la première fois le 13 juin 1911, par une lettre du Syndicat médical de Cambrai, alors que votre article était du 28 mai.

Dès le lendemain nous nous sommes occupés de la question et *nous allons vous exposer ce que nous avons appris, ce que nous aurions pu vous écrire plus tôt si vous nous aviez fait connaître le fait qui vous a ému et* que nous ignorions (2).

Or si, dans bien des communes du Nord, les accouchements de l'A. M. G. sont payés de 6 à 10 francs, il existe aussi des communes, en certain nombre, où ces accouchements sont payés 15, 20, 25 et même 30 francs.

Ne discutons pas sur la valeur de ces chiffres, mais la première question que nous avions à résoudre était la suivante : pourquoi un grand nombre de confrères acceptent-ils de faire pour 6 francs une besogne qui est payée à d'autres jusqu'à 25 francs ?

Comment dans ces conditions a-t-on refusé de payer au docteur Manesse plus de 8 francs pour un accouchement laborieux ? (3).

Voici ce que nous avons appris et ce que nous aurions dit au docteur Manesse s'il s'était adressé directement à nous au moment de sa réclamation.

Le tarif des accouchements de l'A. M. G. pour chaque commune est fixé par le bureau d'assistance de la commune même, et la commission départementale ne fait qu'homologuer ce tarif.

Par conséquent, les réclamations ne doivent pas être adressées à la Préfecture, mais au bureau d'assistance de la commune.

Partout où les médecins se sont adressés au bureau d'assistance et où celui-ci a relevé le tarif des honoraires pour les accouchements, ce tarif a été jusqu'ici accepté sans difficultés par la préfecture. C'est ainsi que dans 5 ou 6 communes ce tarif a été relevé dans le cours de l'année dernière.

Or, comme chez nous, il n'y a jamais que deux médecins chargés du service de l'assistance dans chaque commune, il nous paraît facile de les mettre d'accord pour réclamer et même imposer un relèvement du tarif au bureau d'assistance. C'est la solution que nous venons de proposer. Tous nos confrères qui jugent trop faibles les honoraires accordés par l'A. M. G. pour les accouchements devront adresser leurs réclamations et proposer un

(1) Le mot Fédération n'est pas cité dans notre article, nous ne pouvons donc pas l'avoir prise à partie. J. N.

(2) Ce n'est pas la Fédération ; nous savions parfaitement qu'elle n'y pouvait rien, ce sont les douze syndicats qui pouvaient quelque chose. D'autre part, nous étions documenté directement par les intéressés et, comme dans la lettre présente, le bureau de la Fédération avoue qu'il ignorait les faits, comment aurait-il pu nous renseigner ? J. N.

(1) Nous prenons acte de l'aveu ; nous avions donc bien raison d'écrire que les douze syndicats du Nord avaient laissé perpétuer cet abus puisque *aucun n'a élevé la moindre réclamation et n'a porté la question devant la Fédération avec prière de l'étudier.* Tout ceci, ce n'est pas nous qui l'écrivons. J. N.

(2) Vraiment, mes chers Confrères, est-ce à moi, Parisien, à renseigner le bureau de votre Fédération sur l'organisation de l'A. M. G. dans votre département ? J. N.

(3) Ce n'est pas *huit* francs, c'est *cinq* francs. J. N.

nouveau tarif au bureau d'assistance de la commune.

Si on leur donne satisfaction nous n'aurons qu'à nous féliciter de la solution ; si, au contraire, ils échouent, c'est alors que les syndicats et la Fédération auront à intervenir et soyez certain qu'ils ne manqueront pas de le faire.

Rien n'est plus injuste, en effet, que la phrase par laquelle vous terminez votre article :

« Est-ce par peur d'être dissous en vertu du fameux article 13 de la loi de 1892 que les douze Syndicats médicaux du Nord ont laissé s'établir et laissent se perpétuer d'aussi inconcevables abus ? »

Les Syndicats médicaux et surtout la Fédération sont intervenus depuis de nombreuses années dans toutes les questions qui leur ont été soumises à propos de l'A. M. G. Ils sont intervenus, directement comme Syndicats, à maintes reprises, près du Conseil général du Nord.

S'ils n'ont pas obtenu tout ce qui pouvait être désirable, ils n'ont pas abandonné la lutte et, d'autre part, le Syndicat médical de Cambrai serait le dernier qui aurait le droit de leur adresser un reproche à ce sujet, car c'est lui qui a fait la fausse manœuvre, comme c'est lui qui a répandu l'idée que les Syndicats ne devaient pas intervenir en tant que Syndicats.

Tous les médecins syndiqués du Nord marchaient pour le libre choix et le relèvement des honoraires dans l'A. M. G. L'action était générale parce que tous étaient intéressés ; les médecins de l'assistance acceptaient le libre choix pour obtenir le relèvement des honoraires, ceux qui n'étaient pas en place marchaient pour le nouveau tarif afin de pénétrer dans la place par l'obtention du libre accès. C'est le Syndicat de Cambrai qui est alors intervenu maladroitement pour affirmer qu'il fallait sérier les questions, obtenir d'abord le relèvement des honoraires et que l'on verrait ensuite pour le libre choix. Dès ce jour, l'union nécessaire était rompue et c'est à cela que nous devons de n'avoir obtenu qu'une solution bâtarde qui, mal appliquée, ne donne satisfaction à personne, ni aux indigents, ni aux médecins.

C'est encore du Syndicat de Cambrai qu'est parti le mouvement extrasyndical ; c'est lui qui a déclaré que la Fédération ne pouvait pas s'occuper de la question à cause du fameux article 13 de la loi de 1892, qui n'empêchait nullement la Fédération de faire tout son devoir.

La Fédération a subi les réunions extra-syndicales et elle a assisté à ce spectacle démoralisateur de voir un médecin de l'A. M. G. occuper les fonctions de secrétaire de la réunion et se mettre ensuite à la tête de ceux qui refusaient de suivre les décisions de cette réunion.

Vous voyez donc qu'il serait injuste de rendre la Fédération responsable des fautes qu'elle n'a pas commises, et de lui reprocher son inaction qui n'est pas du tout dans ses goûts (1).

Nous espérons, mon cher confrère, que ces raisons vous auront convaincu et, comme nous tenons à ce que vos 7.500 lecteurs connaissent toute la vérité, nous sommes certains qu'il nous suffira de faire appel à votre impartialité bien connue pour que vous publiez *in extenso* notre lettre dans un de vos plus prochains numéros.

Recevez, mon cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le Président de la Fédération,
J. COCHET,

Le secrétaire général,
Dr LEMIÈRE,

Le secrétaire adjoint,
P. VANVERTS

Nous nous dispenserons de longs commentaires, car nous n'avons qu'un but, c'est de réveiller dans le département du Nord, comme ailleurs, l'activité des Syndicats médicaux souvent endormis.

Dans un certain nombre de départements, — notamment, il y a quelques années dans celui du Cher —, nous avons vu ce qu'avec un peu d'énergie et de cohésion, des médecins pouvaient faire dans l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite.

Toutefois, puisque la lettre de la Fédération fait allusion à une autre rectification du Syndicat médical de Lille datant de 1910, il ne nous déplaît pas de rappeler l'incident :

Dans le *Concours médical* du 13 mars 1910, un de nos lecteurs de Sarlat, M. le Dr Franc, très ému par un article du Dr Helme paru dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* (janvier 1910), nous écrivait une lettre indignée au sujet d'un amendement d'un certain M. Sirot, adopté par le Conseil général du Nord. Cet amendement excluait du service de l'Assistance médicale gratuite les médecins qui n'avaient pas fait leurs études dans la Faculté de l'Etat. Le Dr Franc nous demandait de porter la question devant le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux. Nous fîmes suivre la lettre de notre confrère de Sarlat de quelques réflexions où nous qui ne saurions être suspect de cléricalisme, mais qui sommes et tenons à rester libre penseur, dans la meilleure et la plus large acception du mot, protestions contre l'éviction de nos confrères catholiques, faisant entrevoir que si on tolérait un jour la mise à l'index des catholiques, le lendemain, ce serait celle des socialistes qu'il faudrait subir, puis celle des protestants, des israélites, en attendant celle des francs-maçons. Nous expliquions notre silence à ce sujet jusqu'à ce jour, silence que nous reprochait le Dr Franc, par l'attente de la protestation de nos confrères du Nord.

Quinze jours plus tard, le 27 mars, nous indiquions que nous venions de recevoir une lettre de notre correspondant, M. le Dr Lambin, et une du Président du Syndicat de Lille, M. le Dr Vanverts, nous avisant que le Syndicat des médecins de Lille avait protesté contre le vote du Conseil général. Il nous était permis

(1) Mais ai-je mis la Fédération en cause ? Ce sont les Syndicats. Au Syndicat de Cambrai à répondre, s'il le juge utile. Ce qui n'empêche que les douze Syndicats du Nord ont adopté la fausse manœuvre dont tous nos confrères sont victimes. J. N.

d'ignorer cette protestation puisqu'à la date de notre article, elle n'avait, reçu, croyons-nous, aucune publicité.

***

Nos confrères de la Fédération du Nord auraient tort de se méprendre sur le but que nous poursuivons. Leur lettre est un des meilleurs arguments pour les idées que nous défendons, pour celles qui doivent présider désormais à notre vie syndicale. Ce n'est pas l'Union des Syndicats médicaux de France, ce ne sont pas les Fédérations régionales qui doivent agir et mettre en branle notre action professionnelle, ce sont les Syndicats locaux, jouissant de toute leur *autonomie*. Union, fédérations, sont des organes de *coordination* et d'*études*, mais non pas d'*initiative* et d'*action*.

Si vraiment pour l'organisation de l'Assistance médicale gratuite, les douze Syndicats du Nord ont fait preuve d'initiative et d'action, nous ne pouvons que regretter leur insuccès et dire :

Honneur au courage malheureux !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades: M. le professeur Hutinel.

Néphrites tuberculeuses.

Je vous ai parlé samedi dernier de la tuberculose du rein. Je vous ai montré ses lésions, ses granulations miliaires, ses noyaux tuberculeux et ses masses caséeuses destinées à se ramollir. Ce ne sont pas les seules manifestations rénales du bacille de Koch. A côté d'elles, il en est d'autres, plus diffuses, moins spécifiques, qui sont de véritables néphrites et jouent un rôle important dans l'histoire de la tuberculose des voies urinaires.

Aujourd'hui, je voudrais précisément vous entretenir de ces néphrites. Vous pouvez les diviser en deux catégories. Les unes sont consécutives à une infection tuberculeuse à laquelle elles sont liées d'une façon intime et facilement reconnaissable. Au point de vue pathogénique, elles ne sont pas discutées. A côté de celles-ci, il en est d'autres, plus discutables et plus discutées. Ce sont des réactions rénales qui ressemblent beaucoup à des réactions banales, des néphrites diffuses qui ressemblent aux néphrites de causes mal connues, et que nous rattachons à la tuberculose, soit parce que le malade présente ailleurs dans l'organisme des foyers bacillaires, soit parce qu'il réagit d'une manière positive à la tuberculine. La preuve de leur nature bacillaire n'est pas encore faite. A l'heure actuelle, d'ailleurs, on a une tendance exagérée à attribuer à la tuberculose tout ce qui apparaît chez les tuberculeux. Je pourrais en dire autant du rhumatisme tuberculeux. C'est, en somme, une question délicate sur laquelle je reviendrai. Dans notre leçon d'aujourd'hui, j'étudierai seulement les formes de néphrite tuberculeuse liées d'une façon indiscutables à la tuberculose.

La plus caractéristique est celle dont je vais vous montrer un exemple. Voici un enfant de 9 ans qui est dans le service depuis un certain temps. Vous êtes frappés de sa maigreur squelettique. Ses membres sont décharnés, sa face exsangue, la circulation péri-cranienne très développée. Pourquoi est-il arrivé à cet état de misère ? Bien portant jusqu'à l'âge de 3 ans, ses parents s'aperçurent à ce moment qu'il se tenait mal sur ses jambes. Il avait de l'impotence des membres inférieurs, une paraplégie due à un mal de Pott. Il eut consécutivement à cette carie de la colonne vertébrale, un abcès par congestion qui est venu s'ouvrir au pli de l'aine et a entraîné une suppuration intarissable, depuis 2 ans 1/2. C'est à la suite de cette suppuration que s'est accentué l'état de faiblesse que nous constatons actuellement.

Lorsque nous avons vu l'enfant pour la première fois, nous avons été frappés du développement de son foie. Le foie était gros, ferme. Le cœur paraissait aussi un peu gros et on pouvait se demander, à propos de ce gros foie, si ce n'était pas un foie cardiaque. En réalité, c'est un foie dégénéré, une dégénérescence amyloïde.

L'urine, tout d'abord, ne contenait pas d'albumine ; puis, un jour, il y eut de l'albuminurie qui augmenta peu à peu. Il n'en faut pas plus pour faire le diagnostic de dégénérescence amyloïde du foie et du rein chez un enfant ayant une suppuration tuberculeuse.

Voici un autre cas du même ordre. Il y a quelques mois, nous avons reçu un enfant de 4 ans, atteint d'anasarque. Il présentait des déformations osseuses au niveau du tibia et une augmentation de volume des testicules. Le Wassermann était positif, ce qui nous faisait penser à une hé-

rédo-syphilis. Mais pourquoi l'anasarque et l'albuminurie considérable? Eh bien! il y avait autre chose que l'hérédo-syphilis. Il y avait des caries osseuses avec un abcès froid qui suppurait depuis des années. Chez cet enfant, existaient donc simultanément des lésions osseuses d'hérédo-syphilis et des caries osseuses avec abcès et fistules. Après avoir fait le Wassermann, nous avons fait l'intra-dermo-réaction. Elle a été négative, ce qui ne saurait nous étonner, l'état cachectique du petit malade empêchant la production de la réaction.

L'urine était assez abondante. Elle contenait une dose forte d'albumine, 12 gr., 14 gr. par litre. L'enfant mourut épuisé, et nous avons pu pratiquer l'autopsie. Nous avons trouvé des lésions tuberculeuses des poumons, des ganglions, un foie et une rate volumineux, des reins amyloïdes. Il s'agissait donc d'un enfant, hérédo-syphilitique, qui avait fait de la tuberculose avec abcès froids.

Nous avons eu, dernièrement encore, dans le service, un autre enfant de 8 ans 1/2. Il était entré porteur d'une tuberculose cavitaire du poumon gauche. On avait examiné, à plusieurs reprises, les urines sans y constater d'albumine. Cependant, en regardant le culot de centrifugation de cette urine, on y trouvait quelques cylindres. Il y avait un peu de cylindrurie. Il était dans le service depuis un certain temps, lorsqu'un jour, nous le vîmes transformé, infiltré, avec un scrotum volumineux, une anasarque en un mot qui s'était développée en trois ou quatre jours. La présence d'une anasarque chez un tuberculeux nous fit penser à la néphrite tuberculeuse. Nous avons étudié sa tension vasculaire, la perméabilité de ses reins aux chlorures : elles n'étaient pas modifiées. L'albuminurie était notable et monta à 18 gr. par litre. Le cœur n'était pas dilaté et les lésions pulmonaires restaient stationnaires. La situation s'aggrava et l'enfant mourut de cachexie. La quantité d'albumine nous avait fait porter le diagnostic de dégénérescence amyloïde du rein. L'autopsie montra des reins et un foie amyloïdes.

Cette forme d'altérations rénales de la tuberculose est peut-être la plus caractéristique. Vous venez de voir deux enfants. Chez l'un, le foie a été pris tout d'abord; chez l'autre, c'est le rein qui a été intéressé le premier. La dégénérescence amyloïde n'a donc pas frappé les mêmes organes simultanément. Le rein n'est souvent pas l'organe le plus atteint, mais on est autorisé à dire que, quand un enfant a une tuberculose de longue date et qu'il offre, à un moment donné, de la pâleur intense, de la cachexie, un gros foie et surtout une albuminurie notable, il est certain qu'il a une dégénérescence amyloïde des reins.

Est-ce à dire que la dégénérescence amyloïde des reins soit toujours tuberculeuse? Non, elle peut s'observer dans la syphilis, et chez l'un de nos malades, nous nous sommes demandés si la syphilis n'intervenait pas. D'autre part, à la suite de vieilles suppurations, on peut rencontrer cette dégénérescence. Je vous ai montré des suppurations probablement mycosiques au cours desquelles on pouvait craindre de voir apparaître, un jour ou l'autre, des signes de dégénérescence amyloïde des viscères.

Les lésions qui nous intéressent ont été découvertes, en 1842, par Rokitansky, qui leur donna le nom de « rein lardacé ». Virchow reprit la question et proposa le terme de « rein amyloïde », à cause des réactions chimiques de ce tissu morbide. A la vérité, le mot amyloïde n'est pas bon en lui-même puisqu'il ne s'agit pas de substances ternaires, mais il est entré dans la science.

Les reins amyloïdes sont des reins gros, lourds, blancs, lisses à leur surface, ressemblant beaucoup au gros rein blanc de la néphrite chronique. Pour différencier ces deux reins, on passe sur la coupe une couche de teinture d'iode. Le rein amyloïde se colore en brun, les autres en jaune. Si on ajoute ensuite de l'acide sulfurique au trentième, les parties amyloïdes prennent un aspect violet. La dégénérescence amyloïde n'atteint pas toujours la totalité de l'organe. Elle est quelquefois discrète et ne touche que quelques parties du rein. En outre, l'épithélium est en général modifié, d'une manière comparable à la néphrite. C'est une véritable néphrite avec dégénérescence amyloïde.

Regardons, maintenant, le tableau clinique de ces néphrites. Le début est souvent insidieux. C'est un enfant un peu pâle, atteint de suppurations, chez qui l'albuminurie se montre progressivement. Aussi, chez tout tuberculeux à suppurations prolongées, chez tout cavitaire, est-il bon d'examiner assez régulièrement les urines. Les choses, toutefois, ne sont pas toujours aussi insidieuses. Chez un des petits malades dont je vous ai parlé, la maladie rénale a éclaté brusquement et s'est manifestée par une anasarque rapide.

Quand nous examinons les fonctions rénales, en pareil cas, nous notons une augmentation de la quantité des urines, de la polyurie. Ces urines sont claires, limpides, avec une teinte un peu jaune d'or. Leur densité est assez faible et on y constate presque toujours une proportion énorme d'albumine, allant jusqu'à 20 et 30 grammes. Chez un de nos petits malades, nous avions 12 gr., chez un autre 18 gr. Ce qu'il y a de particulier, c'est que, malgré ce chiffre colossal d'albumine, la fonction rénale n'est pas gravement entravée. La perméabilité au bleu de méthylène est normale. Les chlorures passent. De même, l'urée. Ces reins amyloïdes sont des filtres percés qui laissent tout passer. Chez un enfant qui a eu une néphrite aiguë, à la suite d'une scarlatine par exemple, vous trouvez souvent de l'imperméabilité des reins et de l'anasarque. Ici, nous avons



trouvé de l'anasarque chez un seul de nos trois malades. Au point de vue du retentissement cardiaque, on peut faire une remarque analogue. La pression artérielle ne varie pas, elle est plutôt diminuée. Vous ne voyez pas d'accidents de dilatation cardiaque, pas d'hypertrophie du ventricule gauche, et les œdèmes, s'ils existent, sont accidentels. Le foie et la rate sont augmentés de volume. En même temps, vous notez de la diarrhée profuse, un des caractères fondamentaux de la cachexie amyloïde. Pas d'épistaxis, pas d'accidents d'hypertension.

Le pronostic des reins amyloïdes est très mauvais. Le malade meurt de cachexie, de consomption, ou il est emporté par une infection accidentelle, un érysipèle, une pneumonie. Les seuls exemples de guérison publiés sont ceux de dégénérescence amyloïde chez des hérédo-syphilitiques auxquels on a appliqué le traitement spécifique. Nous l'avons essayé chez notre second malade, sans obtenir de résultat.

A côté de la néphrite tuberculeuse amyloïde, il est une autre forme de néphrite tuberculeuse dont il faut que je vous parle. En voici un exemple ; un enfant nous est amené parce qu'il a de la polyurie, de la pollakiurie, des urines albumineuses et rares. Pas d'anasarque. C'est un enfant gras, avec appareil génital peu développé, offrant ce syndrome génital d'adipose rattaché par M. Launois à des altérations de l'hypophyse. L'urine est albumineuse, sanglante. Pas de bruit de galop. Pas de lésion tuberculeuse. Nous considérons sa néphrite comme tuberculeuse, en raison du peu de retentissement qu'elle a sur la circulation et du peu d'action du traitement.

Cette forme de néphrite tuberculeuse, vous la rencontrerez assez souvent. Je vous en rapporterai deux exemples. Le premier concerne une jeune fille de 21 ans, pâle, cachectique. A l'examen, je trouvai une respiration faible au sommet. Rien à l'appendice. L'analyse des urines montra un nuage d'albumine. Chez cette fillette, qui a dépassé l'âge de l'albuminurie orthostatique, dont l'albuminurie est d'ailleurs plus accusée au réveil (à cause de la plus grande concentration des urines), je n'ai pas hésité à faire le diagnostic de néphrite tuberculeuse. Le deuxième cas est une fillette qui m'a été conduite pour des malaises, de la pâleur, des envies fréquentes d'uriner, de l'albuminurie. L'albuminurie existait à toute heure de la journée. L'urine était louche, sanguinolente. Je diagnostiquai néphrite tuberculeuse. Cette forme de néphrite tuberculeuse, avec ses urines louches, sanguinolentes, assez riches en albumine, est caractéristique. Il y a des lésions des reins et la néphrite apparaît comme un élément adjuvant à la lésion spécifique.

A côté des deux formes dont je viens de parler, il en est d'autres, des néphrites avec albuminurie passagère, des albuminuries orthostatiques attribuées à la tuberculose, des néphrites que l'on qualifiées de tuberculeuses parce que le sujet réagit à la tuberculine. Il y a là une question à l'ordre du jour. Elle soulève des difficultés dont je vous reparlerai en vous exposant la façon dont je les envisage.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

La méthode de Milne pour le traitement et la prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole.

Notre distingué confrère, M. le Dr Gaullieur l'Hardy, signale à l'attention des lecteurs de la *Gaz. des Hôp.* une méthode de traitement et de prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole imaginée et pratiquée par un confrère anglais chargé du service médical des « Dr Barnado's Homes », le docteur Milne.

« Dès que le diagnostic de scarlatine est posé ou soupçonné, car c'est à la scarlatine que le procédé a tout d'abord été appliqué, le malade est doucement frictionné, du sommet de la tête à la plante des pieds, avec de l'huile d'eucalyptus, Cette friction est répétée matin et soir pendant quatre jours, puis, à partir du cinquième jour jusqu'au dixième, la friction n'est plus pratiquée qu'une fois par jour.

« En même temps, on badigeonne les amygdales et le pharynx, en allant aussi haut et aussi bas que possible, avec un tampon d'ouate, monté sur une pince de préférence, et imbibé complètement d'huile phéniquée au dixième. Ces badigeonnages sont répétés toutes les deux heures pendant le premier nycthémère, et beaucoup plus rarement par la suite. Le tampon doit avoir, pour chaque enfant, les dimensions de la dernière phalange de son pouce.

« Quand il s'agit de rougeole, il est bon de prendre quelques mesures complémentaires. C'est ainsi que, dès l'apparition de l'exanthème, et, si possible, dès que se manifeste le coryza ou que sont visibles les taches de Köplik, on procède au traitement ci-dessus décrit ; mais, en outre, l'enfant étant couché, on place au-dessus de sa tête et de sa poitrine une large armature recouverte d'une lame de gaze sur laquelle on pulvérise de temps en temps de l'essence d'eucalyptus. On arrête et on détruit ainsi les germes pathogènes que la toux pourrait projeter à une grande distance.

« Les avantages réalisés par cette méthode, — et ici, nous cédons la parole au docteur Milne, — sont les suivants : quand ce traitement est institué de bonne heure, ce qui est capital, il ne survient jamais d'infections secondaires et par conséquent, les complications sont inconnues. Si le traitement est appliqué avec soin, d'*autres malades peuvent occuper la même chambre et même partager le même lit* l'auteur ne parle ici que de la scarlatine) sans

risques de contagion. Le traitement est économique.... Il permet, en outre, à la mère de soigner l'enfant tout en vaquant à ses occupations, aux autres enfants d'aller à l'école. Aucune désinfection ultérieure n'est nécessaire.... En ce qui concerne la désinfection des cuillères, fourchettes et de la vaisselle des malades, on n'en pratique point et ces objets ne sont pas mis à part. Ils sont ramassés tous ensemble, lavés de la façon ordinaire et distribués indistinctement la fois suivante... Je n'ai pas établi que dans la rougeole les enfants peuvent coucher dans le même lit, mais j'ai cependant démontré ceci, qu'ils peuvent vivre et coucher dans une même pièce cubant 750 pieds, avec des lits si rapprochés que les enfants peuvent se passer les jouets les uns aux autres. Pas plus dans la rougeole que dans la scarlatine, il n'est besoin de détruire les jouets, livres, etc. Ceux-ci peuvent être interchangés sans péril dès que l'enfant est capable de jouer ».

« Lorsqu'il s'agit de rougeole, les enfants sains qui vivent avec les malades, couchent dans des lits sur lesquels on a pulvérisé de l'essence d'eucalyptus, et ils portent constamment sur la poitrine un linge imbibé de la même substance, de façon à en respirer continuellement les vapeurs. »

Sur 12.000 enfants que le Dr Milne a eu à surveiller en 30 ans, il ne s'est produit que 245 cas de scarlatine, fait remarquable pour l'Angleterre.

Mêmes résultats extraordinaires pour la rougeole.

L'auteur a suffisamment d'autorité en Angleterre, pour que l'on ajoute quelque confiance à ses assertions et que l'on tente l'expérience.

L'emploi et l'abus des injections dans la blennorrhagie aiguë.

M. le Dr Carle fait dans le *Lyon médical* le procès des injections dans la blennoragie.

« Il y a, dit l'auteur, des *inconvénients* sérieux à donner en pleine période d'état une injection quelconque matin et soir. Ces inconvénients sont de deux sortes, immédiats et consécutifs, c'est-à-dire pouvant survenir plus tard, après la cessation des injections.

« *Immédiatement,* c'est-à-dire dans les quelques jours qui suivent les injections, on voit souvent survenir les accidents classiques qui signifient la propagation inflammatoire en dehors de l'urèthre : cystite, orchite, prostatite, quelquefois même quelques symptômes de pyélo-néphrite, et un léger mouvement fébrile. D'autres fois, le canal lui-même réagit trop violemment ; il y a congestion intense de la muqueuse uréthrale, lymphangite, œdème du fourreau, et comme conséquences, douleurs locales très vives, urétrorragies, et mictions pénibles, quelquefois impossibles. Dans ces cas, ne pas oublier que quelques bains locaux ou généraux bien chauds diminueront rapidement la congestion et permettront le passage de l'urine; éviter à tout prix les sondages. Ces accidents, qui ne sont d'ailleurs pas l'apanage exclusif de cette médication active, peuvent être diminués ou évités avec quelques précautions : uriner toujours auparavant (détail encore ignoré de quelques malades) ; injecter très doucement, surtout les premiers jours, employer pour commencer des doses très faibles, et même des sels peu actifs etc.

« Moins douloureux, les *accidents consécutifs* sont autrement plus désagréables. En général, le malade s'injecte consciencieusement pendant deux ou trois semaines. Dans ce délai, le canal est suffisamment sec pour lui faire croire à une guérison, et, sans autre avis, il cesse habituellement la médication. Dans les trois jours qui suivent, l'écoulement reparaît comme aux plus beaux jours, bien heureux si le sujet n'a pas profité de ce calme apparent pour essayer sa virilité et infecter l'objet aimé. Supposons même qu'il prolonge longtemps son traitement, un mois ou deux, dans la plus stricte chasteté, cela ne sera pas encore suffisant. »

M. Carle concède que les injections uréthrales peuvent avoir une certaine utilité dans deux circonstances :

1° *Au début de la blennorrhagie,* quand les symptômes sont à peine marqués, dans les premières quarante-huit heures, les injections sont utiles, car elles peuvent permettre l'arrêt de l'inflammation avant qu'elle se soit propagée dans l'urèthre et la guérison en une quinzaine de jours. Le traitement abortif est un traitement de luxe, mais il est susceptible de rendre de bien grands services en certaines circonstances.

2° *A la fin de la blennorrhagie*: dans le courant du deuxième mois, quand l'écoulement traîne, qu'il ne se modifie plus sous l'influence des balsamiques, qu'il paraît même sans raison s'exacerber de temps à autre. Ici, les injections sont très utiles, quelquefois nécessaires, et il faut, suivant les cas, savoir à quel sel on doit s'adresser.

Le traitement abortif est *possible* :

Quand la blennorrhagie est tout à fait récente, que les gonocoques sont certains, mais rares, que les phénomènes inflammatoires ne sont pas encore appréciables. Passé les premières quarante-huit heures, le succès est déjà douteux.

Il faut encore que le malade puisse suivre le traitement, assez encombrant, et que celui-ci soit matériellement possible.

La *technique* est variable, et l'on peut avoir des succès avec n'importe quel sel, pourvu qu'on en connaisse bien le maniement.

Le *permanganate de potasse,* à la dose de 20 centigrammes pour un litre, donne *tout à fait au début* de très bons résultats. Donc commencer sans attendre, dès la constatation de la maladie, Faire les injections toutes les quatre heures. Cette multiplicité est nécessaire, sauf irritation. Chaque injection, conservée deux ou trois minutes, sera précédée de quelques lavages de l'urèthre antérieur.

Plus tard, quand l'inflammation est plus avancée, jusqu'au cinquième jour, on peut encore obtenir de très bons résultats avec des *sels d'argent,* et particulièrement le protargol, plus maniable que le nitrate, plus connu que l'argentamine ou l'ichtyargan, moins coûteux que l'argy-

rol. Cependant,s'il y a déjà un peu de congestion et de douleur à la miction, il sera bon de calmer tout d'abord l'urèthre avec quelques injections de permanganate de potasse (0,25 pour 1000), ou mieux d'ichtyol (1 p. 100). Ce calme relatif doit être obtenu en quarante-huit heures par quatre injections par jour. Ceci fait, on arrive au protargol.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Plaies pénétrantes de poitrine. — Corps étrangers de l'urèthre. — Extirpation de la moitié du corps thyroïde. — Corps étrangers de l'œsophage. — Traitement chirurgical des infections biliaires. — Dysphagie tuberculeuse traitée par l'alcoolisation du laryngé supérieur.

M. Delorme revient, à la *Société de chirurgie*, sur la question du *traitement des plaies pénétrantes de poitrine*. M. Delorme est interventionniste, du moins dans les cas graves. L'opération, la thoracotomie suivie de suture du poumon, est selon lui indiquée lorsqu'on est en face d'un hémothorax abondant, menaçant, lorsqu'on constate des signes d'épanchement intra-pleural considérable.

M. Lejars estime que la thoracotomie immédiate ou rapide peut être, dans certaines plaies de poitrine, une opération de salut, mais reconnaît les indications assez rares. La formule des indications n'est pas mathématique et la mesure précise de l'hémothorax ne saurait servir, comme le demande M. Delorme, de critérium pratique. L'aggravation continue des accidents a une valeur plus grande.

M. Tuffier considère les indications de la thoracotomie dans le traitement des plaies pénétrantes de poitrine comme absolument exceptionnelles. Tous les malades — très nombreux, — qu'il a eus à soigner dans ces derniers temps pour des plaies de poitrine ont guéri sans opération. Deux fois, en particulier, l'état des blessés paraissait si grave que les internes de garde les avaient déjà fait placer sur la table d'opération. Dans les deux cas, M. Tuffier fit remettre les malades dans leur lit, avec immobilité respiratoire aussi complète que possible ; tous deux ont guéri. « J'ai vu, dit-il, des troubles fonctionnels très graves, pâleur de la face, syncope, anhélation ; j'ai trouvé des hémothorax remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ; je ne suis jamais intervenu, considérant que ces accidents, si graves qu'ils puissent paraître, pouvaient se terminer favorablement. Plus je vais, plus j'ai la conviction que les indications opératoires sont particulièrement rares, que la mortalité dans les plaies graves du poumon a lieu dans toutes les premières heures après l'accident et que, cette période passée, la guérison est la règle ».

M. Michaux partage l'opinion de M. Tuffier. Il a vu les trois quarts des plaies de poitrine et même davantage guérir spontanément et sans intervention.

M. Demoulin pense également que l'opération doit être exceptionnelle ; mais, quand un blessé saigne abondamment (abondance dont on juge d'après la quantité de sang qui s'écoule par la plaie thoracique, par la bouche, et d'après l'hémothorax) et que sa vie est en danger, il n'y a pas à hésiter : on doit ouvrir la poitrine et aller tarir la source de l'hémorragie.

M. Delorme demande aux chirurgiens abstentionnistes s'ils tiennent compte, dans leur statistique, de ces blessés, qui, transportés à l'hôpital à toute heure de jour et de nuit, en l'absence du chef de service, ne franchissent guère le seuil de l'hôpital que pour y mourir. Ces cas immédiatement très graves, presque les seuls en cause, sont-ils justiciables de l'expectation ? La thoracotomie, opération d'urgence, peut être pratiquée même par un assistant ayant le sang-froid et les connaissances nécessaires. Elle est presque aussi facile que la ligature d'une grosse artère ouverte, d'une fémorale, etc. A l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, tous les jeunes médecins de l'armée sont exercés à la pratique de cette opération comme à la recherche des artères.

M. Riche objecte que si l'opération n'offre pas de très grosses difficultés elle est loin en revanche d'être toujours inoffensive. D'autre part, elle est le plus souvent inutile. La plupart des blessés guérissent quand on veut bien les laisser tranquilles. Il faut surtout éviter la comparaison simpliste que l'on est tenté de faire des plaies du thorax avec celles de l'abdomen. Ce sont deux ordres de faits tout différents. Une plaie de l'abdomen peut intéresser un viscère dont le contenu est d'une septicité non douteuse, avoir déterminé une hémorragie dont la tendance à s'arrêter est à peu près nulle. Au thorax, la septicité du viscère est problématique, la tendance à l'hémostase spontanée est démontrée et la thoracotomie est loin d'être une opération indifférente. L'intervention — qui sera peu fréquente — se décidera par l'aggravation de l'état primitif ou la succession d'un état grave à un état peu inquiétant.

M. Thiéry divise les cas en cas bénins et de moyenne gravité (ne pas intervenir alors), et en cas très graves et désespérés. Pour ces derniers, s'il y a traumatopnée avec pulvérisation de sang par la plaie, opérer immédiatement, surtout si la blessure vient de se produire ; si elle date de plusieurs heures, différer l'intervention. S'il y a collapsus, faire immédiatement et en hâte l'injection massive de sérum intraveineuse, son effet doit être immédiat et doit amener un relèvement de l'état général. Au cas contraire, intervenir.

M. Souligoux fait observer que sur cette passionnante question de la thoracotomie dans les plaies de poitrine, les interventionnistes et les abstentionnistes ne sont pas aussi éloignés de s'entendre qu'ils le paraissent. Les uns et les autres sont d'accord pour conseiller dans l'immense majorité des cas, comme traitement de choix, l'immobilisation du malade après avoir aseptisé

et pansé sa plaie, et pour reconnaître l'utilité de l'opération dans certains cas graves déterminés, ou plutôt encore assez mal déterminés. Ce qui manque encore le plus, en effet, à l'opération, ce sont des indications précises sur lesquelles tout le monde soit d'accord.

— M. Ombrédanne rapporte à la *Société de chirurgie* une observation de *corps étranger de la vessie et de l'urèthre*. Le malade, un garçon de 14 ans, se présenta dans le service de M. Ombrédanne avec un fil électrique qui émergeait de son méat sur une longueur de 25 centimètres. Il avait fait des tentatives réitérées et inutiles pour enlever ce fil en tirant sur l'extrémité et n'avait pu y parvenir.

M. Ombrédanne introduisit le fil qui débordait le méat dans une sonde à bout coupé de gros diamètre, qu'il fit glisser aussi loin que possible espérant faire la route au nœud du fil dont il soupçonnait l'existence. N'ayant pas réussi et sentant au périnée un corps dur, il incisa et fit la taille de l'urèthre postérieur. Il enleva alors un paquet de fil électrique constituant un nœud de volume considérable.

— M. Tuffier présente à la *Société de chirurgie* une malade atteinte de goitre exophtalmique, chez laquelle l'*extirpation d'environ la moitié du corps thyroïde fut suivie d'apparition brusque du signe de Jellineck*.

Le signe de Jellineck consiste en une pigmentation que l'on a comparée à celle de la maladie d'Addison et qui a un maximum de localisation périorbitaire. On le considère comme dû à un fonctionnement vicariant de la capsule surrénale. Il est probable que, chez cette malade, la synergie glandulaire thyro-surrénalienne a été brusquement troublée par la suppression partielle du corps thyroïde.

— M. Guisez montre, à la *Société des chirurgiens de Paris* deux *dentiers enlevés de l'œsophage par œsophagotomie*. L'un était enclavé dans le tiers supérieur, l'autre dans le tiers moyen de l'œsophage. Tous deux étaient volumineux et munis de crochets fixateurs qui rendirent l'extraction difficile par les moyens ordinaires. Elle se fit sans danger grâce aux tubes ovalaires dilatateurs dont se sert M. Guisez.

— M. Marcel Beaudouin fait à la *Société des chirurgiens de Paris* un rapport sur un travail de M. Desjardins, ayant trait au *traitement chirurgical des infections biliaires*.

Ce traitement, variable selon les cas, comprend toute la série des opérations sur les voies biliaires. M. Beaudouin vante les bienfaits du drainage hépatique. Aujourd'hui, cette chirurgie a fait ses preuves.

— M. Munch présente à la *Société de laryngologie de Paris* un malade atteint de *laryngite tuberculeuse avec dysphagie traitée par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur*.

La dysphagie, chez ce patient, était considérable et empêchait toute alimentation. Des injections interstitielles profondes d'alcool pratiquées aux lieux d'élection des deux nerfs laryngés supérieurs firent complètement disparaître la dysphagie. Actuellement, le malade s'alimente dans des conditions satisfaisantes et son état général s'est amélioré sensiblement.

P. L.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Critique d'une expertise.

Les médecins se plaignent de ce que les Syndicats ouvriers veulent créer des cliniques ouvrières ; à ces plaintes, les organisations ouvrières répondent :

Nos syndiqués viennent à chaque instant se plaindre de ce que le médecin qu'ils ont choisi et qu'ils croyaient être un médecin indépendant, se trouve être un médecin d'une compagnie d'assurances ou d'une usine, et que, dans la crainte d'être signalé au consortium des assureurs, ce médecin choisi par le blessé leur répond : « Je ne puis vous donner un certificat « aussi précis que vous me le demandez parce que « cela me ferait du tort auprès de la compagnie « dont je suis le médecin ».

« Donnez-nous, disent alors les blessés à leur « Syndicat ouvrier, une liste de médecins syndiqués ou non, pourvu qu'ils ne soient médecins « d'aucune compagnie ni d'aucune usine. Le « titre de médecin syndiqué ne nous suffit pas, « car dans les syndicats médicaux, il y a des « médecins qui ne respectent ni les principes « ni les tarifs syndicaux. Beaucoup ont des forfaits avec les compagnies et non seulement « ils nous font des certificats incomplets, mais « encore ils refusent de se mettre en rapport avec « les secrétaires des syndicats ouvriers, de nous « accompagner aux expertises ou de faire la critique d'une expertise.

» Nous avons souvent demandé aux Syndicats « médicaux la liste des médecins indépendants, « ceux-ci ne nous ont jamais répondu. Sans doute « les plaintes des médecins des compagnies et « d'usines qui, ainsi éliminés des listes données « aux organisations ouvrières, se trouvaient lésés. Mais est-ce que, d'autre part, ces médecins « de compagnies et d'usines ne lèsent pas dans de « plus fortes proportions leurs autres confrères « indépendants ? Quoi qu'il en soit, puisque nous « ne pouvons pas obtenir des Syndicats médicaux une liste de médecins indépendants, nous « sommes bien forcés d'en chercher nous-mêmes « qui consentent à causer avec nos conseils « judiciaires, à aller aux expertises, et à critiquer les points faibles des rapports des médecins-experts ».

Si les médecins veulent éviter la création des cliniques ouvrières, il faut qu'ils cherchent à donner satisfaction aux légitimes désirs des Syndicats ouvriers. Il faut que les médecins français fassent comme les médecins allemands qui, dit le professeur Lennhof, se font les médecins conseils de leurs clients blessés.

Voici à titre d'exemple la critique d'une expertise :

Je soussigné docteur en médecine, certifie que le 5 juillet, à trois heures de l'après-midi, s'est présentée à mon cabinet une personne qui m'a déclaré se nommer Labaume Martel, être âgée de vingt ans et habiter à Paris, rue de la Justice, 56 (XX[e] arr.).

Ce jeune homme est tombé sur une poutre de fer qui l'a frappé dans la région du rein droit. Il a eu de l'albuminurie et de la néphrite ainsi que l'a constaté le professeur Berger désigné par le tribunal comme expert.

Dans son premier rapport, M. Berger disait, le 18 novembre 1907 :

« Si dans six mois, un an, après l'accident, l'al- « buminurie persiste, il faudra considérer que le « rein est resté définitivement atteint dans son « fonctionnement normal, et régler sur cette al- « tération le pronostic et l'évaluation de l'incapa- « cité subie par le blessé ». (Extrait de la page 13 de la copie du rapport.)

Dans son 2[e] rapport, fait 7 mois 1/2 après, le 1[er] juin 1908, M. le professeur Berger dit :

« 2° L'analyse chimique indique encore une pro- « portion très notable d'albumine, dont la dose « s'élève à quatre cent quatre-vingt-quinze milli- « grammes (près de cinquante centigrammes) par « litre d'urine » (page 8 et page 11 de ce même rapport).

« Conclusions — Troisièmement, sans pouvoir « affirmer que cette incapacité, de même que l'af- « fection qui la cause, soit définitive, comme elle « *paraît* devoir être de très longue durée et *sujette « à des retours*, nous proposons de considérer la « consolidation de la blessure comme acquise ».

Et page 12 :

« 4° Il nous paraît néanmoins sage de soumet- « tre ultérieurement le sieur Labaume à une revi- « sion de son état et des conséquences qu'il entraî- « ne après deux ans d'intervalle ».

Conformément aux conclusions 2 et 3 de l'expert, le tribunal accordait une rente de mille francs au sieur Labaume.

Conformément à la conclusion 4, la compagnie a demandé la revision, et le 20 juin 1910, MM. les experts Reclus, Sicard et Auvray s'exprimèrent ainsi :

« L'examen de l'urine émise devant nous et *pratiqué par nous* ne nous a permis de constater ni la présence de l'albumine, ni celle du glycose » (page 7.)

Et page 10 :

« Sans doute, actuellement, *il n'existe aucun « trouble fonctionnel évident du rein*, aucune per- « turbation chronique de l'urine »,

Et page 11 :

« Mais rien ne nous permet d'affirmer qu'il lut- « tera désormais contre les toxi-affections possi- « bles (fièvres éruptives, infections pulmonaires, « etc)., avec les mêmes avantages, la même force « de résistance rénale qu'avant sa blessure. »

« Conclusions : Labaume ne présente plus d'in- « capacité absolue, mais seulement une incapa- « cité permanente partielle pouvant être évaluée « de 8 à 10 %. ».

Déjà, il nous paraît bien insuffisant de n'accorder que 10 % à un jeune homme que les experts n'osent affirmer capable de résister comme avant aux toxi-infections des maladies éruptives et pulmonaires.

Mais surtout, malgré tout notre respect pour la science de ces experts, nous savons fort bien qu'ils se sentent si incompétents pour faire une analyse d'urine aussi délicate et aussi précise que celle en question, que, lorsqu'ils ont à porter un pronostic chez un de leurs riches clients, ils font faire leurs analyses dans un laboratoire réputé. Or, à la page 7 de leur rapport, ils disent qu'ils ont examiné eux-mêmes cette urine et qu'ils n'y ont pas constaté la présence de l'albuminurie.

Eh bien ! les faits sont là pour prouver que MM. les experts ont eu tort de ne pas faire dans l'intérêt de la Vérité, de la Justice et d'un blessé sans fortune, ce qu'ils ont fait pour leur riche client.

J'ai fait pour ce blessé ce que je fais pour mes autres clients, j'ai fait examiner l'urine de ce blessé dans un laboratoire d'une réputation incontestée ; et le laboratoire a répondu, contrairement aux experts ;

Albumine : traces très faibles.

Donc il y en a peu, mais il y en a.

Si nous rapprochons ce résultat de la phrase du rapport de M. le professeur Berger, expert : « cette affection est sujette à des retours », nous voyons qu'en admettant qu'il n'y ait pas eu de traces d'albumine au moment de l'analyse faite par les experts (chose douteuse, car ces trois chirurgiens ne sont pas des chimistes suffisamment compétents), cette albumine a reparu et que, conformément aux justes et sagaces prévisions de M. le professeur Berger, l'affection a fait un retour.

Les docteurs Reclus, Sicard et Auvray paraissent donc avoir tort lorsqu'ils disent (page 10) :

« Il n'existe aucun trouble fonctionnel évident « du rein, aucune perturbation chronique de « l'urine ».

Et nous appuyant sur l'analyse faite par un chimiste compétent (dont ci-joint le rapport) nous avons le droit de dire contrairement aux experts :

« Il y a un trouble fonctionnel évident du rein, « il y a une perturbation chronique de l'urine ».

Dans ces conditions, une contre-expertise est nécessaire, car une rente de 75 fr. est insuffisante et accorder l'assistance judiciaire pour aller en appel de cette expertise et de ce jugement paraît une mesure des plus justifiées.

D[r] DIVERNERESSE.

St-Mandé, le 5 juillet 1911.

MÉDECINE SOCIALE

La Dépopulation.

Cette question est une précieuse ressource pour les derniers salons où l'on cause.

Lorsque la conversation a épuisé les potins du jour ou risque de s'égarer sur un sujet brûlant, vite la maîtresse de maison,ou l'un de ses fidèles, l'aiguillent sur une question de tout repos, comme l'alcoolisme, la désertion des campagnes ou la dépopulation. Après avoir reproduit consciencieusement les dangers de cette plaie sociale et les moyens d'y remédier, qui traînent dans tous les journaux et font en quelque sorte partie du catéchisme social, chacun de ces célibataires ou gens sans enfants s'en va, content de soi, à ses plaisirs ou ses affaires.

Il est vexant, pour ceux qui accordent aux médecins une mentalité quelque peu supérieure à celle de la foule (et surtout de la foule mondaine), de retrouver cet exercice de perroquets dans beaucoup de nos publications professionnelles.

Est-il donc si difficile pour des esprits familiarisés avec l'étude des phénomènes naturels, d'admettre que des faits qui se manifestent d'une façon constante, progressive, dans tous les pays, dans tous les temps, doivent répondre à une loi générale ?

Dès lors, n'est-il pas plus logique, plus scientifique de rechercher, sans parti pris, à dégager cette loi, que d'imaginer quels moyens opposer autoritairement à une évolution inéluctable?

Ce qui se dégage, d'une façon certaine, du fatras des statistiques, c'est que la dépopulation sévit surtout chez les gens riches et dans les pays riches ; elle accompagne toujours et partout le bien-être, ou, si l'on veut l'appeler ainsi, la civilisation.

N'en est-il pas de même dans le règne animal où les races sélectées deviennent moins fécondes, à mesure que leurs produits acquièrent plus de valeur ; et plus évidemment encore, dans le règne végétal, où nous voyons les plantes cultivées en bon terrain produire des fleurs doubles, c'est-à-dire des fleurs où les organes reproducteurs ont été plus ou moins complètement remplacés par des pétales brillamment colorés ?

Voilà la loi naturelle générale. Que peut-on faire contre-elle ?

Beaucoup de gens ne peuvent se résoudre à l'accepter, habitués qu'ils sont depuis l'enfance au dogme de la prééminence de leur race sur toutes les autres de la terre.

Que diraient-ils, si on leur démontrait que les races n'existent pas, en tant qu'espèces humaines distinctes, caractérisées chacune par des propriétés physiques, intellectuelles et morales transmissibles héréditairement, sans modifications importantes ?

Cette démonstration, je l'ai trouvée dans la *Grande Revue,* où Jean Finot l'expose en deux articles (15 mars et 1er avril 1911) intitulés : « Le Roman des Races ».

Les Français se croient descendants des Gaulois ? De Jubainville a prouvé que les prétendus descendants des Germains ont beaucoup plus de droits à revendiquer cette hérédité et que c'est nous, au contraire, qui sommes des Germains.

D'ailleurs, que compte une tribu dans notre ascendance, alors qu'on en relève d'une façon formelle une soixantaine, et des plus diverses, puisqu'à côté des Gaulois, Cimbres, Teutons et Suèves, on trouve des Phéniciens, des Slaves, des Peslages, des Etrusques et jusqu'à des Négroïdes ?

On peut encore découvrir la trace distincte de quelqu'une de ces tribus dans des coins isolés de la France. Topinard, Coligon, Guilbert retrouvent dans les Bigouden du Finistère (région de Pont-l'Abbé) des Finnoises et des Mongoles,et il est certain que le type et le costume rappellent nettement ceux de ces populations.

Le Dr Roujou prétend en avoir rencontré aussi en Auvergne, et le Professeur Sabatier, dans les Cévennes.

Il en est de même pour toutes les nations européennes : « race aryenne, race latine », pures légendes qui ne résistent pas à un examen sérieux.

Tels sont les résultats fournis à Jean Finot par les observations ethnographiques.

Voici mieux : La formation toute moderne et extraordinairement rapide de la population des Etats-Unis d'Amérique fournit les moyens d'une véritable expérience. Des gens issus des nations européennes les plus diverses prennent là-bas, et tout de suite, des modes identiques de penser et d'agir opposés à ceux de leurs nations originelles.

Bien plus, les caractères considérés comme les plus fixes, les plus représentatifs de la race, tels que les indices céphaliques, se transforment, s'unifient et cela, non pas au cours des siècles, mais dès la première génération.

Il existe, aux Etats-Unis, une commission d'immigration, disposant d'un budget considérable qui lui permet de faire effectuer des mesures très précises sur un nombre immense d'enfants, sous le contrôle d'hommes compétents.

Voici, pour ce qui nous occupe, les résultats : la forme de la tête des enfants d'immigrés, nés eux-mêmes en Amérique, se rapproche du type américain en proportion directe des années de séjour de leurs parents dans leur nouvelle patrie. Les crânes subissent l'influence du milieu et avec une rapidité telle que les crânes des enfants se développent en sens inverse de l'évolution normale de leur race.

La longueur de la tête des jeunes Siciliens diminue et leur largeur augmente, tandis que l'inverse se produit pour les jeunes Juifs, si bien qu'à 20 ans, il n'y a plus de crânes de Siciliens, ni de Juifs,mais seulement des têtes d'Américains, naturalisés ainsi, on peut le dire, anatomiquement.

Ce qui fait la race, ce n'est donc pas l'hérédité terriblement mélangée et ne résistant pas aux changements de milieux, c'est bien plutôt la communauté de pensées, d'aspirations, de be-

soins provenant de conditions d'existence semblables.

Laissons chacun philosopher sur les conclusions qui se dégagent de ces faits scientifiquement établis, et cessons de nous alarmer de la disparition possible des soi-disant Français de pure race, en reconnaissant qu'ils continuent et continueront à se recruter comme ils l'ont toujours fait, parmi les étrangers.

Il n'est pas nécessaire d'aller, avec Jean Finot, puiser nos exemples jusqu'en Amérique alors que le prototype du Français, le Parisien, nous offre la démonstration la plus évidente de notre thèse. Pour un ou deux sur cent habitants de Paris, qui sont nés dans la grande ville, combien d'Auvergnats, de Savoyards, de Bretons, de Gascons, de Basques, de Picards, mêlés à des Allemands, Russes, Polonais, Roumains, Brésiliens, Nègres, Peaux Rouges et Arabes ?

Et c'est cette foule bigarrée, venue de partout, qui constitue le groupement humain, de l'avis unanime, le plus vivant cérébralement, le plus policé, le plus remarquable par la sûreté de son goût et la délicatesse de ses sentiments !

Ce n'est pas à dire que tous ceux qui habitent Paris soient, par là même, des Parisiens. Il en est, et de très nombreux, qui n'ont jamais pu se défaire de leurs vieilles habitudes, de leur ancienne mentalité, entretenues par la vie en commun avec des compatriotes, dans ces divers coins de Paris qui sont comme autant de petites provinces ou de colonies étrangères. Ces gens-là ne se mêlent pas à l'ensemble de la population, non plus que les bourgeois vivant confinés dans leurs bureaux, leurs boutiques et leurs appartements, occupés à compter les écus amassés chaque jour ; ils ne coopèrent pas, ou si peu ! — à la vie et à l'opinion publiques.

Ce sont des non assimilés, des déchets, des sous-produits comme il en reste dans toutes les industries.

Les autres, au contraire, se sont vite faits à leur nouvelle existence et se sont reconnus à Paris comme dans leur véritable élément, dans le milieu le plus favorable à l'éclosion de leurs idées, à la satisfaction de leurs aspirations. Voilà les vrais Parisiens ; d'où qu'ils soient venus et depuis combien de temps ? Qu'importe. Ils étaient nés pour vivre dans ce milieu de vie sociale intense, ils ont de suite adopté et ils continuent la tradition parisienne d'esprit critique, de liberté de jugement et d'action, avec tout ce qu'y apporte l'évolution générale humaine.

N'en est-il pas de même pour l'alimentation de Paris, qui se compose des meilleurs produits du monde entier et les plus divers ?

Ainsi Paris draine la population du globe, rejette et tue les uns, laisse de côté d'autres inassimilables, et finit par constituer avec le reste un ensemble homogène, quoiqu'essentiellement cosmopolite.

Il en est et il en sera de plus en plus de même pour toute la France ; à mesure que les natifs ne procréeront plus ; elle se repeuplera davantage par infiltration.

Tout cela ne va pas évidemment sans quelques heurts. Le nouveau venu est surtout attiré par Paris ou quelques grandes villes ; et le vide se fait dans les campagnes qui elles-mêmes essaiment dans les villes.

C'est une question liée intimement à celle de la dépopulation et que je me propose d'aborder prochainement.

D[r] Edmond DUCHEMIN.

GYNÉCOLOGIE

Grossesse ectopique ayant évolué jusqu'au terme. — Rétention fœtale de 33 ans. — Extraction par laparatomie.

(*Cette grossesse ectopique fut suivie de deux grossesses normales.*)

Par le D[r] LETOUX (de Vannes).

L'observation que j'ai l'honneur de présenter est intéressante pour sa rareté. La description du lithopédion que voici, et que veut bien vous faire mon excellent maître, le Docteur Malherbe, retiendra par surcroît votre attention.

Pour mon compte, je ne me permettrai aucun commentaire, sachant trop bien que vous trouverez dans la littérature médicale tous les renseignements utiles.

Tout de même, laissez-moi vous dire qu'un chirurgien n'a le droit d'entreprendre une opération comme celle que j'ai faite qu'à la condition d'y être obligé par les circonstances et après avoir longuement réfléchi. Il faut qu'il se rappelle que les lithopédions ont la fâcheuse habitude d'adhérer aux organes maternels, et de telle façon qu'ils font corps avec eux et les perforent souvent. Parfois ils s'éliminent, après infection, par les intestins, la vessie ou par ailleurs.

Il faut savoir encore qu'une fois commencée, l'opération doit être conduite à son terme ; car, je ne vois pas comment on pourrait recourir à la la marsupialisation dans un cas pareil.

Une fois la résolution d'opérer prise, on doit ne plus hésiter : les intestins se résèquent, s'anastomosent ; les uretères s'implantent où l'on veut ; la vessie se répare..... les ressources actuelles de la chirurgie justifient presque toutes les audaces. Il suffit qu'on soit propre, bien outillé et bien entraîné à la chirurgie du ventre. Il faut surtout admettre et pratiquer ce principe qu'une opération doit être conduite comme une banale dissection de pièce anatomique.

Mais, malgré tout, alors même que l'opération aura suivi la marche la plus heureuse, elle laissera dans le ventre de larges surfaces dépéritonisées, qui seront l'amorce pour des déchéances, parfois brèves, d'adhérences multiples ; et ce sera la fâcheuse obstruction intestinale aiguë ou chronique. Pour me garder, autant que possible, de pareille aventure, je me suis appliqué à disséquer loin de l'intestin. Par place, j'ai laissé sur l'intestin les fragments minces de la tumeur plu-

tôt que de m'exposer à le dénuder de trop près.

Combien tous ces dangers — dangers opératoires et dangers post-opératoires — donnent raison à Begouin, de Bordeaux quand à l'occasion d'un cas analogue publié en 1908 au Congrès de Chirurgie, ce chirurgien nous dit : (Voir *Congrès*, compte-rendu, page 147).

« Si l'on se rappelle que dans les grossesses abdo« minales, le kyste fœtal peut être opéré sans grand « risque d'hémorragie deux ou trois mois après la « mort du fœtus, et qu'à ce moment les adhérences « maternelles sont *nulles*, permettant une *marsu*« *pialisation* facile, l'on voit bien qu'il y a une « *indication chirurgicale très nette à ne pas laisser* « *persister ces rétentions fœtales et à les opérer au* « *bout de quelques mois, au plus tard dans le cou*« *rant de la première année.* ».

Voilà la véritable indication :

Mais au lieu de dire *marsupialisation*, je dis *enlèvement*.

Donc les kystes fœtaux doivent être opérés dès la première année. Plus tard, l'opération, devenue particulièrement grave, ne sera tentée que pour des cas de nécessité, la tolérance pouvant se prolonger très longtemps. Sappey a décrit un lithopédion de 56 ans et Kuchen Meister, *un de* 57 *ans*.

Observation. — S..., Maria, femme C., ouvrière, âgée de 55 ans, née à Vannes, département du Morbihan, entrée à l'Hôpital de Vannes, le 18 mai 1911, pour tumeur du ventre.

Antécédents héréditaires : Père mort à 31 ans, de tuberculose. Mère morte à 68 ans de débilité sénile (?), a eu 7 enfants, — soit trois garçons, tous morts ; deux d'accidents, un de méningite, à sept ans, — et quatre filles ; l'une d'elles est morte d'accidents, les trois autres sont vivantes actuellement.

Antécédents personnels. — Mme C. a toujours été d'une bonne santé ; cependant, vers 10 ans, elle eut la fièvre typhoïde. Mariée à 18 ans, *avant d'être réglée*.

Les premières règles apparurent dans les premiers mois du mariage ; elles furent peu abondantes, cessèrent bien vite et, dès l'âge de 19 ans et 3 mois, la malade avait un premier enfant. Ses occupations l'empêchèrent d'être nourrice.

L'enfant, qui était une fille, mourut, à 2 ans, de tuberculose.

Une seconde grossesse survint, et, à l'âge de 20 ans et 2 mois, Mme C. accouchait d'une seconde fille, bien constituée, qui mourait en nourrice à l'âge de 7 mois.

Quelque temps après cette deuxième grossesse, la malade avait alors environ 21 ans, troisième grossesse ; celle-ci avait été précédée d'une période pendant laquelle les règles apparurent très régulièrement.

Vers le 3e mois de cette grossesse, la malade étant à la campagne, à trois kilomètres de chez elle, fut prise brusquement d'une douleur atroce dans le ventre et dut rester couchée dans un champ, pendant environ une heure. Puis elle put rentrer chez elle, à pied, ne consulta même pas, et même ne raconta rien à son mari.

Donc : douleur brusque dans le ventre vers le 3e mois d'une grossesse, mais, sans aucune espèce d'accidents immédiats.

Vers le 5e mois, apparition de nouvelles douleurs, plus fortes encore ; la malade doit s'aliter, et, à partir de ce moment, elle gardera le lit, jusqu'à la fin de sa grossesse.

Elle insiste surtout, dans son récit, sur les secousses que produisaient dans son ventre les mouvements de l'enfant ; à de certains moments, on devait lui comprimer le ventre avec force ; c'était la seule façon de la soulager.

A la fin de cette grossesse, la sage-femme est appelée pour les premières douleurs ; un médecin vient à son tour, on attend un jour, deux jours....

Un second médecin est demandé en consultation ; il s'agit d'un confrère qui s'occupe habituellement d'accouchements, et, pendant cinq jours, ces deux confrères et la sage-femme attendent sans résultat.

Le sixième jour, ils constatent que l'enfant est mort. Il se fait une montée de lait et une perte de sang de l'importance des règles habituelles.

Mme C., très fatiguée, continue de souffrir, et ne peut reprendre ses occupations que quatre mois après.

Pendant ces quatre mois, elle fut réglée régulièrement. Elle conserve, très bien, le souvenir qu'elle sentait alors une grosseur dans son ventre.

Cinq ans plus tard, la malade avait alors 26 ans, nouvelle grossesse normale, accouchement facile et rapide d'un garçon bien constitué.

Deux ans après, à la suite d'une grossesse également normale, la malade avait un autre garçon actuellement âgé de 27 ans, vigoureux et très bien portant.

Depuis, les règles furent régulières et disparurent à l'âge de 38 ans.

Depuis un an, la malade, jusque-là bien portante, a été prise de douleurs violentes dans le ventre, toute espèce de travail était devenu impossible et c'est pourquoi elle vint me consulter. Ma première impression, au palper, fut que j'étais en présence d'une grossesse ectopique et les commémoratifs qu'on vient de lire me confirmèrent dans cette idée ; en réalité, il s'agissait d'une tumeur dure, collée à la paroi abdominale, indépendante du foie et sans relation apparente avec les organes génitaux.

Je crus l'opération justifiée et possible ; la malade la demandait d'ailleurs.

Opération le 23 mai 1911, avec l'assistance de mon aide bahituel le docteur Colas-Pelletier.

Endormissement au chloroforme ; préparation de la peau à la teinture d'iode du Codex ; mise en position inclinée. Incision de la peau allant du pubis à l'ombilic.

Les tranches cutanées sont ourlées de compresses aseptiques maintenues en place à l'aide de pinces à griffes de Doyen, mises sous les compresses.

Ouverture de la paroi avec un nouveau bistouri (le bistouri ayant servi à la section de la peau étant considéré comme pouvant être septique).

Le péritoine apparaît adhérent à la tumeur, mais a résistance de celle-ci fournit un bon point de ep ère ; avec les ciseaux courbes et même la rugi-

ne, je libère en bas le péritoine, en haut l'épiploon adhérent et j'aperçois la tumeur dénudée sur une surface large comme la main. J'enfonce alors le tire-bouchon et continue de libérer, à droite, à gauche et en haut. Bien vite, je trouve, à droite et à gauche, des adhérences intestinales qui nécessitent une dissection minutieuse et même, par endroits, je dois laisser à la surface de l'intestin des fragments minces de la tumeur.

Pour mobiliser la tumeur et présenter ses différentes surfaces, je place le tire-bouchon en différents points.

C'est au cours de l'une de ces manœuvres que la tumeur éclate. Il s'écoule alors un peu de liquide jaune, huileux, vite étanché et j'aperçois un pied calcifié (un pied de fœtus à terme), audessus de lui — le front — situé au pôle supérieur de la tumeur.

Bientôt la face postérieure de la tumeur est libérée de ses très nombreuses adhérences avec l'intestin grêle et elle apparaît suspendue hors du ventre à un pédicule situé dans la fosse iliaque droite. Ce pédicule n'est qu'une bride péritonéale sur laquelle je jette une ligature ; c'est la première depuis le commencement de l'opération et ce sera la seule.

Je vais alors à la recherche de l'utérus et le trouve dans le petit bassin, caché derrière les intestins ; il est petit, très blanc et présente de petites annexes sans adhérences.

Assèchement avec des compresses de gaz, suture du péritoine au fil de lin en surjet en laissant un gros drain. Suture musculo-aponévrotique au fil de lin, points séparés. Crins de Florence à la peau, points séparés.

Durée de l'acte opératoire : 24 minutes.

Pansement aseptique ; suites normales. La température la plus haute fut 37°6, le septième jour.

La malade se lève le 10e jour, pour s'asseoir dans un fauteuil.

Aujourd'hui 14 juin, je crois pouvoir considérer que ma malade est hors d'affaire. En tous cas, rien ne fait prévoir des phénomènes d'obstruction ; le fonctionnement intestinal reste, en effet, très satisfaisant, sans aucune espèce de secours — mais je me promets, malgré tout, d'exercer une surveillance attentive.

(Extrait de la *Gaz. méd. de Nantes.*)

Petite correspondance de médecine pratique

Quand doit-on envoyer un malade atteint de crises hépatiques faire une saison à Vichy ?

Réponses.

I

Vichy, le 10 juillet 1911,

Mon cher confrère,

Je m'empresse de répondre à la demande du docteur DURAND.

En règle générale, il vaut mieux attendre que tout se soit refroidi, mais ce n'est pas indispensable.

J'ai eu l'occasion de consulter à plusieurs reprises (3 cas cette année), des malades, dont la dernière crise remontait à 3 à 4 jours et dont le foie restait encore chaud.

Il suffit d'aller doucement et de surveiller de très près son malade.

Le résultat est le même.

Cordialement vôtre.

Dr COTAR.

II

1er *cas.* — Cette année, je viens de soigner à Vichy un malade atteint de coliques hépatiques récentes. Mon malade était dans le cas de celui du Dr Durand.

Du 1er au 2 juin 1911, crise de colique hépatique qui a duré trois jours. On a été obligé de faire une piqûre de morphine pour calmer cette crise. Le traitement a été commencé le 8 juin, c'est-à-dire trois jours après la fin de la crise. Cure du 8 au 28 juin ; il n'y a pas eu la moindre crise de colique hépatique pendant tout le traitement. Le malade a fait une cure excellente et n'a nullement souffert du foie.

2e *cas.* — Un malade souffre de coliques hépatiques depuis deux mois. Les crises sont très fortes et très longues. Elles durent quelquefois quinze jours, elles sont suivies de huit jours de calme et elles recommencent. Le malade a souffert en chemin de fer dans la nuit du 4 au 5 juillet. La cure est commencée le 5 juillet. Le 19 juillet, après quatorze jours de traitement, il n'y a pas eu de crise de colique hépatique. Cependant le malade a eu le 7 juillet, à 6 heures du soir, une petite douleur au niveau du foie, qui a duré une demi-heure environ, et qui ne peut être appelée une crise de colique hépatique.

On observe néanmoins des crises de coliques hépatiques pendant la cure de Vichy. Souvent, elles peuvent être imputées à un écart de régime et à une indigestion. Il peut aussi survenir des crises de coliques hépatiques sans écart du régime. Une excellente pratique consiste à donner 7 grammes de sulfate de soude dans 100 grammes d'eau de la Grande Grille tous les matins au réveil. On évitera ainsi bien des coliques hépatiques.

Je conclurai en disant que la malade de M. le Dr Durand doit être envoyée immédiatement à Vichy pour y suivre son traitement et faire sa cure.

Docteur GANDELIN,
Médecin consultant à Vichy.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du rhumatisme chronique,

Par le Dr FURGOU.

Il y a dans le rhumatisme articulaire chronique deux phases à considérer. Une période où les phénomènes aigus ou subaigus dominent la scène, une période de chronicité pure.

Le traitement diffère dans l'un et l'autre cas.

Dans toute poussée aiguë plus ou moins fébrile, c'est au salicylate de soude qu'il faut avoir recours. La réapparition de douleurs plus ou moins erratiques suffit à en légitimer l'emploi. Un bon moyen de faire absorber le salicylate est de le faire prendre à doses élevées, 4 à 6 grammes par jour, en cachets de 50 centigrammes dans un demi-verre d'eau de Vichy. Les alcalins sont fort utiles et on devra prescrire le régime lacté pendant l'état fébrile.

A la période *chronique,* il faut s'en tenir à l'iode, à l'arsenic, au phosphore. L'iode est un résolutif des empâtements articulaires et un modificateur de la nutrition générale. La teinture d'iode absorbée par l'estomac risque de provoquer de la gastrite. L'iodure de potassium ou de sodium sont assez souvent suivis d'iodisme et la méthode actuelle est de conseiller les combinaisons albuminoïdes d'iode. Quand ces combinaisons sont faites avec la protéine végétale non coagulée (glidine), leur toxicité est très atténuée, on remarque une absence complète de causticité et leurs effets sont plusieurs fois supérieurs à ceux du KI.

Ainsi, un comprimé d'iodoglidine renfermant 5 centigrammes de métalloïde est aussi actif que 25 centigrammes d'iodure de potassium et comme cet iode-albuminoïde est stable, lentement dissociable dans l'intestin, ses effets sont prolongés, énergiques et sans inconvénients. On donnera donc contre le rhumatisme chronique, pendant 15 jours par mois, deux à quatre comprimés par jour d'iodoglidine au milieu des repas.

Une remarque est importante à faire : depuis les travaux de l'école de Lyon, il est admis que certains rhumatismes chroniques sont d'origine tuberculeuse. On examinera donc les poumons du malade avant d'ordonner l'iodure et on devra proscrire cette médication dans le cas de lésions avérées.

L'arsenic sous la forme de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude ou plus commodément d'arsan (combinaison organique d'arsenic), est un actif modificateur des échanges et il est utile de l'ordonner pendant 10 jours par mois.

On peut employer aussi contre le rhumatisme chronique un traitement externe. Le massage et la mobilisation seront nécessaires pour remédier à l'atrophie et empêcher les adhérences. Des frictions douces et prolongées sur les lésions avec une pommade iodée favorisent la résolution des œdèmes. L'iodex est à ce point de vue fort utile parce que tout en renfermant 5 % d'iode libre, il ne tache pas et n'irrite pas l'épiderme. Par ce topique, l'absorption de l'iode est rapide et complète sans inconvénients.

On prescrit pour chaque friction bi-quotidienne gros comme un pois d'iodex.

Que dire de la balnéation ? Si ce n'est qu'elle est fort utile prise chaude et sulfurée. Les bains devront être prolongés pendant 3/4 d'heure à une heure. On a préconisé aussi les bains salés, les bains de sable, les bains de boue, d'air chaud, de vapeur. Enfin, les sources thermales sulfureuses des Pyrénées auront leurs indications.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'administration.

29 juin 1911.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Gairal, Delefosse, Noir, Mignon, Gassot, Bresselle, de Ranse, Diverneresse, de Grissac.

En l'absence du Dr Jeanne, excusé, M. le Dr Bresselle remplit les fonctions de secrétaire.

Le procès-verbal de la séance du 14 juin est lu et adopté sans observations.

M. Mignon, secrétaire général, expose qu'il a reçu plus de 600 lettres, mais que les imprimés nécessaires s'étant fait attendre, il n'a pu répondre immédiatement. Comme il y aura, de ce fait, un retard considérable, M. Mignon demande que le Conseil tienne une ou deux séances supplémentaires qui seraient considérées comme la suite de la présente séance et dans lesquelles on pourrait statuer sur les demandes d'admission qui vont sans doute se produire en très grand nombre. (*Adopté.*)

M. Gassot, trésorier, a soumis à M. Fleury, actuaire, les demandes de passage de la combinaison C de l'Amicale à P de la Mutualité. Il fera connaître aux intéressés les réponses au fur et à mesure qu'il les recevra.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités-maladie :

Indemnités

15	Cure thermale	100	»
17	44 j.	440	»
18	12 j.	120	»
30	Cure thermale	100	»
34	3 m.	300	»
56	12 j.	120	»
74	30 j.	300	»
76	11 j.	110	»
78	3 m.	300	»
80	3 m.	300	»
100	3 m.	300	»
107	3 m.	300	»
129	11 j.	110	»
137	3 m.	300	»
140	3 m. 1/2	150	»
141	3 m.	300	»
142	3 m.	300	»

147	3 m.	300	»
154	3 m.	300	»
173	3 m.	300	»
177	3 m.	300	»
185	43 j.	430	»
186	3 m.	300	»
215	3 m.	300	»
234	22 j.	220	»
274	9 j.	90	»
278	15 j.	150	»
293	33 j.	330	»
295	17 j.	170	»
301	8 j	80	»
307	25 j.	250	»
311	34 j.	340	»
319	14 j.	140	»
332	3 m.	300	»
341	3 m.	300	»
348	33 j.	330	»
372	3 m.	300	»
373	3 m.	300	»
412	3 m.	300	»
413	4 j.	40	»
415	21 j.	210	»
421	3 m.	300	»
439	19 j. à 10 fr + 1 m. et 12 j. ch.	329	95
487	22 j.	220	»
516	14 j.	140	»
520	11 j.	110	»
523	54 j.	540	»
542	1 mois + 24 j. à 3 fr. 33	146	60
545	4 j.	40	»
549	3 m.	300	»
573	25 j.	260	»
585	15 j.	140	»
612	7 j.	70	»
634	20 j. + 6 à 3 fr. 33	220	»
657	60 j. à 10 fr + 5 j ch	616	65
677	3 m	300	»
680	29 j. à 10 fr. + 1 m. et 3 j. chr.	396	»
695	7 j.	70	»
704	46 j.	440	»
708	29 j.	490	»
719	3 m.	300	»
749	3 m.	300	»
750	16 j. à 10 fr. + 1 j. ch.	163	30
764	34 j.	300	»
768	5 j.	50	»
772	3 m.	300	»
807	17 j.	170	»
822	42 j.	420	»
832	9 j.	90	»
848	13 j.	130	»
853	37 j.	370	»
856	16 j. 1/2 B.	80	»
875	11 j.	110	»
888	3 m.	300	»
904	3 m.	300	»
934	8 j.	80	»
1004	8 j.	80	»
1010	34 j.	340	»
1026	15 j.	150	»
1050	8 j. + Cure thermale	180	»
1052	3 m.	300	»
1079	28 j.	280	»
1154	3 m.	300	»
1179	15 j.	150	»
1181	40 j.	400	»
1203	8 j.	80	»
1240	11 j.	110	»
1304	3 m	300	»
1308	3 m	300	»
1312	9 j.	90	»
1353	10 j.	100	»
1403	8 j.	80	»
1408	57 j.	570	»
1410	42 j.	420	»
1446	7 j.	50	»
1452	7 j.	70	»
1453	33 j.	330	»
1455	2 mois 1/2 ch.	250	»
1482	18 j.	180	a
1485	6 j.	60	»
1521	42 j.	420	»
1555	11 j.	110	»
1556	8 j.	80	»
1573	45 j.	450	»
1588	60 j. à 10 fr. + 10 j. ch.	633	35
1671	7 j.	70	»
1694	4j.	40	»
1702	27 j.	270	»
	Total	25.866	50

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

MM. *Combinaison M A*

Chaintre, à Dôle (Jura).
Gaymard, à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes).
Raffalli, à Seillans (Var).
Clerc, à Orgelet (Jura).
Rouyer, à Paris.
Fabre, à Nîmes (Gard).
Pétriaux, à Gespunsart (Ardennes).
Vigouroux, à Montpellier (Hérault).
Rudelle fils, à Paris.
Mme Mosnier, à Alais (Gard).
Lefèvre, à Montluçon (Allier).
Noir, à Paris.
Mourre, à Lorgues (Var).
Briffaut, à Gérardmer (Vosges).
Signoret, à Paris.
Davet, à Epinac-les-Mines (Saône-et-Loire).
Nurdin, à Fougerolles (Haute-Saône).
Brocard (Michel), à Langres (Haute-Marne).

1/2 MA

Doret, aux Aydes-Orléans (Loiret).

Combinaison P.

Guilbard, à Chavanges (Aube).
Contal, à Chavanges (Aube).
Jacowski, à Chavanges (Aube).
Mme Mathey, à Ronchamp (Haute-Saône).

Sont autorisés à passer de C à P. :

Mathey, à Ronchamp (Haute-Saône).
Robert, à Lavoncourt (Haute-Saône).
De la Tour, à Rochefort (Charente-Inférieure).
Massoulard, à Troyes (Aube).

Combinaison R

La Bonnardière, aux Arcs (Var).
Motel, à Vannes (Morbihan).

Combinaison V

Nurdin, à Fougerolles (Haute-Saône).

Le Conseil examine ensuite la correspondance et prend sur chaque cas les décisions qu'il comporte :

Le Conseil charge M. Vimont, trésorier adjoint, de faire le nécessaire pour faire passer au nom de la Mutualité familiale les récépissés des titres de la Caisse des pensions.

Le Conseil décide qu'il tiendra une séance supplémentaire le 20 juillet.

Le secrétaire : Dr Bresselle. *Le Président* : Dr Maurat.

Libre choix et situations acquises dans la Mutualité (1)

Rapport du Dr L. Chapon,

Secrétaire général de la Fédération des Médecins de la région parisienne.

Messieurs,

La question que nous avons à examiner aujourd'hui ne concerne plus le principe du libre choix. Ce principe est admis, vous l'avez voté, et je me garderais bien de le soumettre à une nouvelle discussion devenue superflue.

Ce qui doit désormais fixer notre attention, c'est l'étude des moyens à employer pour aboutir sûrement à des *réalisations.Pour seconder notre* effort, j'ai convoqué, à deux reprises, 300 médecins de la mutualité. Je les ai invités, de façon pressante, à venir éclairer de leur expérience nos délibérations. *Nous ne voulions rien tenter qui ne leur eût été préalablement soumis.* Si, parmi eux, quelques-uns sont venus se joindre à nous, il en est d'autres, en plus grand nombre, qui se bornèrent à une regrettable abstention. Les uns estimaient sans doute que tout était pour le mieux dans la Mutualité. Les autres opposèrent une indifférence singulière et inattendue, puisqu'il s'agissait de défendre d'abord leurs propres intérêts. D'autres, enfin, et c'est une majorité imposante, j'en suis sûr, nous ont, en s'abstenant virtuellement, légué pleins pouvoirs. A leurs yeux, la situation ne saurait être pire et toute réforme obtenue serait une réforme heureuse.

C'est donc à nous seuls qu'il appartient d'apporter des précisions et de prendre toutes les responsabilités. Faisons-le bravement, redoublons de franchise, et démontrons à certains confrères qu'ils ont parfois le tort de déformer nos desseins et de voir, dans notre campagne, une action offensive contre les médecins de la Mutualité.

* * *

Comment le libre choix peut-il s'exercer ? De trois manières : ou bien ce sera le libre choix par extinction. Ce procédé serait si lent qu'il ne vaut pas la peine d'être décrit, et j'y renonce d'emblée. Ou bien ce serait un libre choix qui obéirait à une progression relativement rapide et dont je vais vous déterminer le fonctionnement. Les Sociétés de secours mutuels réunies assurent leurs services dans la région parisienne par le concours de mille médecins environ, et tiennent ainsi à l'écart plus de 2.000 praticiens.

Nous demanderions, dès aujourd'hui, à ces sociétés, de porter à 1.200, par exemple, le nombre de ces médecins et de procéder chaque année à une augmentation de 200 unités médicales. Il est difficile d'admettre que plus de 3.000 confrères soient prêts à accepter le tarif ouvrier de 3 et de 4 fr., réclamé par nous. Il en est, en effet, qui se sont spécialisés et pour lesquels ces prix sont loin d'être suffisants. Si, de plus, on convenait de remplacer chaque médecin disparu ou démissionnaire par 3 ou 4 confrères au lieu d'un, tout porte à croire qu'en moins de 10 ans, les 3.000 médecins seraient pourvus. J'avoue que ce procédé, exempt de brutalité, m'avait, tout d'abord, singulièrement séduit. Et il eût suffi que les confrères de la mutualité fussent venus défendre leurs intérêts, pour que cette proposition, mise aux voix, eût réuni tous les suffrages.

Mais il en fut autrement et, depuis lors, la campagne entreprise par la Fédération a porté ses fruits. Grâce à l'action continue de chacun de vos groupements, grâce à cette persévérante énergie dont les exemples sont nombreux ici, je pourrais affirmer, dis-je, que la vérité est en marche. Rien ne l'arrêtera plus. Vous avez éclairé les esprits, vous avez dénoncé le danger, vous avez démontré l'étendue du malaise que nous subissons. Quelque peu irrités des causes profondes de ce malaise, inquiets d'un avenir qui, chaque jour, s'assombrit, nos confrères sont prêts à fournir l'effort nécessaire pour s'assurer une victoire rapide, complète et décisive.

Ils ne veulent plus de demi-mesures. C'est au *libre choix* absolu, immédiat, qu'ils entendent s'arrêter. Je les approuve. Mais comment y parvenir ?

Examinons, si vous le voulez bien, quels seront les partis en présence. Nous trouvons d'abord 2.000 médecins, écartés par la Mutualité et nettement lésés par elle. A nous suivre, ils ont tout à gagner ; ils nous suivront.

Puis, ce seront les Mutualistes. Ces derniers s'insurgent de plus en plus contre cette obligation restrictive et immorale qui trop souvent, les force à se séparer du médecin ayant mérité leur confiance. ou bien à renoncer à l'avantage essentiel de la Mutualité. Leurs plaintes deviennent moins timides et se multiplient. Ceux-là seront encore avec nous.

Nos adversaires, nos véritables ennemis, ceux qui jusqu'ici ont dominé à la fois médecins et mutualistes, ce sont les dirigeants de la Mutualité.

Parmi eux, il en est cependant quelques-uns qui ont merveilleusement compris combien étaient légitimes nos revendications si tardivement formulées. Ils viennent à nous et soumettent leurs propositions. Dans une œuvre de solidarité, déclarent-ils, il est inadmissible de sacrifier les inté-

(1) Ce rapport a été présenté le 12 mai au Comité permanent de la *Fédération des Médecins de la région parisienne.*

rêts de ceux qui ont le plus contribué à la prospérité de l'œuvre. Leur bon sens ne s'accommode point de ce paradoxe insensé. Ce sont de véritables mutualistes, au sens élevé du mot, et je les remercie de nous si bien comprendre. Aussi, je souscrirai volontiers à toutes les concessions que vous leur consentirez. Par contre, d'autres dirigeants, et c'est encore le plus grand nombre, manifestent une intransigeance aussi obstinée que peu courtoise. Je ne vous redirai pas les paroles prononcées au Congrès de Nancy. Je les ai répétées à satiété et elles ne sont pas étrangères au mouvement qui, chez nous, s'accentue aujourd'hui. Hier encore un très haut personnage de la Mutualité affirmait ne pas connaître, ne pas vouloir connaître la Fédération et les 40 groupements qui la constituent. Cette attitude est, peut-être, l'aveu de votre force, et vous vous chargerez d'ailleurs de rompre cette ignorance systématique.

Tel autre déclarait que tous nos efforts seraient stériles, car si les 1.000 médecins de la Mutualité démissionnaient en masse, on trouverait le lendemain, *le jour même, mille besogneux*, disent-ils, dont les demandes s'accumulent et qui sont las d'attendre. Pour le moment, je ne nie pas la possibilité d'un tel aveuglement. Mais je pense qu'il ne peut indéfiniment se prolonger. A la vérité, ces demandes, si nombreuses, ne sont pas récentes. Depuis un an, c'est-à-dire depuis la manifestation active de votre cohésion, elles se raréfient. Le jour est prochain où, notre propagande incessante ayant éclairé les moins avertis, nous assisterons à une véritable crise de désertion et la Mutualité, ébranlée par ses dirigeants eux-mêmes, sera désemparée. N'empêche pas que de telles affirmations témoignent d'un état d'esprit singulier où il entre beaucoup d'arrogance, mais peu de reconnaissance des services rendus. Ecoutez encore un plus haut personnage, quand il rend compte d'une visite qu'il fit au président Loubet, au sujet des rapports entre médecins et mutualistes. Le fait est tout récent. Au Comité permanent de l'Union nationale des présidents de sociétés, on conclut que *les difficultés vont s'aggravant tous les jours et qu'il devient nécessaire d'y apporter un remède urgent.* Aussi, ce Comité décide-t-il de provoquer une entente entre tous les groupements et, par une action commune, de lutter énergiquement contre les prétentions des médecins, en demandant, au besoin, l'abrogation de l'article 13 de la loi de 1893. Nos prétentions ! Vous voyez l'ironie, messieurs, vous qui savez combien vos charges s'accumulent.

Et quelle est donc cette loi, incomprise assurément, que l'on dresse devant nous comme un épouvantail ? C'est une menace encore, et nos avocats-conseils vous inviteront, sans doute, à en sourire.

Devant de tels procédés, qui pourraient compromettre une indépendance si appréciée, je regrette de n'avoir point la persuasion nécessaire pour vous entraîner tous à la révolte libératrice.

Un homme éminent et paisible, appartenant à cette illustre compagnie d'immortels qui portent au côté une épée peu impatiente, écrivait naguère : « Nous entrons dans l'ère des violences nécessaires ». Cette prophétie se réalise chaque jour, et nous devons subir la loi commune. Le dirigeant de la Mutualité, je le répète, c'est l'ennemi. Tous les moyens seront bons pour affirmer nos droits. Chez ces irréductibles, pour qui la menace est l'arme préférée, nous renoncerons à convaincre. C'est à la force qu'il faudra recourir, à cette force des associations qu'ils appellent aujourd'hui à leur secours. Nous les avons devancés. Avant eux, nous avons organisé la défense, et votre Fédération, bel exemple de solidarité féconde, va sûrement triompher.

Ce serait bientôt chose faite s'il n'existait un dernier obstacle, fragile en vérité, dont je vais, pour terminer, vous entretenir.

***

Il s'agit, vous le devinez, des confrères qui assurent les services de la Mutualité. Avec eux, gardons-nous bien des violences, ils sont des nôtres, ce seront demain des frères d'armes, et, malgré quelques erreurs, ils ont droit à tous nos égards. Nous devons procéder, sans amertume, à une démonstration méthodique, rigoureuse, irréfutable.

Ils sont au nombre d'un millier environ, mais il ne faut pas croire que tous réalisent des bénéfices appréciables. S'il est difficile d'établir une classification exempte d'arbitraire, il est néanmoins permis d'affirmer que parmi eux il en est plus de 500 qui, acceptés par quelques sociétés sans importance, reçoivent des honoraires à peu près négligeables, variant entre 50 et 200 francs par an. Vous pouvez être sûrs que ces confrères suivent attentivement notre campagne et vont entrer dans nos rangs. Parmi les 500 autres, nous pourrons en compter 400 dont les honoraires, variant entre 200 et 1.000 fr., ne dépasseront qu'exceptionnellement ce dernier chiffre.

En effet, la Mutualité, distribuant au corps médical parisien une somme annuelle de 600.000 francs, il ne resterait plus rien pour les 100 derniers confrères complétant le mille et dont la situation est cependant moins précaire.

Sur ces 100 confrères, nous en trouverons vraisemblablement 50 environ dont les honoraires s'élèveront à 2.000 fr., 25 à 3.000 et, enfin, 25, les 25 derniers pour lesquels aucune réforme ne s'impose, et qui, encaissant 4.000 francs, peut-être 5.000 francs, vivent de la Mutualité, en attendant d'en mourir.

Restons en face de ces réalités et récapitulons : 500 confrères sont prêts, pour nous suivre, à abandonner leurs très faibles honoraires. Quatre cents autres comprendront vite que leurs bénéfices, assurément très limités, deviennent illusoires si on les compare aux fatigues, aux dépenses imposées et *surtout au prix coûtant de la visite médicale*, récemment établi. Ces derniers nous suivront également.

Mais il reste 100 confrères, fraction très réduite du corps médical parisien, qui, pour un certain nombre tout au moins, oubliant volontiers fati-

gues et déboires, et s'en tenant strictement à l'importance indiscutable des sommes encaissées, se dressent devant nous et s'écrient : Respect aux situations acquises !

Messieurs, personne plus que vous n'a le respect de la propriété d'autrui. Mais n'oubliez pas que si elle a ses privilèges, elle a aussi ses servitudes. En aucun cas, elle ne doit entraver la libre jouissance des propriétés voisines. Or, la mutualité, sous sa poussée envahissante, déborde de toutes parts. Son évolution va s'affirmer encore quand une loi récemment promulguée entrera en vigueur. On compte sur elle pour l'application de cette loi. Vous verrez bientôt la majorité du peuple français se ranger sous la bannière mutualiste. Et alors la clientèle privée, si difficilement recrutée par 2.000 confrères parfaitement honorables, sera ainsi dispersée à tous les vents. De cela, la Mutualité n'a nul souci. Les médecins qui la servent deviennent ses complices involontaires, inconscients, c'est entendu, mais cette complicité est assez grave pour que je ne songe point, si elle persistait, à en absoudre ceux-là mêmes qui sont les meilleurs des amis.

Je me refuse à m'incliner devant ces situations acquises. On n'y accorde souvent qu'une trop faible part à la valeur morale, à la valeur scientifique des hommes. A mes yeux, elles reposent presque exclusivement sur l'avilissement des honoraires, et nous devons repousser ces sous-enchères, dont s'accommode mal notre prestige.

J'en demande pardon à une minorité, que je voudrais savoir heureuse. *Nous l'aiderons, s'il faut, à trouver les légitimes compensations,* mais nous ne pouvons être les prisonniers de ces formules qui, paralysant tout effort, perpétuent des sophismes dangereux. Dans la Mutualité, organisme à expansion *continue et illimitée,* le respect des situations que certains confrères y ont acquises, c'est pour les autres, tenus à l'écart, l'abandon aveugle de leurs intérêts les plus immédiats. Vu l'insuffisance manifeste des honoraires, ce sera demain et *pour tous,* la négation même d'un droit sacré, né de l'instinct éternel : *le droit à la vie.* Il est impérissable. Proclamons-le sans cesse, réveillons les énergies défaillantes, disciplinons l'action commune et, peut-être, s'il en est temps, sauverons-nous enfin la plus belle des professions.

L. Chapon.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'administration du 13 juillet 1911.

Admissions.— Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

Messieurs les docteurs :

2257 Pallier, à St-Servan (Ille-et-Vilaine).
2258 Relu, au Lavandou (Var).
2259 Motel, à Vannes (Morbihan).
2260 Fainsilber, à Paris, 76, fg. du Temple.
2261 Claverie, à Nantes, 18, rue des Arts.
2262 Bethoux, à La Mure (Isère).
2263 Castagnoni, à Laverdure (Constantine).
2264 Dubreuilh, à Bordeaux, 22, rue Croix-de-Seguey.
2265 Bachelot-Villaneuve, à St-Nazaire (Loire-Inférieure).
2266 Bernou, à Chateaubriant (L.-Inf.).
2267 Richon, à Blain (L.-Inf.).
2268 Bonhommet, aux Couëts de Bourguenais (L.-Inf.).
2269 Brindejonc, à Guérande (L.-Inf.).
2270 Chapiet, à Nantes (L.-Inf.).
2271 Chauvin, à St-Nazaire (L.-Inf.).
2272 Clénet, à Nort-sur-Erdre (L.-Inf.).
2273 Collot, au Pallet (L.-Inf.).
2274 Dupas, à Nort-sur-Erdre (L.-Inf.).
2275 Dupin, à Nantes (L.-Inf.).
2276 Gaboriaud, à Saint-Etienne-de-Montluc (L.-Inf.).
2277 Gafé, à Nantes (L.-Inf.).
2278 Gillet, à Blain (L.-Inf.).
2279 Guibe t, à Chateaubriant (L.-Inf.).
2280 Guilbaud, à Nantes (L.-Inf.).
2281 Hervé, à St-Nazaire (L.-Inf.).
2282 Hodé, à Bouvron (L.-Inf.).
2283 Letellier, à St-Nazaire (L.-Inf.).
2284 Oineloche, à St-Nazaire (L.-Inf.).
2285 Mérand, à Nozay (L.-Inf.).
2286 Monnier, à Nozay (L.-Inf.).
2287 Perrion, à Nantes (L.-Inf.).
2288 Putol-Romplaire, à St-Nazaire (L.-Inf.).
2289 Ropers, à St-Joachim (L.-Inf.).
2290 De Sallier-Dupin, à Nort-sur-Erdre (L.-Inf.).
2292 Le Gorgeu, à Brest (Finistère).
2293 Guillemot, à Lanmeur (Finistère).
2294 Prouff, à Morlaix (Finistère).
2295 Querneau, à Morlaix (Finistère).
2296 Renault, à Quimper (Finistère).
2297 Royer, à Plonéour-Lanvern (Finistère).
2298 Tanguy, à Landernau (Finistère).
2299 Vourch, à Plomodiern (Finistère),
2300 Bayou, à Questembert (Morbihan).
2301 Roger, à Vannes (Morbihan).
2302 Colas-Pelletier, à Vannes (Morbihan).
2303 Letoux, à Vannes (Morbihan).
2304 Condé, à Brest (Finistère).
2305 Vallon F.., à Vincennes (Seine).

— Le Dr F., de F., envoie la copie d'un jugement du tribunal civil de Reims admettant, par confirmation d'un jugement de justice de paix, l'application du tarif ouvrier local en cas de choix du médecin par le patron d'un blessé du travail, et demande le remboursement de la somme de 85 francs payée pour honoraires de son avoué et de son avocat.

Le Conseil ordonnance le paiement de cette somme.

— Le Dr F.., de C., requis par un maire pour constater un décès suspect et pour examiner une personne atteinte d'aliénation mentale, demande à qui il doit réclamer le paiement de ses honoraires et quel tarif il doit appliquer.

Le Conseil est d'avis qu'il adresse dans les deux cas sa note établie d'après le tarif médico-légal, au maire qui l'a requis. S'il ne peut se faire payer, il saisira le « Sou médical », qui lui indiquera la marche à suivre.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

V. E. M. 1911. — Le Onzième Voyage d'Etudes Médicales aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du Professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du Sud-Est de la France visitées dans l'ordre suivant : Vals, Montmirail, Balaruc-les-Bains, Lamalou, Alet, La Fou-Saint-Paul-de-Fenouillet, Prats-de-Mollo, La Preste, Amélie-les-Bains, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, Molitg, Le Vernet, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Ussat, Aulus, Salies-du-Salat.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence au point de concentration Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Toulouse, prix à forfait : 350 francs, pour tous les frais : chemins de fer (1re classe), voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au Docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

La composition du jury de l'agrégation du Val-de-Grâce. — Le général Goiran, durant son court passage au Ministère de la Guerre, a apporté des modifications importantes au concours pour l'admission de professeur agrégé à l'école du Val-de-grâce.

Désormais, il y aura six membres du jury, et non quatre. En outre, ne pourront siéger dans un même jury deux parents ou alliés jusqu'au degré de cousins germains inclusivement.

De même, tout examinateur qui aurait à juger l'un de ses parents ou alliés devra se récuser.

Le jury ne délibérera plus sur la question à poser aux candidats, ni sur ses mérites, mais chacun de ses membres se contentera de donner sa note qui sera aussitôt communiquée aux assistants.

Ces réformes, et quelques autres moins importantes qui les complètent, ont été très favorablement accueillies dans le milieu des médecins militaires. Un grand nombre d'entre eux se plaignaient en effet qu'un certain népotisme ne fût pas étranger aux examens du Val-de-Grâce, que d'aucuns surnommaient l'*Ecole des gendres*.

— **Au groupe parlementaire médical.** — Le 20 juin dernier, le groupe parlementaire médical a reçu MM. les Dr Motais (d'Angers) et Bottu (de Reims) délégués par le Congrès de l'Association des écoles de médecine et de pharmacie de France pour lui en présenter les vœux. Le plus important de ces vœux aurait pour objet une modification à la loi sur l'enseignement médical pour l'attribution aux école de médecine du troisième examen de doctorat.

Que penseront de cette mesure, destinée à augmenter l'importance des centres secondaires d'instruction, les partisans de leur suppression pure et simple en vue de lutter contre l'encombrement médical ?

Le Dr Motais a demandé en outre avec beaucoup d'à-propos que le groupe parlementaire prît l'initiative de la revision de l'article 11 de la loi sur les accidents du travail, qui supprime les honoraires médicaux dans les accidents du travail hospitalisés au seul bénéfice des compagnies d'assurances et au détriment des véritables indigents. Le groupe a pleinement reconnu le bien-fondé de cette observation et promis son intervention.

Puisse-t-elle ne pas rester inefficace et porter un remède au déni de justice que constitue le *tout-compris* !

— **L'interdiction de l'absinthe.** — Dans le rapport qu'il a déposé sur le bureau du Sénat au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de M. de Lamarzelle relatif à l'absinthe, M. Poulle propose qu'on prohibe, sous peine d'amende de 100 à 2.000 francs, la fabrication, la vente, le transport, la détention pour la vente et l'importation de tous apéritifs ou liqueurs alcoolisés contenant de l'essence d'absinthe. La loi serait exécutoire deux ans après la promulgation, sauf en ce qui concerne l'importation qui serait immédiatement interdite.

Quel est l'avenir de cette proposition de loi ? Est-elle destinée à dormir éternellement dans les cartons ? Ce serait assez le désir des parlementaires qui comptent sur les droits produits par l'alcool et ses composés pour équilibrer le budget.

S'ils mettaient en parallèle du produit de ces droits les frais d'hospitalisation et d'entretien que coûtent à l'Etat les aliénés par alcoolisme, ils se rendraient rapidement compte du bénéfice que donnerait à la Nation l'interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe.

Oui, mais voilà ! Il faudrait que le bistro ne fût pas grand électeur !

La crainte de marchand de vin est le commencement de la tactique électorale.

Electrologie et radiologie au Danemark. — Par arrêté du 27 juin 1911, du ministre de l'Instruction publique, le Dr Foveau de Courmelles a été chargé d'une mission au Danemark, Suède et Norvège, pour y étudier l'état de l'*Electrologie et de la radiologie médicales* et de leur enseignement.

Le Dr Foveau de Courmelles fera, en outre, dans les pays scandinaves, comme délégué de l'*Alliance française*, une série de conférences sur l'influence et la science françaises.

— **Le prolétariat universitaire.** — La misère est si grande parmi certains étudiants hongrois qu'un certain nombre n'hésitent pas à se faire domestiques pour trouver quelques ressources. Quinze étudiants de l'Université de Budapest ont signé avec le propriétaire d'un hôtel d'une ville d'eaux un contrat aux termes duquel ils s'engagent à servir chez lui comme domestiques, pendant les vacances, moyennant le logement, la nourriture et un salaire mensuel de 212 fr. 50. Cinq cents autres étudiants postulaient pour ces fonctions. (*Petit Journal.*)

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année — N° 31 — Dimanche 30 JUILLET 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Propagande.

Le Syndicalisme médical vu sur place.

On a une idée absolument fausse du syndicalisme médical en France, de ce qu'il fut, de ce qu'il est, de ce qu'il peut surtout devenir demain, quand on se borne à entendre deux fois par an de rares délégués, que déconcertent et réduisent presque au silence l'imprévu et les incidents d'Assemblée générale, quand on s'en tient aux appréciations des impatiences excessives ou des découragés, qui ont plus que les autres la plume à la main, quand enfin, ce qui est la règle, les Syndicats formulent leurs plaintes et s'émeuvent de leurs insuccès, sans raconter mille petites victoires à peine enregistrées, parce que tout à fait naturelles.

Cette constatation, déjà faite par nous lors de la constitution de nos 25 premiers Comités de propagande départementaux, s'est renouvelée partout, et de la façon la plus éclatante, au cours de la tournée de propagande que nous venons d'effectuer en Bretagne. Aussi nous paraît-il indispensable de faire avec détails le récit de cet intéressant voyage en reproduisant les observations et les gestes notés à chaque étape. L'accueil si cordial qui nous fut préparé, la confiance qu'on nous témoigna, la satisfaction qu'on nous dit éprouver de notre visite en chaque endroit, sont bons garants qu'on nous parla à cœur ouvert, en toute sincérité, et que les renseignements fournis forment une documentation sûre dont nous devons tirer parti dans l'intérêt de tous.

Réunion de Dol-de-Bretagne, vendredi 30 juin.

Sous une pluie battante, une vingtaine de confrères sont venus nous joindre au buffet de la gare en s'offrant au besoin des 30 ou 40 kilomètres d'automobile. Ils proviennent des arrondissements limitrophes : Avranches, Mortain, Fougères, Rennes, St-Malo. Présentés par nos amis Roger et Boivin, sous la présidence du confrère Robert (de Dol), nous leur disons le but de notre voyage, c'est-à-dire l'organisation de la propagande en faveur des œuvres professionnelles de défense et de prévoyance. Approbation unanime est donnée aux décisions prises par les récentes Assemblées générales de l'Union des Syndicats et de l'Association générale, aux faits et gestes du *Concours médical*, surtout à la création de la Mutualité familiale et aux efforts du « Sou médical », ces deux œuvres recevant l'adhésion de tous les présents qui n'en faisaient pas encore partie.

Mais surtout nous enregistrons avec plaisir : 1° le désir unanime de se syndiquer par arrondissements et cercles, en vue d'une *action* énergique et constante des intérêts similaires, les groupes d'arrondissement devant constituer la fédération départementale, indispensable, mais seule indiquée ; 2° les preuves de ce que savent faire ces groupes d'arrondissement quand ils se donnent des bureaux actifs, jeunes, sans cesse renouvelés, où l'autorité même légitime d'un seul ou d'une oligarchie n'annihile pas l'effort individuel de chaque syndiqué.

Nous apprenons ainsi que, au sein du Syndicat de l'Ille-et-Vilaine, les confrères de St-Malo-St-Servan et la région, s'étant laissé tomber dans la somnolence et l'inertie, la constitution d'un Syndicat de cet arrondissement va être préparée sans tarder ; que le Syndicat de Fougères n'attendra plus le mot d'ordre départemental pour résoudre ses problèmes régionaux et en a déjà solutionné plus d'un de sa seule initiative ; que le Syndicat d'Ille et Vilaine a traqué depuis trois ans tous les illégaux sur lesquels il a pu se procurer un dossier et a, de la sorte, fait tomber quatre mille francs dans sa caisse ; que le relèvement des honoraires s'opère partout, mais sans se plier à une formule unique que tous condamnent, et en marchant d'après les indications locales.

Parmi les bonnes nouvelles qui nous furent communiquées, celle qui fit le clou de la journée fut la lecture du procès verbal ci-contre, que nous publions avec tant de plaisir et où les Syndiqués de tout notre pays de France trouveront cette note de volonté froide et d'énergie tenace qui caractérise le véritable esprit syndical.

Syndicat des Médecins de l'Arrondissement d'Avranches.

(*Réunion tenue à Avranches, le 15 juin* 1911, *à* 10 *heures* 1/2, *sous la présidence du Dr Névot.*)

Absents excusés : MM. Letourneur, Bailleul, Héon, Lenoir, Lavat, Léménicier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Les docteurs Lefranc et Lepo rt, de Granville, présentés, le premier par les docteurs Letourneur et Vallais, le deuxième par les docteurs Vallais et Nel, sont admis, tous les deux, à l'unanimité, comme membres du Syndicat.

Hôpital de Saint-James.

Par suite de la démission du docteur Ameline, poste de médecin de cet Hôpital est devenu vacale et l'Administration a désigné, pour l'occuper, le seul docteur Guinebaut, excluant complètement le Dr Legros. Le Syndicat, après en avoir délibéré, décl qu'il ne peut accepter cette situation, et décid l'unanimité que le service médical de Saint-James sera fait par roulement entre le docteur Guinebaut et le docteur Legros, avec même situation et même traitement.

Fédération interdépartementale des Syndicats.

Des délégués du Calvados et de l'Orne ont demandé à prendre la parole à la prochaine Assemblée de la Fédération des Syndicats médicaux de la Manche, au sujet de la création d'une Fédération de leurs Syndicats avec les nôtres. Consulté sur la suite qui devait être donnée à leur demande, le Syndicat exprime l'avis que ces confrères doivent être entendus.

Service médical du chemin de fer d Avranches.

En mettant cette question en délibération, le Président rappelle à l'Assemblée qu'elle a antérieurement décidé de supprimer, autant que possible, tous les monopoles, par extinction ; que, se conformant à cette décision, aucun médecin d'Avranches n'a sollicité la succession du docteur Hantraye, démissionnaire ; que le Syndicat est, du reste, libre de donner à cette affaire l'orientation qu'il jugera la meilleure, aucune négociation n'ayant été à son sujet engagée avec la direction des chemins de fer Ouest-Etat.

Lecture est donnée d'une lettre du docteur Letourneur, absent excusé, qui déclare approuver la conduite des médecins d'Avranches, et estimer que si le corps médical montre de l'union et de la discipline, il aura le dessus dans cette affaire.

Beaucoup de confrères prennent alors la parole défendant tous le libre choix et montrant qu'il était parfaitement réalisable, avec de la bonne volonté de part et d'autre. Personne, du reste, ne conteste à l'Administration le droit d'avoir si elle le juge utile, un médecin inspecteur dépendant d'elle, la renseignant, mais ne s'occupant, en aucune façon, du traitement des malades et des blessés.

Le *statu quo*, c'est-à-dire le monopole, soumis au vote de l'Assemblée, est rejeté à l'unanimité.

Avant de mettre le libre choix aux voix, le Président explique que s'il est voté, il sera pratiqué de façon différente, suivant que l'Administration se conformera ou non à la décision du Syndicat. Dans le premier cas, les médecins devront entrer en relations courtoises avec l'Administration, signer les

feuilles de maladie et établir des notes d'honoraires individuelles, conformes au tarif minimum du Syndicat, avec une réduction de 25 %, si le paiement de ces honoraires est garanti par l'Administration ou par une caisse de secours quelconque. Dans le deuxième cas, les médecins devront ignorer complètement l'Administration, soigner les employés du chemin de fer comme des clients ordinaires et ne leur accorder aucune réduction de tarif.

Le libre choix ainsi expliqué et défini dans ses conséquences est adopté à l'unanimité.

Service des épidémies.

Le docteur Sévin est autorisé à accepter le poste de médecin des épidémies, sous cette seule réserve que ce service devra être rémunéré.

Inspection des enfants du premier âge et vaccination dans la circonscription d'Avranches.

Le Syndicat, prévoyant qu'un de ses membres pourrait être sollicité de faire ce service à la place du docteur Hanfraye, empêché, est d'avis que le confrère sollicité devrait provisoirement accepter, mais il décide en même temps que si ce monopole devenait définitivement vacant, il serait éminemment désirable qu'il fût divisé en autant de circonscriptions qu'il y aurait à Avranches de médecins acceptant de remplir cet emploi.

Maison de tolérance d'Avranches.

Le docteur Névot est provisoirement autorisé à remplacer le docteur Hantraye dans ce service, qui sera plus tard réparti entre tous les médecins d'Avranches acceptants.

Médecin assermenté.

L'Assemblée émet le vœu que ce monopole soit supprimé, mais elle décide néanmoins qu'il pourra être accepté par un confrère syndiqué, dans le cas où l'Administration s'obstinerait à le conserver.

Hôpital de Villedieu.

Le docteur Frémond appelle l'attention de l'Assemblée sur les conséquences de la décision qu'elle a prise au mois de janvier dernier, au sujet de l'Hôpital de Villedieu. L'Administration de cet hôpital s'obstinant à ne rien connaître de cette décision, les malades hospitalisés sont restés sans soins médicaux depuis le 1er avril. Le Syndicat estime que la responsabilité de cette situation, éminemment regrettable, incombe tout entière à l'Administration et confirme sa résolution du mois de janvier.

Vérification des mémoires de l'Assistance médicale gratuite.

Les docteurs Fleury et Letarouilly qui ont bien voulu accepter de faire ce travail, il y a trois ans, demandent au Syndicat de leur désigner deux successeurs. Les Docteurs Aubrée et Sevin sont nommés, et tous les confrères syndiqués sont invités à voter pour eux à la prochaine élection.

Ne trouvez-vous pas, chers confrères, que les monopoles sont exposés à passer prochainement un mauvais quart d'heure dans la région mi-partie normande, mi-partie bretonne qui nous recevait le 30 juin ? En tout cas, la lecture de nos amis d'Avranches leur valut d'enthousiastes bravos et tout le monde fut d'accord pour leur crier : « A la bonne heure ! Plus de palabres, des actes. »

Le soir de cette première et encourageante réunion, nous dînions à Rennes, déjà visité l'an dernier par Maurat et Jeanne. Une douzaine d'intimes heureux de se retrouver. Simple causerie pour constater que l'École, si bien représentée par le confrère Patay, paraissait tout de même s'abstenir d'une façon trop évidente ; pour reconnaître qu'au fond les praticiens n'en feraient pas moins bien leurs affaires eux-mêmes ; que nos sociétés professionnelles étaient créées au bénéfice des praticiens, qui sauraient bien les administrer suivant leurs besoins, etc., etc... Ce n'est pas notre faute si les absents ont toujours tort, à Rennes et à Nantes, comme à Angers, Paris et autres pays de mandarinats, où le *Concours médical* joue parfois le rôle d'empêcheur de danser en rond.

Quand vint l'heure de minuit, nous fîmes ensemble le classement de ce que nous avions appris, de tout ce qui nous avait été communiqué. A titre de spécimen, la découpure suivante de notre ami Cocar (de Cancale) dans un numéro d'un journal régional, l'*Ouest-Eclair*.

Un Syndicat de malades !

Ne croyez pas avoir mal lu : un Syndicat de malades vient de se former.

A cela, quoi de drôle, après tout ? Les médecins s'associent bien pour... occire, au mieux de leurs intérêts, les malades ; pourquoi les malades, eux, ne se syndiqueraient-ils pas à leur tour contre les disciples d'Esculape ?

S'étant posé la question, certains citoyens français trouvèrent qu'il y avait certainement quelque chose à faire dans ce sens ; et aussitôt furent jetées les bases du « Syndicat national de défense des malades contre les abus, l'omnipotence et la tyrannie des médecins ; association, groupement et ligue de tous ceux qui veulent obtenir un meilleur exercice de la médecine. »

Le siège de ce Syndicat, qui a au moins le mérite d'être original, est à *Paris*, 78, *rue Taitbout*, où on peut se procurer les statuts sans bourse délier.

Les Rennais qui voudraient se renseigner plus amplement n'auront même pas la peine de dépenser deux sous pour cela. Ils n'auront tout simplement qu'à se rendre dès aujourd'hui rue Lobineau, 27, où le maître de céans, M. l'abbé Chaupitre, qui eut quelques démêlés avec le Syndicat médical d'Ille-et-Vilaine, les satisfera amplement.

Qu'on se le dise !

Confrères de Paris, connaissez-vous le Syndicat de malades du 78, rue Taitbout. Si oui, portez donc vos tuyaux à l'ami Levassort que cela pourrait bien intéresser.

(*A suivre.*)

Dr Boudin, Dr Jeanne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE INFANTILE

Les hernies inguinales chez l'enfant en bas-âge.

Leurs variétés ; leurs formes cliniques ; leur traitement (bandage, opération).

Les hernies inguinales constituent chez le nourrisson une affection fréquente et, de plus, elles peuvent donner lieu à des accidents sérieux, soit dans le premier âge, soit dans les différentes étapes de la vie.

Presque toujours la hernie inguinale des premiers mois relève d'une origine congénitale, c'est à-dire qu'elle se produit par suite de la persistance anormale du canal péritonéo-vaginal, qui résulte de la migration du testicule chez le fœtus. Dans les conditions ordinaires, en effet, l'oblitération de ce canal s'opère entre le 6e et le 9e mois de la vie intra-utérine, et doit être complète à la naissance.

Mais en réalité, dans la moitié des cas, chez les garçons, elle n'est pas parfaite ; elle peut cependant encore s'effectuer tôt au tard. Sinon, il y a persistance de la perméabilité et formation d'une hernie, sous une influence quelconque, la plupart du temps minime, quel que soit l'âge du sujet. On admet généralement que ce canal s'obture par suite de l'étalement du bassin en largeur au cours de la croissance, cette circonstance de vant amener une espèce d'étirement transversal qui met en contact les parois du conduit et leur permet de s'unir ultérieurement.

Ces notions sont nécessaires pour comprendre la formation des *différentes variétés* de la hernie inguinale.

Dans une première forme, le travail d'oblitération n'a pas été commencé, le contenu du sac est en contact avec le testicule, et la hernie est *totale*.

Si au contraire le travail d'oblitération a été commencé à la partie inférieure, la hernie reste indépendante de la vaginale testiculaire ; elle est tout entière contenue dans le cordon ; on la dit *funiculaire*. Quand le travail d'oblitération est plus accentué, le canal présente des points de soudure en forme de petits diaphragmes séparés les uns des autres par des dilatations dont le nombre et la situation sont assez fixes ; les resserrements peuvent prendre la forme de valvules, et par suite causer des étranglements intra-sacculaires.

Enfin dans certains cas la partie toute supérieure seulement du conduit reste perméable, et l'on observe la *pointe de hernie*.

***

En *clinique*, la hernie devient *simple ou compliquée*, suivant qu'elle est irréductible ou non.

La *hernie simple* est réductible ; elle offre à sa disparition dans l'abdomen une sensation particulière, accompagnée de gargouillement ; au palper, elle apparaît molle et élastique, donnant la même impression qu'un petit ballon de caoutchouc mince et rempli d'air. Cependant certaines variétés d'hydrocèle peuvent être confondues avec ces hernies simples. Mais pour l'hydrocèle en bissac, la réductibilité n'est qu'apparente ; la tumeur de la partie inférieure se vide dans la poche supérieure, et ce n'est qu'une fausse réduction, dont on se rend compte en mettant la main gauche au niveau de l'orifice inguinal, ce qui permet de sentir le gonflement progressif de la poche supérieure. Plus difficile est le cas de l'hydrocèle communicante, dont l'oblitération supérieure est due à une membrane très mince perforée seulement d'un petit pertuis, qui, sous la poussée de la pression extérieure, laisse passer le liquide dans le péritoine ; en pareil cas on a plutôt la sensation d'une poche d'eau, d'une tumeur lourde, et la réduction, ainsi que le remplissage consécutif de la poche, s'opère lentement tandis que la hernie se réduit d'un seul coup et ressort aussi vite.

Parfois l'hydrocèle et la hernie peuvent coexister, l'épanchement provenant de l'irritation due soit au port du bandage, soit au frottement de l'intestin contre le sac. Dans ce cas, la hernie se réduit brusquement, mais laisse après sa disparition une quantité de liquide décelant sa présence par une tumeur minime.

Le principal caractère de la *hernie compliquée*, c'est l'irréductibilité, que celle-ci soit incomplète ou complète.

Dans le premier cas, la plus grande partie de la hernie disparaît quand on essaie de la réduire, mais il subsiste à l'orifice du canal inguinal une masse plus ou moins grosse, molle, élastique sous les doigts : c'est alors que le sac renferme ou bien le gros intestin avec adhérence charnue naturelle de Scarpa, ou bien l'appendice qui apparaît au niveau du collet sous la forme d'un cordon.

D'autres fois, l'irréductibilité peut être due à une boulette fécale contenue dans l'anse intestinale (les enfants nourris au lait stérilisé ont fréquemment des fèces très dures). Parfois aussi elle provient de ce que le sac est occupé par un ovaire — organe dur et douloureux à la pression.

La hernie *complètement irréductible* est une hernie dure, *sans symptômes généraux*, qu'il ne faut confondre ni avec une hernie étranglée, bien que le revêtement cutané soit à son niveau légèrement enflammé, — ni avec un ganglion, — ni avec un kyste péritonéo-vaginal après cloisonnent du canal, qui siège généralement plus bas. Fait essentiellement pratique, cette

hernie dure, sans symptômes généraux, se rencontre fréquemment chez le nourrisson, et il ne faut pas s'en alarmer, car sa réduction s'opère la plupart du temps d'elle-même.

Chez l'enfant, en effet, l'irréductibilité est toujours due au collet du sac, jamais à la paroi abdominale comme dans certains cas chez l'adulte ; or, le collet du nouveau-né a la propriété d'être très élastique et de permettre ainsi la circulation du sang et des gaz dans l'anse enserrée. Le pronostic immédiat n'offre donc pas de gravité ; il nécessite seulement une surveillance active, pour permettre de remédier aux accidents possibles.

***

1° *Le traitement des hernies par le bandage.* — Nous avons vu que souvent le conduit péritonéo-vaginal s'oblitérait spontanément après la naissance ; dans ces conditions, le bandage facilite simplement ce travail de guérison spontanée en défendant à l'intestin de sortir de l'abdomen, de s'engager dans le canal. Le bandage, dit le Dr *Nové-Josserand* (1), n'effectue pas la guérison ; il remplit à peine le rôle d'adjuvant ; d'ailleurs une hernie peut guérir sans appareil ; et le même auteur rapporte la guérison spontanée d'une hernie incoercible, pour laquelle il avait dû abandonner tout bandage.

Le bandage du nourrisson est tout en caoutchouc ; il se compose d'une ceinture et de deux petites pelotes répondant aux orifices inguinaux ; la contention est très douce. Il faut toujours appliquer un bandage double, car il y a tout lieu de soupçonner une hernie latente du côté opposé, attendu que les hernies doubles sont très fréquentes ; de plus, on assure mieux dans ces conditions le maintien en place de l'appareil. Le bandage de caoutchouc doux ne convient guère qu'aux nourrissons ; rarement on peut prolonger son emploi jusqu'à 18 ou 20 mois. En général, quand l'enfant atteint un an, sa hernie n'est plus suffisamment contenue, et elle exige un bandage à ressort, semblable à celui des adultes.

Pour être utile, l'application d'un bandage doit remplir certaines conditions :

A) Elle doit être continue, de jour et de nuit. Dès que le nettoyage de l'appareil ou la toilette de l'enfant nécessitent le déplacement du bandage, il faut maintenir la hernie avec un tampon d'ouate ou avec la main.

B). Souvent la peau délicate de l'enfant supporte mal la pression du bandage ; pour combattre cette intolérance, on ordonne une toilette quotidienne de la région abdominale, et, après le lavage, un usage abondant de poudre de talc ; si ces précautions sont insuffisantes, on fait doubler le bandage par un linge de flanelle qui l'engaine.

C) On recommande de ne pas laisser crier l'enfant, de rentrer la hernie, si elle sort, et d'éviter la constipation, qui cause chez les enfants des efforts considérables au moment des selles. Si le lait stérilisé ne peut être supprimé, on prescrit des laxatifs légers et des lavements huileux.

A quel moment doit-on supprimer le bandage ? — Il est bon de prolonger son emploi jusqu'à ce que l'enfant ait atteint sa quatrième ou cinquième année, même si la hernie ne reparaît plus depuis longtemps ; il existe en effet un grand nombre d'oblitérations apparentes ou peu solides, et il serait, d'autre part, regrettable de compromettre l'effort des premiers soins, alors que l'on constate une tendance à la guérison. Cependant il ne faudrait pas, d'après Nové-Josserand, attendre bien plus longtemps, ainsi que le conseillent parents et bandagistes, car la pression indéfinie que l'on impose tend à affaiblir localement la paroi abdominale et à compromettre fortement la nutrition des tissus à son niveau. Enfin si la guérison n'est pas obtenue dès l'âge de *5 ans, elle a peu de chances de s'effectuer plus* tard : mieux vaut dès lors ne pas reculer indéfiniment et perdre un temps précieux pour la réussite de la cure radicale.

On n'oubliera pas cependant que le port du bandage peut amener des accidents :

a) Dans le cas d'une hernie incoercible, malgré l'esssai judicieux de plusieurs appareils, la *contention peut n'être pas parfaite* ; la hernie persiste à ressortir, au moins partiellement, après réduction : « Deux cas alors doivent être envisagés : si les sorties sont rares, mettez tout de même l'appareil, mais exigez une surveillance très attentive et recommandez de réduire la tumeur dès qu'on s'aperçoit de sa réapparition ; si les sorties sont fréquentes, supprimez tout bandage. En faisant pression sur l'anse extériorisée, il la pincerait, l'irriterait et gênerait dans une certaine mesure la circulation ; la hernie ne grossira pas, car l'accroissement d'une hernie est infiniment lent — sauf cas exceptionnels, quand le sujet est rachitique ou possède une paroi particulièrement faible et relâchée » (N.-Josserand).

b) Dans le cas d'*irréductibilité simple*, sans complications, il vaut mieux ne rien faire et ne pas chercher à remettre quand même le bandage. Il suffit de tenir le ventre libre par des purgations légères et répétées, et la réduction s'opère spontanément.

2° *Le traitement des hernies par l'opération.* — On prétend généralement que l'opération est praticable à tout âge ; cependant, *chez le nourrisson*, on risque la broncho-pneumonie et la mort prompte, cette dernière peut être due à une infection surajoutée, survenant sans raison apparente dans les 24 heures qui suivent l'opération. Chez lui, il faut donc s'abstenir, à moins que l'on se trouve en présence d'un étranglement vrai, ou d'une de ces hernies volumineuses, qui nuisent à l'état général, sans qu'aucune médication ait pu amener d'amélioration.

De un à deux ans, ces dangers diminuent, sans disparaître, et ils font place aux accidents locaux : la plaie court de grands risques d'être

(1) *La Pédiatrie pratique*, 1911, n° 9.

souillée par les urines ; l'enfant reste difficilement immobile, et il rompt facilement, par ses mouvements incohérents, ses tissus très minces ; enfin la délicatesse même de ces tissus expose aux récidives. Il ne faut donc opérer les enfants d'un an que de grosses hernies incoercibles, qui ont pu être reculées jusque-là, et pour les étranglements à répétition.

Après deux ans l'intervention est la règle. En effet, l'expérience montre : 1° que la guérison spontanée est rare ; 2° que bien souvent les guérisons constatées à cet âge ne sont qu'apparentes, et que la hernie, après s'être cachée plusieurs années, peut réapparaître, serait-ce même à 18 ou 20 ans, alors que les inconvénients de la cure radicale sont augmentés ; 3° enfin, que les résultats opératoires obtenus chez les petits sont de beaucoup supérieurs à ceux que l'on constate chez les adultes (N. Josserand).

Chez l'enfant, l'opération, qu'on aborde la hernie par la racine des bourses, ou mieux par la région inguinale, est toujours très simple. Elle consiste essentiellement en l'ablation du sac ; il *n'est pas nécessaire, comme chez l'adulte,* de se préoccuper de reconstituer une paroi : qu'on enlève complètement le sac, sans rien en laisser qui pourrait devenir une amorce de récidive, et ce sera tout.

En cas *d'adhérence charnue de Scarpa*, la réduction simple étant impossible, il faut reconnaître la portion intestinale, qui se présente (c'est généralement le cæcum), rechercher l'adhérence, constituée le plus souvent par des vaisseaux, l'inciser d'un coup sur son bord et repousser l'anse dans l'abdomen.

Chez l'enfant, *le pansement post-opératoire* présente quelques particularités importantes ; le seul moyen pratique pour immobiliser le sujet afin d'éviter la tension de la paroi, le tiraillement de la plaie par les mouvements incessants des jambes, — consiste en un bandage plâtré qui couvre le ventre et les cuisses, ces dernières ayant été préalablement écartées et fléchies. Cette position présente d'ailleurs encore l'avantage de protéger la plaie contre les urines, qui coulent vers le bas.

***

Quelques mots encore sur les *hernies étranglées, vraies et fausses*, de l'enfant.

L'étranglement vrai est rare chez le nouveau-né, mais il existe. Sa gravité ne tient pas aux accidents locaux : sphacèle, gangrène, en raison de l'élasticité du collet ; le danger réside dans le collapsus, la gastro-entérite, la broncho-pneumonie, que, seule, l'intervention arrête.

Dans les fausses hernies étranglées, l'enfant souffre, crie ; il offre les symptômes ordinaires des coliques, quelquefois il vomit ; au bout de quelques heures, il se calme et s'endort ; puis, au grand étonnement de l'entourage, la hernie disparaît grâce à l'élasticité naturelle du collet. (Dans l'étranglement vrai, la rétrocession des accidents n'a pas lieu, et le ventre se ballonne, tandis que le facies devient inquiétant). Dans le faux étranglement, — étant donné que l'intestin distendu est entré dans le sac et qu'il subit la compression du collet — il faut essayer d'abord de relâcher la paroi abdominale : 1° par des cataplasmes larges sur le ventre ; 2° par une vessie de glace ; 3° par des bains. Ces divers moyens permettent de ne pas agir sur la hernie elle-même, ce qu'il faut éviter tant qu'il est possible. La plupart du temps, l'enfant s'endort plus ou moins vite ; on peut d'ailleurs l'y inciter en le faisant téter, s'il ne vomit pas. Quand au bout de deux à trois heures, les essais ont été infructueux, on tente la réduction sous anesthésie, mais en se préparant à opérer. A noter que, dans ces conditions, il faut pousser les recherches sur l'intestin jusque dans le ventre, afin d'éviter les surprises des étranglements multiples. Chez le nourrisson, la réduction de l'intestin offre parfois des obstacles sérieux dans la tension énorme du ventre et dans la grande mobilité de l'intestin ; on pince alors les bords du sac en les maintenant bien écartés, on refoule l'anse avec des tampons, et l'on bouche rapidement *l'orifice.*

Dr Fiser.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le régime des opérés.

Notre collègue, M. le Dr Laumonier, a récemment indiqué, dans le *Correspondant médical,* la manière dont il faut comprendre aujourd'hui le régime alimentaire des opérés.

Le jeûne pré-opératoire paraît être un non-sens physiologique, d'autant plus qu'il n'empêche pas les vomissements consécutifs à l'anesthésie. Le Dr Le Gendre conseille d'administrer au malade, quelques heures avant l'opération, de manière que l'estomac soit vidé au moment où elle commence, du gruau d'orge, aliment de digestion facile et très apte à la glycogenèse ; il repousse en revanche le thé de bœuf et autres préparations similaires qui contiennent beaucoup d'extractifs et sont capables de surmener le foie et les reins à l'heure justement où toute leur activité doit être employée à transformer et à éliminer le poison narcotique. On a préconisé le glucose, soit par la voie buccale, soit en lavement, soit même en injection intra-veineuse (solution à 6 pour 100), si des symptômes inquiétants d'intoxication surviennent. Pauchet (d'Amiens) impose à ses malades, avant l'intervention, la cure de fruits.

Après l'opération, le régime est moins sujet à critique, mais il ne répond pas toujours aux indications.

S'il y a des vomissements, diète *absolue,* d'au moins douze heures, de vingt-quatre heures au besoin. Calmer la soif, qui est souvent vive, au moyen de lavages de la bouche, en évitant que le patient n'avale le liquide, et recourir aux injections

d'eau salée physiologique (d'un demi-litre à 2 litres, suivant les cas) ; ces injections soutiennent le malade et parent aux conséquences des grandes hémorragies opératoires. Le deuxième jour, autoriser l'eau pure, l'eau sucrée, par petites prises de 25 à 30 cc. toutes les heures ou toutes les deux heures. A partir du troisième jour, l'alimentation doit différer, suivant que l'opération a intéressé ou non l'abdomen et les organes digestifs.

Si l'opération a intéressé l'abdomen et spécialement les organes digestifs, ne permettre, pendant une huitaine au moins, que des aliments liquides et les plus digestes possibles : lait, café au lait, bouillon, jus de viande, champagne, par très petits repas, toutes les deux ou trois heures, de manière à soutenir et à relever les forces du patient, sans aucune fatigue pour son appareil digestif. Ce n'est que du dixième au douzième jour après l'intervention que l'on commencera à aborder l'alimentation solide.

Si l'opération n'a pas intéressé l'abdomen, on peut permettre les œufs, les potages, les laitages, les marmelades de fruits dès le 4e jour. Ensuite, on permettra les pâtes alimentaires, le fromage blanc, les purées de légumes, la volaille bouillie ou rôtie, la viande de boucherie grillée, en quantité modérée de manière à arriver vers le 12e jour à l'alimentation mixte ordinaire.

La fièvre, les complications septiques apportent à ces règles générales les corrections nécessaires ; elles rendent obligatoires la prolongation de l'alimentation liquide, l'emploi des injections d'eau salée,

Le shock traumatique, la dépression post-opératoire indiquent l'utilité du café, du cognac, du champagne pour soutenir les forces du malade.

Les greffes musculo-tendineuses dans la paralysie infantile.

On sait que M. le Dr Louis Mencière, de Reims, est partisan du traitement des paralysies infantiles par les greffes musculo-tendineuses. Il a étudié avec grand soin certaines particularités anatomo-pathologiques de la poliomyélite antérieure. Entre autres faits très intéressants, Mencière a signalé que, *de deux muscles voisins innervés par un même nerf, l'un peut être frappé de paralysie, alors que l'autre ne l'est pas, malgré leur innervation commune.*

Or, ce fait a une grande importance. En effet, dans les différents procédés de greffes musculo-tendineuses, on peut utiliser fréquemment, pour remplacer un muscle frappé de paralysie, un autre muscle animé par le même nerf que celui qui innerve le premier.

D'ailleurs, voici les 4 règles que M. Mencière formule comme conclusions de son étude :

« *Première règle* : Deux muscles innervés par un même nerf peuvent dans le cas de poliomyélite antérieure, être, l'un frappé, l'autre pas ; règle importante parce qu'elle explique un fait d'apparence paradoxale et parce qu'elle justifie une technique qui consiste fréquemment à suppléer l'un des muscles paralysés par l'autre non paralysé, bien qu'innervé par le même nerf.

« *Deuxième règle* : On conçoit aisément que deux muscles d'un même segment de membre, mais innervés par des nerfs appartenant à des plexus différents et prenant leur origine à des hauteurs différentes dans la moelle, aient de grandes chances pour ne pas être frappés l'un et l'autre en même temps. Tel est le cas, par exemple, pour le biceps généralement non paralysé et innervé par le grand sciatique émanant du plexus sacré, alors que le quadriceps fémoral, généralement frappé, est innervé lui-même par le nerf crural prenant ses origines plus haut dans le plexus lombaire.

« *Troisième règle* : Si la théorie des localisations musculaires répond aux faits cliniques, nous ne pouvons cependant pas, avec Sano, admettre, pour les noyaux, le groupement existant pour les muscles eux-mêmes : noyau des extenseurs, noyau des fléchisseurs, noyau des adducteurs. Dans ces conditions, un même foyer de poliomyélite frapperait à la fois tous les fléchisseurs, tous les extenseurs, tous les adducteurs. Cliniquement les choses ne se passent pas ainsi. Nous devons admettre pour chaque muscle des noyaux séparés, non groupés, et l'on constate, en examinant les plexus, que les cylindraxes n'ont que le choix des voies pour se rendre à ces noyaux.

« *Quatrième règle* : Les faits constatés au niveau des muscles montrent que les foyers de poliomyélite sont multiples et peuvent être variablement disséminés, bien qu'adoptant généralement une régularité relative.

« Si les lésions musculaires relèvent de nerfs aboutissant à des plexus différents, il est évident que nous avons deux ou plusieurs foyers très distants l'un de l'autre dans la moelle, et dont nous pouvons indiquer approximativement la localisation. »

Les dangers de la coqueluche.

D'après une récente communication du Dr Rousseau Saint-Philippe à l'Académie de Médecine, la coqueluche est trop souvent méconnue, car on attend fréquemment, avant de porter le diagnostic d'une manière ferme, que le signe de « la reprise » ou du « chant du coq » soit bien net. Or, il convient de fixer au plus tôt le diagnostic de la coqueluche : dans l'intérêt du malade pour éviter les complications, dans l'intérêt des autres pour éviter la propagation.

L'attention des médecins et des familles doit être attirée sur les formes frustes, incomplètes et ignorées de la coqueluche, qui sont souvent les plus dangereuses.

Les coquelucheux doivent être soigneusement éloignés des agglomérations d'enfants et des consultations médicales. Il serait à désirer qu'il y en eût une spéciale pour eux. En général, les consultations pour enfants malades mériteraient d'être organisées sur de nouvelles bases.

Il importe de surveiller attentivement la coque-

luche et de la soigner *usque ad finem.* Celles qui sont abandonnées à elles-mêmes s'accompagnent sourdement de lésions variées : les unes sont curables par un traitement rationnel ; les autres, trop invétérées, peuvent conduire à la tuberculose.

La coqueluche est en réalité l'une des maladies qui font directement ou indirectement le plus grand nombre de victimes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les arsenicaux en agriculture. — Le rachinovococaïnisation lombaire. — Symptomatologie de l'ulcère du duodénum. — Opération de Freund dans l'emphysème pulmonaire.

M. Cazeneuve revient, à l'*Académie de médecine,* sur la question des *arsenicaux en agriculture.* L'auteur rappelle qu'il a saisi l'Académie, il y a deux ans, des dangers d'empoisonnement que pouvait offrir l'emploi de plus en plus répandu des composés arsenicaux, et en particulier de l'arséniate de plomb, dans le traitement insecticide de la vigne. L'Académie, à cette époque, demanda au Ministère de l'Intérieur de prescrire un certain nombre de mesures d'hygiène applicables à l'usage viticole de l'arsenic.

Aucune de ces prescriptions n'a été suivie et M. Cazeneuve rapporte aujourd'hui une série de cas d'intoxication qui se sont produits dans l'Hérault, l'Ardèche et d'autres départements. D'autre part, l'essai prolongé des arsenicaux a montré leur inefficacité dans le traitement de la vigne contre la cochylis. Il conviendrait donc d'intervenir à nouveau auprès des pouvoirs publics.

M. Gautier rappelle à son tour que l'Académie a déjà conclu aux trois modes suivants de réglementation :

1° Interdiction absolue de l'arséniate de plomb ;

2° Dénaturation des autres arsenicaux au moyen de poudre odorante et colorante ;

3° Usage agricole des arsenicaux sous le contrôle des autorités compétentes (bureau d'hygiène, inspecteurs de l'agriculture, médecins d'épidémie, etc.).

— MM. Forgue et V. Riche font à l'*Académie de médecine* une communication sur la *rachi-novo-cocaïnisation lombaire.*

L'introduction de la novocaïne, agent de toxicité faible, a apporté dans la rachi-anesthésie les mêmes garanties de sécurité qu'elle a données pour l'anesthésie locale. MM. Forgue et Riche ont pratiqué, en dix mois environ, 320 opérations sous l'anesthésie rachidienne à la novocaïne. Ils ont obtenu 6 échecs complets, 5 anesthésies insuffisantes, 3 anesthésies courtes et 306 anesthésies bonnes. Les échecs sont de plus en plus rares à mesure qu'on se familiarise davantage avec la technique de l'anesthésie rachidienne.

L'anesthésie débute, en général, cinq minutes après l'injection. Elle envahit rapidement la région ano-périnéale et les membres inférieurs, et gagne ensuite progressivement le bassin, l'abdomen et même le thorax. Sa durée dépend de la dose injectée ; la novocaïne à 4 % donne une anesthésie d'une durée moyenne de 40 à 50 minutes ; avec la solution à 5 % additionnée de supra-rénine, la durée atteint environ une heure et demie.

Les incidents notés au cours de l'opération sont rares. On voit quelquefois, avec les doses de 8 à 10 centigr., un état nauséeux, un peu de ralentissement du pouls, de la pâleur de la face. Aucun accident grave, ni même aucun incident inquiétant. En outre, les phénomènes consécutifs sont peu importants. Le choc opératoire est presque nul, les vomissements secondaires exceptionnels, la céphalée rare et fugace.

La rachi-novo-caïnisation sera appréciée dans les opérations sur les membres inférieurs, sur la région ano-périanale, et surtout pour la chirurgie abdominale. Elle ne semble pas avoir de contre-indication, en dehors des états de déchéance profonde.

— M. Œttinger présente à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *symptomatologie de l'ulcère du duodénum.*

L'auteur adopte l'opinion de M. Mathieu, qui, on le sait, distingue deux types bien différents d'ulcère duodénal. L'ulcus duodénal des chirurgiens américains, d'abord : c'est l'ulcus juxta-pylorique des médecins français, ou encore pyloro-duodénal, voulant dire par là que l'ulcère siège au pylore, mais qu'il envahit tantôt plus, tantôt moins, soit le versant gastrique, soit le versant duodénal. Sa symptomatologie est celle de l'ulcus gastrique à siège pylorique : douleurs gastriques quotidiennes survenant deux ou trois heures ou davantage après les repas, douleurs se manifestant sous forme de crampes douloureuses, à siège épigastrique, avec irradiations dorsales ou sensation de constriction thoracique, et que calme généralement l'ingestion de nouveaux aliments. L'un des principaux caractères cliniques de ce syndrome, c'est la périodicité des douleurs ; elles persistent durant quelques semaines, puis disparaissent plusieurs mois pour revenir à nouveau. Objectivement, l'estomac à jeun contient une certaine quantité de liquide, longtemps dépourvu de tout débris alimentaire jusqu'au jour où, la maladie ayant évolué, il y a sténose pylorique.

Le second type d'ulcère duodénal sur lequel M. Mathieu a insisté est l'ulcère qui siège à une certaine distance de l'orifice pylorique. C'est le type classique de l'ulcère du duodénum que M. Bucquoy a décrit : l'anneau pylorique est libre et l'ulcère est réellement duodénal. La symptomatologie, tout en restant entourée d'obscurité — car l'affection est fréquemment latente — serait caractérisée, d'après M. Bucquoy, par 3 ordres de phénomènes : 1° par des hémorrhagies intestinales à répétition ; 2° par des douleurs à retours périodiques irréguliers, à localisation spéciale, siégeant dans l'hypochondre droit ; 3° par l'absence de symptômes gastriques aussi accentués que dans l'ulcère de l'estomac.

M. Œttinger a pu suivre quatre malades atteints d'ulcère duodénal vrai. Il a retrouvé la localisation à droite des douleurs et l'absence de troubles gastriques, deux caractères qui lui semblent importants pour le diagnostic différentiel de l'ulcus duodénal vrai.

M. Mathieu insiste sur l'appoint précieux que peut fournir l'examen radioscopique au diagnostic de la localisation duodénale de l'ulcus. La radioscopie permet de reconnaître : l'absence de liquide à jeun, l'absence de dilatation stomacale, parfois l'adhérence au foie et la localisation exacte d'un point douloureux sur le trajet du duodénum.

— M. Lenormant montre à la *Société médicale des hôpitaux* un malade chez lequel il a pratiqué l'*opération de Freund* (résection des cartilages costaux) *pour des crises d'asthme*, accompagnant une déformation très accentuée du thorax d'origine rachitique.

Le patient, depuis l'âge de 12 ans, était atteint de crises d'asthme qui étaient devenues progressivement de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes. Il ne pouvait se livrer à aucun travail. On constatait chez lui l'existence d'une déformation thoracique très accentuée : thorax en carène, avec rétrécissement considérable de son segment inférieur.

A la demande du malade, M. Lenormant pratiqua une résection de cinq cartilages costaux. L'opération fut très bien supportée et ses suites parfaites. Le patient en a éprouvé un soulagement immédiat. Sa respiration est devenue plus facile et il a repris quelque activité.

MM. Richet fils et Roux-Berger apportent, de leur côté, un cas nouveau d'opération de Freund pour emphysème pulmonaire. Chez leur malade, emphysémateux bacillaire jeune, l'opération a amené des modifications certaines dans le jeu du thorax, se traduisant par une augmentation de la capacité vitale de celui-ci. Particularité intéressante à noter : le sujet en question n'avait aucune opacité apparente à la radiographie au niveau de ses cartilages costaux. Une telle observation amènerait à croire que l'opération de Freund a des indications plus étendues que celles indiquées par Freund lui-même.

M. Labbé demande si des exercices respiratoires n'ont pas été institués après l'opération chez le malade de M. Richet. Les exercices respiratoires procurent parfois des résultats remarquables chez les emphysémateux asthmatiques.

M. Labbé a vu un sujet emphysémateux dont l'incursion thoracique était presque nulle, de un demi-centimètre à peine, présenter, après quelques jours de rééducation respiratoire, une incursion de 5 à 6 centimètres. L'auteur ajoute que l'opération de Freund ne donne pas toujours de bons résultats. Il a vu une fois l'intervention être suivie d'une recrudescence de bronchite et de mort du malade.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'artério-sclérose.

I. — Période artérielle : Présclérose (Huchard) dyspnée d'effort toxi-alimentaire, insomnie, pâleur des intoxiqués, etc.

Indications : Combattre l'intoxication, l'imperméabilité rénale, l'hypertension.

1° *Contre l'intoxication.* — Régime lacté ou lacto-végétarien ;

2° *Contre l'imperméabilité rénale.* — Eaux minérales diurétiques :

Théobromine	0 gr. 50
Acide thyminique	0 gr. 15

pour 1 cach. Un cachet le matin.

3° *Contre l'hypertension artérielle.*

Exercices physiques modérés. Hydrothérapie prudente. Bains carbo-gazeux.

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100	XX gouttes
Eau distillée	200 gr.

De 1 à 3 cuillères à soupe par jour

ou :

Sol. alc. de trinitrine à 1 p. 100	XL gouttes
Eau stérilisée	10 gr.

Un c. c. en injection hypodermique.

ou encore :

Tétranitrol	0 gr. 005

Pour 1 comprimé; 4 à 5 par jour à 4 heures d'intervalle.

ou encore :

Solut. alcool. à 1 p. 100 d hexanitrine	V à XX gouttes par jour.

ou :

Nitrite de soude	0 gr. 20
Nitrate de potasse	1 gr.
Bicarbonate de soude	2 gr.
Eau distillée	60 gr.

A prendre en 3 fois dans la journée.

(Rénon.)

On peut utiliser les extraits thyroïdien (avec prudence) ou ovarien (au moment de la ménopause)

Enfin, on peut prescrire :

Silicate de soude	1 à 3 gr.

par jour.

(L. Bodin.)

II. — Période cardio-artérielle. — Dyspnée et insomnie toxi-alimentaires plus accusées. Tachycardie avec bruit de galop. Arythmie cardiaque. Tendance à la dilatation cardiaque et aux œdèmes viscéraux.

Régime lacté exclusif, ou lacto-végétarien ou hypochloruré.

Médication hypotensive indiquée plus haut

ou :

Dix à quinze jours par mois faire prendre au malade :

Iodure de potassium ou de sodium.................... 0 gr. 20 à 0 gr. 50

par jour.

ou encore :

Iodure de rubidium............. 2 gr. 50
Eau distillée.................... 125 gr.

2 cuillères à café par jour dans un quart de verre d'eau immédiatement avant le repas.

(Rénon.)

III. — Période mitro-artérielle. — Dilatation du cœur et souvent des orifices, hypotension, œdèmes, hydropisie, congestions viscérales. Phénomènes toxiques et d'hyposystolie : Dyspnée constante. Anurie. Albuminurie.

Régime lacté absolu :

Théobromine.................... 0 gr. 50

trois fois par jour.

Digitaline cristallisée .... un milligr.

en un seul jour.

Puis un seul jour par semaine ou tous les dix jours :

Un granule de digitaline cristallisée d'un dixième de milligramme.

(Huchard.)

Contre les complications de cette période :

Œdème aigu du poumon : saignée copieuse.
Epanchement pleural à droite : parfois une thoracentèse hâtive est nécessaire.
Accidents urémiques : Traitement habituel.
Crachats hémoptoïques (infarctus) : digitale.

IV. — Période cardiectasique. — Cœur très dilaté. Œdèmes généralisés très durs. Hydrothorax à droite. Congestion œdémateuse des poumons. Congestion douloureuse du foie. La digitale et la théobromine, le régime lacté, sont inactifs.

Médication d'urgence : la réduction des liquides, qui produit souvent une diurèse abondante (Œrtel). J. Noir.

CHIRURGIE D'URGENCE

Traitement des plaies de poitrine.

Le Dr Ch. Souligoux, chirurgien de l'Hôpital Tenon, qui, par ses travaux antérieurs, a une compétence toute spéciale en chirurgie du thorax, a publié dans la *Tribune médicale* de juin 1911 une très intéressante et très pratique revue sur le traitement des plaies de la poitrine, après la discussion récente de la Société de Chirurgie, cette question a pris un caractère d'actualité qui nous a engagé à donner un résumé de cette revue :

***

Dans l'immense majorité des cas de plaies de la poitrine, le traitement de choix est l'immobilisation du malade dont la plaie aura été préalablement aseptisée et pansée, mais il est des circonstances où le chirurgien doit sortir de l'abstention systématique pour intervenir d'une façon active par la thoracotomie large et la suture du poumon.

Pour bien trouver les indications opératoires, il faut diviser les hémothorax en quatre variétés :

1° L'hémorragie est immédiatement très abondante et menace la vie d'emblée ;

2° L'épanchement est important, le chirurgien hésite et se demande ce qu'il doit faire.

3° L'épanchement, après être resté stationnaire pendant le premier jour, augmente d'heure en heure et met la vie du malade en danger ;

4° L'épanchement peu abondant n'augmente pas, mais n'a pas de tendance à se résorber.

1° L'hémorragie est immédiatement très abondante et la vie du malade est d'emblée en danger. — Ces cas ne sont pas très rares, et, si on les observe rarement dans les hôpitaux, cela tient à ce que les blessés mettent un temps très long avant d'y arriver, transportés qu'ils sont le plus souvent chez le pharmacien le plus rapproché.

Dans ces cas, l'opportunité de l'opération ne peut être discutée ; celle-ci s'impose.

2° L'état général est grave, le chirurgien hésite et se demande ce qu'il doit faire. — Les causes de mort sont au nombre de deux : 1° la perte de sang ; 2° la dyspnée causée par le refoulement du poumon et du cœur, dyspnée d'autant plus grave que le poumon du côté opposé et le cœur sont parfois insuffisants du fait de lésions anciennes.

Les anciens chirurgiens ont cherché à remédier à ces accidents par deux procédés qui, tour à tour, ont eu leurs adeptes.

Les uns, à la suite d'Ambroise Paré, de Dionis, dilataient la plaie au lieu de l'obturer, puis faisaient coucher le patient sur le côté blessé, de façon à favoriser l'issue du sang hors de la plèvre. Par là, sans doute on diminue la compression du poumon et du cœur, mais on expose le malade à mourir d'hémorragie.

Frappés de ce fait, les chirurgiens du siècle suivant érigèrent en principe qu'il fallait fermer la plaie. Sans doute, l'occlusion de celle-ci favorise l'épanchement pleural, mais l'accumulation du sang, en augmentant la pression intrathoracique, constitue par cela même un excellent moyen d'hémostase.

En présence des phénomènes de suffocation intense menaçant immédiatement la vie, les chirurgiens furent amenés à pratiquer la ponction.

M. Reclus, au Congrès de chirurgie de 1894, a conclu nettement en faveur de l'intervention, qui seule permettra de tarir l'hémorragie, qu'elle vienne du poumon ou des vaisseaux de la paroi. A l'heure actuelle, il n'est pas de règles fixes, et les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir en pareil cas.

M. Delorme, qui est le partisan le plus convaincu de l'intervention en France, mais aussi le plus prudent, a essayé d'établir des règles pour cette intervention. Il est d'avis ;

1° Qu'un hémothorax très abondant, rapidement développé, se rapprochant de l'épine de l'omoplate ou l'atteignant, doit réclamer une intervention directe, dirigée en vue d'obturer la plaie pulmonaire ;

2° Qu'un hémothorax moyen, avec hémoptysies répétées ou expectoration abondante de sang spumeux persistant plus de vingt-quatre ou trente-six heures, nécessite la même intervention ;

3° Qu'un hémothorax moyen avec hémorragie externe importante traversant le pansement, les objets de literie, légitime une intervention directe ;

4° Qu'une hémorragie extérieure très abondante ne s'arrêtant pas par l'occlusion réclame la même pratique.

S'il est logique d'admettre les deux dernières propositions, les deux premières au contraire sont plus discutables et plus discutées. En effet, nombreux sont les cas où les épanchements ont atteint le niveau assigné par M. Delorme, où les hémoptysies ont été aussi abondantes, et qui ont guéri par l'expectation. En effet, tel malade peut supporter un hémopneumothorax de cette importance, si le cœur, le poumon du côté opposé, sont sains, et l'on pourra espérer voir l'hémorragie s'arrêter et le malade guérir. Tel autre, au contraire, même avec un épanchement de moindre importance, verra sa vie menacée d'une façon plus rapide ; aussi, certains chirurgiens s'en rapportent-ils autant aux signes physiologiques qu'aux signes purement physiques. M. Baudet, qui a une compétence spéciale à ce sujet, quoiqu'il soit intervenu douze fois, estime que l'état du pouls et de la respiration ont une importance capitale. « La dyspnée croissante, celle que l'on a vue augmenter d'un instant à un autre, la suffocation qui revient par accès, sont des signes de haute valeur. Cette dyspnée n'est pas celle que l'on observe chez les nerveux et les agités, il s'agit plutôt, chez ces derniers, d'une polypnée qui se calme lorsqu'on distrait le malade en l'interrogeant, en le rassurant.

La dyspnée consécutive à une gêne pulmonaire réelle se traduit par des mouvements respiratoires fréquents et superficiels, par le battement des ailes du nez, par un certain degré de cyanose de la face. Elle ne permet qu'une parole entrecoupée, haletante, s'accroît par les efforts et s'accompagne d'accès d'oppression. Elle ne se calme pas par le repos, si les accidents pulmonaires sont graves. Au contraire, on la retrouve plus intense lorsqu'on fait un second examen du blessé, et, simultanément, s'installent une douleur constrictive du thorax et un état cyanotique de la face plus marqué.

Le pouls, observé quelques heures après l'accident, même si l'hémothorax est assez abondant, ne dépasse guère 114 pulsations et conserve une certaine force. Mais, si l'examinant à des intervalles éloignés, de demi-heure en demi-heure, on le trouve un peu plus rapide et plus faible qu'il ne l'était au premier examen, il faut tenir pour grave la blessure du poumon.

Cet ensemble de signes physiques et physiologiques ne semble pas encore suffisant à bon nombre de chirurgiens, qui estiment que l'intervention est une chose plus grave que l'abstention et que, par celle-ci, on sauvera plus de malades que par celle-là.

En résumé, *en présence d'un épanchement grave de la poitrine, voici la conduite qui paraît la plus sage* :

Il faut examiner soigneusement son malade, l'ausculter et le percuter pour juger de l'importance de l'épanchement. On s'est beaucoup exagéré la gravité qu'il y a à mobiliser un de ces blessés. Il est plus grave de s'en tenir à des à-peu-près. D'ailleurs, ces malades ont été fortement mobilisés avant d'être couchés dans un lit d'hôpital et n'a-t-on pas vu des blessés atteints d'hémothorax être transportés, dans les conditions les plus défectueuses, à de longues distances du point où ils ont été blessés, sans que pour cela il se soit produit des accidents mortels. Sans doute, il vaut mieux, pour les blessés ordinaires, ne présentant pas de symptômes faisant penser à une intervention possible, pratiquer l'immobilisation absolue ; mais, quand il s'agit de prendre une décision d'où peut sortir la vie ou la mort du malade, je crois qu'il faut s'entourer de tous les moyens de diagnostic et ne pas se décider à la légère pour l'abstention ou l'opération.

Si donc, après avoir examiné à fond le blessé, après avoir apprécié l'étendue de l'hémothorax, après avoir examiné soigneusement l'état du pouls, de la respiration, du cœur, s'être rendu compte s'il est ou non déplacé, il faut rester auprès de lui, après avoir tout fait préparer pour l'opération, pour être sûr de la pratiquer avec l'asepsie la plus rigoureuse. Si on constate qu'après une heure ou deux le pouls ne faiblit pas, que le cœur ne se déplace pas davantage, on peut attendre, tout en laissant auprès du malade un aide chargé de le surveiller attentivement. Si au contraire le pouls augmente de pulsations et diminue d'amplitude, si la dyspnée s'accroît, si le cœur se déplace, avant d'intervenir encore on peut pratiquer une ponction et vider le thorax d'une partie de son contenu. Il se produit imdiatement une amélioration de ces symptômes, et si ce mieux persiste, on s'en tiendra là ; si, au contraire, l'état s'aggrave de nouveau peu à peu et redevient inquiétant, il faut intervenir séance tenante.

3° L'ÉPANCHEMENT, APRÈS ÊTRE STATIONNAIRE PENDANT LES PREMIÈRES VINGT-QUATRE HEURES OU LES PREMIERS JOURS, AUGMENTE D'HEURE EN HEURE ET MENACE LA VIE. — Il faut distinguer deux cas :

Dans le premier, l'*épanchement, après être resté peu abondant pendant la première journée, augmente peu à peu et peut entraîner la mort.*

Il faut surveiller étroitement ces malades. Quand la plaie pulmonaire saigne d'une façon continue, il faut considérer le malade comme en danger et l'opérer, car, dans ces hémorragies prolongées le déplacement du cœur se faisant lentement, les phénomènes dyspnéiques sont bien moins marqués que dans les hémothorax abondants d'emblée.

Dans le deuxième cas. — *L'épanchement, après être resté stationnaire pendant plusieurs jours. augmente.*

Cette augmentation peut être due à deux causes : 1° Le caillot obturateur a pu se détacher, et il s'agit d'hémorragie secondaire ; 2° Il s'est produit un épanchement de sérosité. Dans le premier cas, il faut intervenir par la thoracotomie. Le sang épanché se résorbe facilement et vite, s'il ne s'y mêle un processus infectieux. Celui-ci peut intéresser directement la plèvre ou bien retentir sur elle, par l'intermédiaire du poumon atteint de pneumonie traumatique. Bref, on voit souvent l'hémothorax se compliquer de l'exsudation de sérosité, fortement teintée en rouge, au point de ressembler presqu'à du sang pur.

Souvent l'évolution de cette véritable pleurésie s'accompagne d'une fièvre assez élevée due, soit à la pneumonie traumatique, soit à la réaction pleurale elle-même. La fièvre ne doit pas être une indication absolue d'intervention ; des observations nombreuses prouvent que les hémothorax, compliqués ou non de fièvre, se résorbent souvent assez vite.

Existe-t-il de la fièvre en même temps qu'un hémothorax ? Il n'y a pas lieu d'intervenir si les phénomènes de matité, de dyspnée n'augmentent pas : on peut attendre en surveillant attentivement son malade. Mais il n'en est pas de même si la matité, la dypsnée, si le déplacement du cœur augmentent. Dans ce cas, les indications ne sont pas autres que celles qui ont cours dans la pleurésie ordinaire. C'est à la thoracentèse qu'il faudra avoir recours. Le liquide retiré sera soigneusement examiné, et, s'il est reconnu aseptique, l'on s'en tiendra là. S'il est septique, fétide ou franchement purulent, le traitement sera celui de la pleurésie purulente, c'est-à-dire la pleurotomie. Si, au contraire, le sang retiré est du sang pur, la thoracotomie s'impose.

4° L'HÉMOTHORAX, QUOIQUE NE PRÉSENTANT PAS DE TENDANCE A S'ACCROITRE, NE SE RÉSORBE PAS. — Dans ces cas, il est vraisemblable qu'il existe une complication inflammatoire, même en l'absence d'élévation de température. C'est à la pleurotomie, précédée d'une résection de côte, qu'il faudra avoir recours, après avoir, bien entendu, pratiqué une ponction de la poitrine ,pour se rendre compte de l'état du liquide contenu dans la plèvre.

Jusqu'ici,les cas envisagés ont été ceux de malades transportés dans un milieu où il est possible de pratiquer une opération parfaitement aseptique. Mais il se présente souvent, dans la pratique, des cas où ces conditions ne sont pas réalisables. *Il vaut mieux alors s'abstenir d'une façon absolue, immobiliser parfaitement le malade, après avoir nettoyé la plaie et placé un pansement occlusif.* On pourra faire au blessé une injection d'adrénaline ou de sérum de cheval, si l'on en a sous la main. Si, malgré tout, l'hémorragie s'aggravait, si le pouls faiblissait, si la dyspnée augmentait, il faudrait,à l'exemple de Delagénière,faire un petit débridement de la plaie d'entrée, introduire une pince de Lister dans le thorax, puis, écartant les branches de la pince, laisser pénétrer lentement l'air extérieur. Le pouls devient plus perceptible, l'hémoptysie parfois diminue. La plaie sera ensuite placée sous un pansement occlusif et le malade pourra guérir.

Petite correspondance de médecine pratique

Quand doit-on envoyer un malade atteint de crises hépatiques faire une saison à Vichy ?

Réponses.

III

Monsieur le Rédacteur en chef,

Un de nos confrères, M. le Dr Durand, demande, dans le numéro 8 du *Concours médical,* s'il peut envoyer à Vichy une de ses clientes qui vient d'être prise d'une colique hépatique, et qui éprouve encore un peu de malaise et de ballonnement, ou s'il ne ferait pas mieux de l'y faire soigner *à froid* ?

D'autre part, dans votre réponse, vous dites que le bicarbonate de soude n'est pas cholagogue et que cependant la cure de Vichy provoque fréquemment l'apparition des coliques.

Je réponds :

1° La lithiase biliaire est traitée à Vichy *à chaud* chaque fois que cela est possible. L'action des eaux de Vichy est d'autant plus efficace que l'affection est plus récente.

Le docteur Durand fera donc bien d'envoyer sa malade le plus tôt possible, après lui avoir prescrit une petite quantité d'huile de ricin (10 à 15 gr.) ou de sulfate de soude (10 gr.). Il fera bien aussi de recommander à sa malade d'éviter, au cours du voyage, et, dans la mesure du possible, toute fatigue ; il insistera sur la nécessité d'une alimentation tout à fait légère. En général, la colique éclate à la suite d'une fatigue ou d'un bon repas.

2° La colique, pendant la cure thermale, ne constitue plus qu'un incident exceptionnel depuis que l'on connaît mieux la pathogénie de la lithiase biliaire et l'action des eaux de Vichy. Autrefois, on croyait bien faire en *provoquant* la colique. Aujourd'hui, grâce à la richesse de la gamme que composent nos différentes sources (Chomel , Hôpital, etc., etc.), nous évitons l'emploi intempestif de la Grande-Grille, nous soumettons nos malades à une sorte d'*entraînement* prudent, progressif et variable ; ainsi, avec du tact, nous leur faisons obtenir tous les bienfaits de la cure, nous leur évitons la « fameuse colique thermale » et nous les renvoyons chez eux améliorés et tonifiés — et non affaiblis comme autrefois.

3° Le bicarbonate de soude n'est pas cholagogue, c'est vrai. Mais l'eau de Vichy, prise à la source, l'est. Elle agit, en alcalinisant la bile d'une part, en déterminant une chasse biliaire de l'autre. C'est là un fait qui n'est plus contesté par personne.

Ne pas confondre *bicarbonate de soude* et *eau de Vichy vivante.*

La bile rendue ainsi alcaline, fluide et abondante, dissout — non les calculs préformés, comme on le croyait autrefois — mais le mucus qui les agglomère. La pression intra-vésiculaire est augmentée; les calculs désagrégés sont mobilisés et chassés vers l'intestin; la vésicule évacue ainsi tout ou partie de son contenu. Suivant les doses et la source employée (tolérance individuelle), cette chasse peut se faire lentement, sourdement, d'une manière pour ainsi dire latente, sans malaise ou avec très peu de malaise — ou bien, au contraire, brutalement avec une ou deux coliques franches.

Enfin, la cure de Vichy prévient la récidive des calculs par le *lessivage* de l'organisme et la modification du terrain. Elle s'impose nettement à toutes les périodes de la maladie.

D[r] H. Cara-Georgiadès,
Médecin consultant à Vichy.

Le traitement du cancer.

Le docteur Peretti, médecin de colonisation en retraite, ex-médecin chef de l'hôpital de Saint-Denis-du-Sig (Algérie), nous écrit la lettre suivante :

Très honoré confrère,

Aïn-Temouchent (Algérie), le 9 juillet 1911

Je suis abonné au *Concours* depuis 1884 ; voilà ma carte d'introduction. A ce titre et aussi dans un but scientifique, humanitaire et désintéressé pour le moment, je tiens à vous faire connaître que mon cousin le D[r] Lucchini, de Vernet-Lavarenne (Puy-de-Dôme), et moi-même, à la suite d'études faites en commun, avons trouvé un traitement médical facile et nullement douloureux qui guérit le cancer même récidivé, ulcéré et inopérable.

Plusieurs confrères ont bien voulu essayer ce traitement et les résultats obtenus sont qualifiés par eux d'*inouïs, surprenants, merveilleux.* Ils ont obtenu des guérisons en très peu de temps.

Le docteur Jullien, de Joyeuse (Ardèche) qui est propriétaire de deux journaux de médecine, le *Médecin de campagne* et le *Médecin de la famille,* pourrait fournir des renseignements, si on les lui demandaient.

Quant à nous, le docteur Lucchini et moi-même nous proposons à nos confrères qui voudraient essayer notre méthode, de leur envoyer, *à titre absolument gratuit, jusqu'à nouvel ordre,* ce qu'il faut pour traiter et *guérir* leurs malades. Au sujet de notre découverte, un pli a été déposé à l'Institut et une communication sera faite au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à Dijon en août prochain.

Voulez-vous publier cette lettre ? Elle est urgente à connaître pour le bien de nombreux malades. Je ne suis d'ailleurs pas tout à fait inconnu au *Concours* qui, dans le n° 36, page 656, année 1908, a publié de moi un article intitulé :

« Les médecins de colonisation en Algérie ».

Je vous remercie d'avance, très honoré confrère, en vous priant d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

D[r] Peretti.

THÉRAPEUTIQUE

Action des composés arsenicaux récents dans la thérapeutique du paludisme,

Par le D[r] E. Roques,
Ex-interne des hôpitaux de Toulouse,
Ancien aide d'anatomie et lauréat de la Faculté,
Interne de l'hôpital civil français de Tunis.

Nous sommes redevables au D[r] Roques (*Thèse* Toulouse 1911), d'une importante contribution au traitement du paludisme. Bien placé, à l'hôpital français de Tunis, pour étudier les effets de cette thérapeutique antimalarique, notre confrère a expérimenté comparativement, dans un grand nombre de cas, les nouvelles préparations d'arsenic organique, à savoir : l'*atoxyl,* ou anilarsinate disodique, l'*hectine,* ou paraamino-phénylarséniate de soude, enfin la préparation 606 d'Ehrlich-Hata ou dioxydiamido-arsenobenzol.

La première conclusion qui découle de ses recherches, très consciencieusement suivies, est l'inefficacité complète de l'atoxyl dans la malaria. Même à doses élevées, l'atoxyl est incapable d'arrêter ou de modifier un accès de fièvre. Son action directe sur les hématozoaires de diverses formes *n'est pas appréciable. Enfin, il est excessivement* toxique, de sorte qu'il convient de l'exiler sans hésitation de la thérapeutique antipaludéenne.

En revanche, l'hectine a donné au D[r] Roques des résultats si bienfaisants, voire même si remarquables, qu'il conseille d'y recourir, systématiquement, pour toutes les formes du paludisme. En effet, écrit-il, « ce composé : 1° s'est montré efficace dans tous les cas, à la fois sur l'hématozoaire, qui a disparu du sang périphérique dans des délais très brefs, et sur la fièvre, qui est tombée brusquement après une seule injection intramusculaire du dérivé ; 2° il a présenté, dans toutes nos observations, une action particulièrement heureuse sur le sang dont il a rapidement élevé le taux des leucocytes et des hématies, ainsi que la richesse hémoglobinique de ces derniers ; 3° il a donné à la nutrition un coup de fouet vigoureux qui a eu pour résultat d'augmenter considérablement la diurèse ainsi que l'élimination des chlorures et de l'urée ; 4° il s'est montré constamment dépourvu de toxicité et n'a jamais déterminé aucun accident ; 5° l'hépato-splénomégalie a rétrocédé de façon très nette après son administration ; 6° ses injections ont toujours été indolores et parfaitement tolérées ».

En ce qui concerne la posologie, le D[r] Roques emploie couramment, chez l'adulte, la dose de 0 gr. 20 d'hectine ; les doses supérieures ont été bien supportées mais n'assurent pas de résultats

plus évidents. Chez les enfants atteints d'un paludisme de moyenne intensité, il estime suffisantes des doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 15.

Notre confrère pratique une injection au moment de l'accès, à dose maxima, de façon à sidérer les hématozoaires et permettre leur phagocytose plus aisée et rapide. Il fait ensuite, les deux ou trois jours suivants, une deuxième injection de 0 gr. 05 plus faible que la première. Il pense qu'il est d'une bonne pratique de faire de la sorte une série de trois à quatre injections tous les six jours jusqu'à disparition complète et définitive des accès.

Notons que le Dr Roques n'a pas jusqu'ici trouvé de cas rebelles au composé arsénical de Mouneyrat. Il n'a pas non plus, dans l'emploi prolongé et intensif qu'il en a fait, observé de phénomènes toxiques d'aucune sorte.

Quant à son mécanisme d'action, il l'explique par de puissants effets phagogènes. « Nous pensons, dit-il, que l'arsenic de l'hectine n'est pas un antiseptique vis-à-vis du protozoaire de Laveran, mais qu'il agit contre lui en excitant les fonctions défensives de l'organisme et plus particulièrement la phagocytose ». Quoi qu'il en soit, dans la plupart des observations, les hématozoaires ont disparu presque entièrement après une seule injection, et dans aucun des cas, il n'a été retrouvé d'hémamibes après le troisième jour.

Bref, le Dr Roques conclut que « nous avons en l'hectine une ressource précieuse, grâce à laquelle il nous sera permis d'influencer favorablement et sans actions nocives accessoires les processus nutritifs, et, en augmentant l'énergie vitale des cellules et leur force de résistance, de débarrasser l'organisme des parasites qui l'assiègent. Ainsi, l'hectine, par son action antiparasitaire, ses effets antithermiques, son action éminemment bienfaisante sur la régénération du sang et tous les processus nutritifs généraux, doit être appelée à prendre rang dans la thérapeutique antimalarienne ».

Enfin, dans les accès pernicieux, le Dr Roques a fait l'essai de l'arsenobenzol, qui lui a paru avoir sur eux une action courte, mais décisive, laquelle permet à l'hectine d'agir dans la suite, bien que, du fait des phénomènes d'arseno-résistance, elle doit être injectée à forte dose.

Il est encore un autre avantage des plus précieux à l'actif de ces nouveaux dérivés à molécule très complexe ; c'est d'éviter la cachexie paludéenne, ce que ne fait point la quinine employée seule.

BIBLIOGRAPHIE

Fiches pharmacologiques. 2e Edition, comprenant : 25 fiches de répertoire thérapeutique, 313 fiches de spécialités différentes avec répertoire alphabétique, 60 fiches blanches. Louis Vidal, éditeur (44, avenue de la République). En vente chez Maloine, libraire, à Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Contenues dans un élégant fichier, ces fiches concernent chacune une spécialité pharmarceutique intéressante.

Chaque fiche indique d'une façon succincte, mais précise, les principales caractéristiques du produit : propriétés, indications, doses et mode d'emploi, prix, etc.

Le nom seul du produit permet de retrouver facilement les détails qui le concernent.

Le répertoire thérapeutique permet, en outre, pour une indication donnée, de choisir la spécialité la mieux appropriée.

Enfin, les fiches blanches permettront aux médecins de noter eux-mêmes certains produits nouveaux, etc...

Thérapeutique des maladies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire, par les Drs E. Hirtz, Rist, Ribadeau-Dumas, Tuffier, J. Martin, Kuss, 1911, 1 volume in-8° de 713 pages, avec fig. cart. : 14 fr. *Bibliothèque de thérapeutique*, Gilbert-Carnot. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Il n'est pas de jour où le médecin praticien n'ait à intervenir pour traiter une maladie broncho-pulmonaire, une pleurésie, ou surtout un cas de tuberculose pulmonaire. La nécessité pour lui de varier sans cesse ses moyens d'action et de connaître tous ceux dont il peut disposer donne un intérêt toujours très vif aux ouvrages consacrés au traitement de ces maladies. Le nouveau volume de la *Bibliothèque de thérapeutique* mérite d'être accueilli avec une particulière faveur. Il s'ouvre par une très importante étude du Dr Hirtz, médecin des hôpitaux de Paris, dont on connaît la légitime autorité en pathologie respiratoire ; en clinicien sagace et en thérapeute avisé, il expose avec une grande précision, en multipliant les formules et les indications pratiques, ce que doit être le traitemen des maladies aiguës et chroniques des bronches et des poumons et on est assuré de trouver, notamment sur les broncho-pneumonies, l'asthme, l'emphysème pulmonaire, la gangrène pulmonaire, la pneumonie, tout un ensemble d'excellents conseils thérapeutiques.

Le chapitre consacré par MM. Rist et Ribadeau-Dumas, médecins des hôpitaux de Paris, aux *maladies des plèvres*, se fait remarquer par sa netteté et par sa précision, la technique et les indications des injections pleurales de gaz stérilisé y sont fort clairement exposées.

A l'aide d'une abondante illustration, MM. Tuffier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Martin décrivent toutes les *opérations sur les voies respiratoires* depuis le tubage et la trachéotomie jusqu'à la pneumotomie et la pneumectomie.

Enfin M. Kuss, directeur du sanatorium de l'Assistance publique à Angicourt, consacre 400 pages à l'exposé du *traitement de la tuberculose pulmonaire.* Avec les qualités de savoir, de conscience, de précision qui lui sont habituelles, il fixe tous les détails de ce traitement, n'omettant aucun des éléments de la cure hygiénique, précisant notamment toutes les indications de la technique de la cure d'air et de la cure de repos. Il insiste sur la tuberculinothérapie et sa technique et rédige un véritable traité théorique et pratique sur cette question d'actualité. Une large place est faite également aux médicaments pharmaceutiques antituberculeux dont il fixe les indications : Enfin la méthode du pneumothorax artificiel, récemment entrée dans la thérapeutique antituberculeuse, est exposée avec détail.

Par ces quelques aperçus, on peut se rendre compte de la valeur de ce nouvel ouvrage et des services incontestables qu'il est appelé à rendre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HYGIÈNE PUBLIQUE

Contre le choléra. — Appel au corps médical.

Le préfet de police vient d'adresser une circulaire aux médecins de la Seine pour les prier de lui venir en aide dans la lutte contre le choléra.

Les préfets peuvent compter sur l'aide de *tous les médecins*. Mais puisque messieurs les préfets font appel à *tous* les médecins en cas de dangers publics, pourquoi ne font-ils pas appel à *tous* les médecins pour la surveillance des enfants assistés, des enfants en nourrice, le service de la vaccine, l'inspection des écoles ?

Puisque en face du danger, les pouvoirs publics se font si petits, si humbles devant les médecins; pourquoi, lorsque le danger est passé, sont-ils si chiches pour ces médecins, au point de leur payer 8 fr. un accouchement d'indigent ? Pourquoi les magistrats ne reconnaissent-ils aux médecins qu'un seul privilège, celui d'être toujours condamnés au maximum et à la suppression du droit d'exercer leur profession pour des fautes qu'ils n'ont pas commises ?

Tout de même, si tous ces médecins exploités, mécontents, persécutés par les fonctionnaires de tout acabit de la société actuelle, se disaient : Voici le moment venu de nous venger de tous nos griefs contre cette société qui, tremblante, froussarde devant la mort, tend des bras suppliants devant ces petits médecins, ces simples praticiens dont elle méprise les protestations lorsque tout danger est passé ! Evidemment ils auraient tort. Mais cependant, si, oubliant leur traditionnel dévouement, ils se laissaient entraîner à le faire, car ils sont des hommes après tout !!!

DIVERNERESSE.

Voici cette circulaire :

Préfecture de Police
2e DIVISION
BUREAU D'HYGIÈNE
1re SECTION
Service des épidémies

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ — ÉGALITÉ — FRATERNITÉ

Paris, le 1er juillet 1911.

Monsieur le docteur,

M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, me prie d'appeler l'attention des médecins du département de la Seine sur la situation créée à la France par la marche du choléra en Europe et sur les devoirs qui vont incomber de ce fait au corps médical.

L'an dernier, le choléra a atteint en Russie plus de 200.000 personnes et causé plus de 100.000 décès. Il a, en outre, été constaté dans la vallée du Danube et dans plusieurs provinces d'Italie. Sa réapparition, cette année, s'est produite à Naples, à Palerme, à Venise, où le fléau a pris de suite une allure fort inquiétante ; il sévit aussi à Constantinople. Il est à craindre que demain de nouveaux foyers apparaissent en Europe. La Ville de Paris, où les étrangers affluent en si grand nombre, a le devoir de prendre toutes précautions pour se défendre.

La surveillance des voyageurs venant des pays contaminés a lieu à la frontière, en cours de route et à l'arrivée dans les gares de Paris. Mais cette surveillance ne peut avoir d'autre rôle que d'arrêter immédiatement les voyageurs présentant les apparences d'une maladie soupçonnée d'être le choléra. Elle doit être complétée par les moyens de défense locale.

La circulaire ministérielle du 16 juin dernier dit très justement : « Ne perdez pas de vue qu'en général, je pourrais dire dans la presque totalité des cas, la contamination d'une ville se manifeste de la façon suivante : on constate d'abord un certain nombre de cas de gastro-entérites, ou diarrhées suspectes, auxquelles on ne porte pas d'attention ; le médecin ne pense pas au choléra ; les mesures de diagnostic bactériologique et de prophylaxie ne sont pas immédiatement prises ; puis le nombre des cas augmente, quelques décès se produisent ; l'inquiétude naît ; on réfléchit, on examine, on compare ; la preuve est faite ; ces cas étaient bien cholériques ; on s'empresse alors ; mais il est trop tard ; on a perdu huit jours ; le mal s'est étendu ; l'étincelle est devenue foyer ; il faut, pour triompher de l'épidémie, cent fois plus d'efforts qu'il n'en eût fallu tout au début pour l'arrêter ».

De l'aveu de l'unanimité des personnes qui ont suivi avec attention la marche du choléra en Europe, l'essentiel est en effet de connaître, sans une heure de retard, le premier cas suspect. Pour obtenir ce résultat, ce n'est pas trop de la collaboration dévouée du corps médical tout entier et des services de surveillance sanitaire de mon Administration.

En vertu de la loi de 1882 sur la police sanitaire, dont la loi de 1902 sur la protection de la santé publique n'a abrogé aucune disposition, le décret du 1er août 1910 impose l'obligation de déclarer immédiatement « tout cas de maladie soupçonnée d'être le choléra » au médecin ou, à défaut, au chef de famille ou au logeur. Pour l'accomplissement de ce devoir par le corps médical, je compte sur le dévouement bien connu des médecins.

Je suis informé des adresses où se rendent à Paris, les voyageurs venant de pays contaminés. Si un cas de maladie suspecte m'est déclaré par un médecin dans une maison où je suis avisé que loge actuellement ou qu'a logé quelques jours auparavant un de ces voyageurs, la suspicion s'aggrave, l'alerte est donnée, toutes mesures de prophylaxie et spécialement d'isolement sont prises sans retard. L'analyse bactériologique des selles du malade sera faite d'extrême urgence.

On peut dire que, dans une très large mesure, la préservation de la Ville de Paris, en ce qui concerne les risques de choléra, sera l'œuvre des médecins traitants et dépendra de la rapidité avec laquelle ceux-ci voudront bien me déclarer tout cas, non pas seulement de choléra avéré, mais tout cas suspect, et du soin qu'ils prendront à donner autour du malade les premières instructions prophylactiques en attendant l'intervention éventuelle de mes services (la déclaration peut être faite à toute heure du jour et de la nuit à ma préfecture : No de téléphone de 10 heures du matin à

5 heures du soir : 822-36 ; de 5 heures du soir à 10 heures du matin : 822-23).

Je ne saurais vous adresser un trop pressant appel pour que vous veuilliez bien vous inspirer, le cas échéant, de ces recommandations et je vous prie, Monsieur le docteur, d'agréer l'assurance de ma considération très distinguée.

Le préfet de police,
LÉPINE.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'assistance médicale gratuite dans les départements de l'Aisne et de la Sarthe.

Liesse (Aisne), le 9 juillet 1911

Mon cher confrère.

A la bonne heure ! le docteur Péchin a bien voulu agiter une seconde fois le grelot. Le libre choix fonctionne à Fresnoy-le-Grand par la volonté municipale, c'est parfait. Mais cela ne nous indique par les moyens de l'inaugurer dans le Laonnois. Une bonne moitié des confrères de l'arrondissement fait partie de notre Syndicat. Dès notre première réunion, nous votions le libre choix avec un ensemble et une énergie homérique. Peu de temps après le bureau, muni de tous pouvoirs, obtient du préfet une audience et lui expose les doléances du corps médical. Le Préfet nous reçoit avec courtoisie et, pendant une demi-heuse, fait vibrer nos oreilles de paroles encourageantes. A tel point que, bientôt après, nous sollicitions une audience du président du conseil général. Ce puissant personnage ne répondit pas à la lettre de notre président ; mais au bout de plusieurs mois d'attente, le rencontrant par hasard, il lui présenta ses plus vives excuses de l'oubli impardonnable et prétexta une longue maladie. Il promit, néanmoins, de convoquer le bureau du Syndicat ; mais cette promesse, comme le loup de la fable, court encore.

A une assemblée suivante, la question du libre choix fut remise sur le tapis, et je préconisai une action plus énergique encore, un referendum près de tous les confrères de la région, y compris les dissidents. Dès lors, si j'ai bonne mémoire, la conversation devint plutôt aigre-douce ; les uns parlaient de respect des situations acquises et les autres de ces jeunes arrivistes dont il faut se méfier. Bref, cette étude en resta là, jusqu'à l'incident qui motiva ma première lettre au *Concours*.

Le jeune confrère dont j'ai parlé n'est pas, je pense, aussi « bonne poire », que veut bien le dire le Dr Péchin.

Il n'est pas plus ridicule de soigner un miséreux gratuitement et fort de son indépendance que d'accepter au bout de l'an la pièce de quarante sous que la municipalité nous arrache un beau jour avec des insultes ! En somme, de quel côté sont les poires ?

Si je rends hommage au sentiment d'équité qui a inspiré l'ancienne municipalité de Fresnoy, je crains fort que la nouvelle ne rétablisse un jour les anciens errements. Le tarif de deux francs, par an et par tête est une véritable duperie, car quatre-vingt-dix-neuf maires sur cent refusent le tarif à la visite pour les inscriptions d'urgence en cours d'année. Le libre choix avec abonnement me paraît être un pis-aller ou, si vous aimez mieux, une étape vers l'autre, le seul qui soit conforme aux intérêts du pauvre.

Aussi opinerai-je plus volontiers pour une organisation basée sur l'entente purement confraternelle.

C'est à cela que je convie tous nos collègues du *Concours* exerçant dans le département. A l'ouvrage, confrères ! Créez, comme nous, des Syndicats avec pour base les statuts de Versailles. C'est de cette façon, que vous propagerez cette idée de « liberté de confiance » qui a fait la gloire du *Concours*.

En attendant, pourquoi ne pas nous réunir à certaines dates afin de coordonner nos efforts et concerter notre action ? Nous abuserions des conseils et de l'aide de ces infatigables lutteurs du *Concours*, qui s'appellent Jeanne, Noir ou Boudin.....

Recevez, cher confrère, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Dr Georges SAINT-MAURICE,
Secrétaire du Syndicat de l'Arrondissement de Laon.

Le 9 juillet 1911,

Monsieur le Rédacteur du *Concours médical*,

Ce n'est pas le département de l'Aisne qui occupe le bas de l'échelle à propos de l'assistance médicale (*Concours* du 9 juillet 1911).

Ce doit être le département de la Sarthe, car l'administration nous alloue généreusement (?) 1 *franc* 25 par indigent inscrit, sans tarif chirurgical, avec le seul honoraire de 20 francs par accoucouchement quel qu'il soit. Le système adopté est celui des circonscriptions avec médecin nommé par le préfet.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments

A. LECHAT.

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Le libre choix et les industries laitières dans l'Ouest.

Nous avons reçu de Surgères la lettre suivante qui, après une demande de renseignements qui prouve combien nos amis sont zélés pour seconder notre propagande, nous dit :

....

Je joins à ma lettre copie de celle que nous adressons à tous les confrères de la région pour les solliciter de venir à une réunion où nous aurons à discuter nos intérêts contre une assurance très importante organisée par l'Association des laiteries des Charentes et du Poitou comprenant

75.000 membres. Si nous ne savons pas nous entendre, nous aurons des ennuis. Il y a déjà eu des notes discutées sans raison et *payées ensuite intégralement.*

Je vois que les confrères de l'Ouest sont plus favorisés que nous, mais nous espérons bien avoir notre tour et le plaisir d'entendre soit vous, soit le Dr Jeanne, d'ici peu, dans nos parages.

Si même il vous était agréable de venir à la fin du mois dans notre région et le 23, à Surgères, nous nous ferions un plaisir de vous recevoir. Je mets ma maison à votre disposition. Vous y serez reçu de façon simple, mais en vrais amis porteurs de la bonne parole.

Je n'ose insister, pensant que vos instants sont très pris, mais vous pouvez considérer mon invitation comme sérieuse.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr A. MÉTAIS.

Voici les documents que nous transmet notre excellent confrère de Surgères, mais nous sommes obligés d'ajourner à plus tard la visite que nous comptons bien lui faire, tout en le remerciant bien cordialement de la si cordiale hospitalité qu'il nous offre :

Surgères, le 12 juillet 1911,

Cher Confrère,

A la réunion, de la Fédération des Syndicats médicaux de la Charente-Inférieure, qui avait lieu à Surgères, le 2 courant, le Dr Bobrie, notre président, nous communiquait la lettre de l'Association des laiteries dont nous joignons copie et nous demandait quelle réponse il devait faire.

Comme le nombre des médecins intéressés n'était pas suffisant pour prendre une décision ferme, nous avons jugé préférable de réunir tous les médecins ayant des laiteries dans leur clientèle et de prendre ainsi des résolutions qui aient une portée réelle.

Il serait en effet prudent, pour les assurances de laiteries qui prennent dans notre région une importance considérable, pour les autres assurances agricoles, d'avoir une conduite uniforme, un tarif variant peu d'une clientèle à l'autre, reposant sur des bases égales.

Nous serions d'avis d'appliquer aux ouvriers agricoles (domestiques, journaliers) un tarif ouvrier que nous pourrions élaborer (différent du tarif Dubief) ; aux patrons et fermiers, le tarif ordinaire.

Si l'Association des laiteries nous garantit formellement et par écrit le paiement de nos honoraires, nous pourrons lui consentir une sorte d'escompte (puisqu'elle nous évite frais de recouvrement et de poste), escompte dont le taux serait à fixer.

Nous sommes partisans de la liberté de confiance et nous estimons que nous ne devons pas transiger sur le libre choix du médecin par l'accidenté.

C'est sur ces données que, pressentis des premiers par la laiterie de Surgères, nous avions traité avec elle dans l'espoir que nous éviterion tous ennuis. D'autres ont fait comme nous. Or, de divers côtés, il nous revient que des notes ont été contestées souvent sans raison, ni bases d'appréciation suffisantes, qu'on oppose le tarif des uns à celui des autres.

Il devient donc indispensable de nous entendre de nous grouper en face de collectivités puissantes à côté desquelles nous voulons vivre honorablement.

Au mois de février dernier, entrevoyant les difficultés qui pourraient survenir pour les confrères isolés, nous avions fait à tous les médecins de notre région un appel qui fut entendu.

La saison peu favorable ne permit pas de nous réunir très nombreux, mais nombreuses furent les lettres de confrères nous encourageant dans cette voie et nous promettant leur concours. Nous avons pensé, à la lecture de la circulaire suivante, qu'était venu le moment où une décision prise en nombre était nécessaire.

Dans ce but, nous vous prions *instamment* de vous rendre le dimanche 23 courant à Surgères où aura lieu, à 2 h. 1/2 de l'après-midi, une réunion dans laquelle nous discuterons :

1° Le libre choix du médecin pour les accidentés ;

2° Les tarifs à établir ;

3° La réduction à consentir aux laiteries *si elles nous garantissent* le paiement de nos honoraires ;

4° Arbitrage pour les notes contestées qui seraient examinées par des arbitres nommés en nombre égal par les laiteries et les médecins. Les différends seraient ainsi jugés à l'amiable au grand bénéfice de tous.

Nous avons le ferme espoir que, comprenant l'importance de notre réunion, vous voudrez être des nôtres le 23 juillet.

Si, par impossible, vous ne pouviez vous rendre à Surgères ce jour-là, nous vous saurions très grand gré de nous faire connaître votre opinion sur les diverses questions que nous aurons à traiter et nous dire si vous adhéreriez à l'avis de la majorité

Vous voudrez bien adresser toute correspondance au Dr Métais, à Surgères.

La réunion aura lieu chez le Dr Audry.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Les médecins de Surgères :

AUDRY, MÉTAIS, BUGEAU, MOURIÉ, BUGEAU, fils, ROI.

Association centrale des Laiteries coopératives des Charentes et du Poitou.

Surgères, le 14 juin 1911

Monsieur le Président,

Vous n'ignorez pas que l'Association centrale des laiteries des Charentes et du Poitou, a créé à la fin de 1899, un vaste système d'assurances mutuelles contre les accidents agricoles au profit des adhérents aux beurreries coopératives qui lui sont affiliées.

Ces assurances profitent non seulement aux salariés de ces adhérents et à toute personne qu'ils peuvent employer, mais encore aux membres de leur famille. C'est une clientèle fort étendue déjà et qui augmente tous les jours. Le bon fonctionnement de cette organisation dépend, pour une large part, du mode de règlement ou des tarifs des frais médicaux afférents aux accidentés.

L'expérience que nous avons faite au cours de l'exercice 1910, 31 décembre 1909 — 1er janvier 1911, *nous prouve que la collaboration de messieurs les médecins avec nous est désirable et en quelque sorte nécessaire.*

Nous avons relevé en 1910 des états qui ont beaucoup surpris nos esprits profanes ; nous signalons notamment une variété infinie de tarifications inexplicables pour nous, une multiplication, dans certains cas, d'interventions invraisemblables.

Nous aspirons à un régime mieux ordonné. Bien décidés à régler nous-mêmes et immédiatement les médecins de nos accidentés, *à qui nous avons tenu à laisser* JUSQU'ICI toute liberté de choix, nous pensons que la sécurité et la rapidité de ces règlements nous valent *quelque modération dans l'application des tarifs.*

Nous n'envisageons du reste pas des tarifs d'indigents, mais des tarifs de malades moyens, suivant la condition de la plupart de nos assurés.

Il nous semble que, par esprit de réciprocité, messieurs les médecins peuvent s'associer à nous pour résister aux sollicitations quelquefois abusives de sinistrés dont l'insistance à se faire visiter quotidiennement n'a quelquefois d'autre excuse que celle qu'ils tirent de leur condition d'assurés, garantis comme tels contre les frais inutiles de ces interventions réitérées.

C'est en somme, Monsieur le Président, *à un accord honorable* pour vous et pour nous, non moins que *profitable à vos intérêts comme aux nôtres*, et, je le répète, à une cordiale collaboration que je fais appel en vous écrivant cette lettre.

Vous serez bien aimable d'en saisir votre compagnie dans une de vos plus prochaines réunions. J'ai confiance qu'elle saura, répondant par un même sentiment au désir d'union et de concorde qui nous anime, proposer à notre approbation des conventions que nous serons heureux d'enregistrer.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes plus distingués sentiments.

Le Président :
Signé : Paul ROUVIER.

CORRESPONDANCE

Le danger des aliénés pour les médecins.

Mon cher confrère,

L'assassinat récent du professeur Guinard a fait réfléchir plus d'un confrère sur les dangers auxquels l'expose l'exercice de sa profession ; en effet, chacun de nous peut avoir affaire à un de ces énergumènes neurasthéniques qui, toujours critiquant nos moyens thérapeutiques et notre mode de traitement, peuvent à un moment donné devenir dangereux ; ces réflexions m'amènent à un cas qui m'est arrivé personnellement il y a quelques années, où je fus appelé en hâte par la femme d'un employé d'usine « pour calmer son mari qui est très surexcité ». Etant médecin attitré de la dite usine, je me rendis séance tenante, chez le soi-disant malade et constatai de suite que j'étais en présence d'un alcoolique en état de crise. J'essayai de le rassurer par des paroles bienveillantes, écoutant patiemment ses divagations et lorsque je m'assis pour rédiger une ordonnance, je le crus calmé !

Erreur, lorsque je tendis l'ordonnance à sa femme, il la lui prit des mains, la déchira et, sans que j'aie eu le temps de me défendre, m'allongea une formidable gifle, puis demanda à sa femme son revolver. Or, malgré une plainte en règle, ce triste individu ne fut point condamné, faute de témoin, « le médecin, dans l'exercice de ses fonctions, étant considéré comme un simple particulier » ! me fut-il répondu. Or, que serait-il arrivé si j'avais pris ce personnage par le scrotum et lui avais provoqué une orchite traumatique pour l'avoir un peu trop serré. J'aurais, certes, été condamné par le tribunal. Donc, dans l'exercice de sa profession, le médecin qui peut être appelé chez « n'importe qui » doit être très circonspect et dans certains endroits se tenir sur ses gardes. Mon avis est que, dans le cas où il est assailli d'une façon quelconque, il doit se venger, lui-même sur la personne de son agresseur, s'il le peut. C'est dans ces cas-là, qu'il est bon d'avoir des biceps solides pour le tenir en respect.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr HAUSSMANN.

N. D. L. R. — Nous ne partageons pas l'avis de notre correspondant. Le médecin doit rester maître de ses mouvements de colère, surtout quand il s'agit du bas instinct de la vengeance.

Syndicalisme agissant.

Nantes, le 8 juillet 1911.

Cher et honoré Confrère,

Très heureux de l'initiative prise par le *Concours* je me faisais un plaisir d assister à la causerie du 7 juillet, rue de la Fosse. Je me proposais, en effet, d'y parler des consultations médicales données par certains pharmaciens, de la vente par ceux-ci, à la suite de ces consultations, de produits spécialisés de leur fabrication et autres, sans ordonnances ; de la délivrance, par eux, à plusieurs reprises, de médicaments sans nouvelles ordonnances ; des prix ridiculement bas pris par certains confrères ; de la non-observation des règlements des Bureaux de Bienfaisance, ceux-ci gardant de vieux médecins jusqu'à leur mort ; du prix de famine alloué par ces

administrations aux docteurs titulaires ; de la non-rétribution des suppléants, de la lutte que nous avons chaque jour à soutenir avec les Sociétés d'assurances, accidents du travail ; du service gratuit aux gendarmes, de la jalousie stupide entre confrères ; du prix trop réduit auquel nous soumettent les Sociétés de secours mutuels et d'assistance ouvrière ; de l'insuffisance médicale des services publics (il n'y a ici qu'un médecin dit municipal pour une ville de 150.000 habitants) ; du relèvement des honoraires [riches, bourgeois, commerçants, ouvriers, pauvres], pour le jour, la nuit et le dimanche ; d'un roulement pour les services de nuit et du dimanche, etc... Mais, une dépêche me parvenait m'appelant en Mayenne, près d'un ami, docteur aussi, qui mourut entre mes bras.

Excusez-moi donc de mon absence involontaire. J'espère du reste, à mon prochain voyage à Paris, aller vous voir.

En attendant, je serais heureux de savoir par lettre, en détail, les résultats de votre causerie, et dans cette attente je vous prie d'agréer, avec mes vifs regrets, mes sentiments les plus cordiaux et tout confraternels.

Dr Emile-J. ONILLON.

Réponse. — Puisque vous auriez agité toutes ces questions, nous publions votre lettre et le Syndicat sera *saisi de la sorte de ce qui vous préoccupe.* Voyez le confrère et ami Saquet, et il vous dira ce que fut notre journée.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'Administration du 20 juillet 1911.

Admissions.— Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

Messieurs les docteurs :

2306 Auger, à La Flèche (Sarthe).
2307 Billaud, au Lude (Sarthe).
2308 Buquin, à La Flèche (Sarthe).
2309 Lecomte, à Mayet (Sarthe).
2310 Tuvache, à La Flèche (Sarthe).
2311 Audureau, à Jallais (Maine-et-Loire).
2312 Peton, à Saumur (Maine-et-Loire).
2313 Poitout, à La Membrolle (Maine-et-Loire).
2314 Cocar, à Cancale (Ille-et-Vilaine).
2315 Coupel, à Autrain-sur-Couesnon (Ille-et-Vilaine).
2316 Follet, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
2317 Grasset, à Fougères (Ille-et-Vilaine).
2318 Guéguen, à Hurel (Ille-et-Vilaine).
2319 Lebreton, à Combourg (Ille-et-Vilaine).
2320 Macaud, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
2321 Le Maignan de Kerangat, à Pleine-Fougères (Ille-et-Vilaine).
2322 Maufrais, à Dol (Ille-et-Vilaine).
2323 Augé, à Lorient (Morbihan).
2324 Blanchard, à Lorient (Morbihan).
2325 Blondeau, à Vannes (Morbihan).
2326 Glais, à Lorient (Morbihan).
2327 Grouhel, à Port-Louis (Morbihan).
2328 Le Goff, à Lorient (Morbihan).
2329 Le Moal, à Lorient (Morbihan).
2330 Lepipe, à Lorient (Morbihan).
2331 Mayeux, à Cléguérec (Morbihan).
2332 Meheut, à Lorient (Morbihan).
2333 Pruche, à Vannes (Morbihan).
2334 Rialland, à Pont-Scorff (Morbihan).
2335 Rio, à Lorient (Morbihan).
2336 Mahé, à Gévézé (Ille-et-Vilaine).
2337 Riquez, à Paris, 38, bd. de Reuilly.
2338 Guenot, à Belfort.
2339 Cousyn, à Lorient (Morbihan).
2340 Perrin A, à Marseille.
2341 Simonot (Auguste), à St-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône).
2342 Grognot, à Doulon-lès-Nantes (L.-Inf.).
2343 Tourrenc, à Malicorne (Sarthe).
2244 Diet, à St-Nazaire (Loire-Inférieure).
2345 Bronner, à Lorient (Morbihan).
2346 Galès, à Guipavas (Finistère).

— Le Dr S. communique un jugement du juge de paix de V., qui réduit de 5 francs à 2 francs le prix des certificats délivrés pour un accident agricole, avec des motifs qui veulent être méprisants pour les médecins et sont rédigés en un style grotesque.

Le Conseil est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'interjeter appel de ce jugement, mais qu'on pourrait porter plainte contre le juge de paix devant le garde des Sceaux.

— Sur avis conforme de Me Gatineau, le Conseil accorde au Dr A. l'appui pécuniaire qu'il demande pour soutenir son appel contre un jugement d'incompétence du juge de paix dans une affaire d'honoraires réclamée aux enfants d'une cliente décédée insolvable.

— *Dr Renault contre Syndicat des commerçants et industriels de France.* — Le jugement du tribunal de Saint-Calais, annulant comme souscrites à la suite de manœuvres dolosives les polices du Dr Renault, vient d'être confirmé par la cour d'Angers, après plaidoirie de Me Gatineau, et avec l'appui pécuniaire du « Sou Médical ».

Le Conseil décide qu'il sera publié aussitôt que possible dans le « Concours médical ».

JURISPRUDENCE MÉDICALE

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DU PUY

20 *mars* 1911.

Exercice illégal de la médecine. — Condamnation de l'auteur du délit à des dommages-intérêts envers le Syndical médical local.

Attendu que l'intervention du Syndicat des médecins de l'arrondissement du Puy est régulière en la forme, qu'il y a lieu de la recevoir.

Au fond :

Attendu qu'il résulte des témoignages entendus à cette audience que depuis un temps non prescrit, à M., commune de L., n'étant pas muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, et n'étant pas dans un des cas stipulés par les articles 6, 29 et 32 de la loi du 31 novembre 1892, R.., a pris part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou aux affections chirurgicales sauf les cas d'urgence avérée,

Délit prévu et puni par les articles 16, 17, 18, de la loi du 30 novembre 1892 combinés avec l'article 463 du Code pénal ;

Par ces motifs,

Le Tribunal reçoit le Syndicat des médecins de l'arrondissement du Puy intervenant, déclare R., atteint et convaincu du délit qui lui est reproché, et, pour réparation, le condamne à une amende de 50 francs, et statuant à l'égard de la partie civile, le condamne à payer audit Syndicat, à titre de réparation, la somme de 50 francs ;

Condamne le Syndicat aux dépens, sauf son recours contre le dit R..

Et attendu que R. n'a pas d'antécédents judiciaires, dit qu'il lui est fait application, en ce qui concerne l'amende, des dispositions de la loi de sursis, M. le Président lui a fait l'avertissement prescrit par l'article 3 de la même loi,

Note. — *Ce jugement a été obtenu* avec l'appui pécuniaire du « Sou médical », auquel le Syndicat du Puy est adhérent en totalité.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Clinique Baudelocque** (125, boulevard Port-Royal). — *Cours pratique d'accouchements*, par MM. Wallich et Couvelaire, agrégés. Ce cours, avec l'assistance de MM. Lacasse et Pottet, chefs de clinique, commencera le lundi 18 septembre. Il aura lieu tous les jours pendant deux semaines, et se terminera le 30 septembre.

Programme du cours : Le matin, de 10 heures à midi, exercices cliniques de diagnostic et de pratique obstétricale (grossesse, accouchements, suites de couches, nouveau-nés, allaitement). Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés et à la pratique des accouchements.

L'après-midi, de 2 heures à 4 heures, manœuvres et opérations obstétricales.

Le droit à verser est de 50 francs.

— **Clinique ophtalmologique.** — M. F. Terrien, agrégé d'ophtalmologie, fera, pendant les vacances, une série de leçons cliniques avec présentation de malades.

La première leçon aura lieu le vendredi 28 juillet 1911, à 10 heures (Amphithéâtre Dupuytren).

— **Médecin victime du devoir.** — Le médecin-major colonial Antonin Imbert vient de mourir à Port-Vendres, victime du devoir. Il avait reçu une piqûre anatomique à l'école du service de santé de Marseille, et depuis cette date son état n'avait cessé de s'aggraver.

La série continue.

Autour de l'encombrement. — *Excelsior* du 9 juillet nous apprend que la commune de Cotignac (Var) est uniquement desservie par un médecin belge, aucun Français n'ayant voulu s'y installer. Or, cette situation serait très gênante, certains services publics, certaines formalités officielles ne pouvant être remplis par un confrère d'origine exotique.

Aussi réclame-t-on pour que l'équivalence soit accordée à son diplôme. Mais qu'est-ce qui nous disait que la profession médicale est encombrée et que, pour une place, il y a dix amateurs ? Voilà bien un poste pourtant qui n'a pas trouvé preneur parmi nos compatriotes, et qui doit se contenter d'un étranger. Alors ! ! !

— **Responsabilité médicale.** — Il s'agit plutôt d'une affaire de violation du secret professionnel dont se serait rendu coupable le professeur della Vedova, de Milan, au détriment du fameux ténor Caruso, en déclarant dans une interview donnée à un journal que la puissance vocale de ce dernier serait considérablement compromise.

Caruso réclame à M. della Vedova un million de dommages intérêts, son interview ayant impressionné fâcheusement les impresarii avec lesquels le ténor se préparait à prendre des engagements.

Il prétend, en outre, que le médecin milanais a voulu par là se venger du refus opposé par lui au paiement d'une note de cinquante mille francs que M. della Vedova lui réclamait pour une légère opération faite à la gorge du ténor, et qu'il réduisit ensuite à vingt mille francs.

Le procès ne sera pas sans intérêt.

— **Méthode japonaise pour rappeler à la vie.** — Abram établit que le Kuatsu, une partie intégrante du jiu-jitsu, est la méthode à laquelle les Japonais ont recours pour rappeler à la vie ceux qui ont été « Knocked out ». On a constaté qu'elle était efficace aussi dans les cas d'insolation, d'asphyxie pour des noyés et des évanouissements pour d'autres causes.

La méthode est pratiquée de la façon suivante : Le sujet est étendu la face contre terre, les bras allongés de chaque côté et l'opérateur avec son poignet frappe rudement la 7e vertèbre cervicale avec la régularité d'un charpentier frappant avec un marteau. Aussitôt que le malade recouvre connaissance, il est placé dans une posture assise, les bras sont mis en mouvement rotatif et il est aidé à marcher.

Cette dernière instruction est regardée comme indispensable dans l'application du kuatsu, son objet étant de rétablir complètement les fonctions de la respiration.

Autrement, est-il dit, le patient retombe dans l'inconscience.

Suivant l'auteur, le point essentiel de cette méthode est l'ébranlement de l'épine de la septième cervicale. C'est un des moyens par lesquels le réflexe du cœur peut être obtenu. L'instrument le plus efficace pour cet effet est un marteau pneumatique. L'auteur déclare qu'il a eu occasion de pratiquer le choc vertébral dans bien des maladies infectieuses aiguës impliquant le cœur et il a noté l'action presque miraculeuse de la méthode en question. (*New-York Medical Record.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année N° 32 Dimanche 6 AOUT 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

En Tournée de Propagande.

Le Syndicalisme médical vu sur place.

(*Suite.*)

Le samedi 1er juillet, nous traversions les Côtes-du-Nord.

Un trop court arrêt à Saint-Brieuc nous permet de serrer les mains des convives, au déjeuner desquels nous venions de faire défaut.... grâce au changement de service de l'Ouest-Etat.

Approbation rapidement recueillie des décisions d'assemblée générale de nos grandes sociétés ; compte rendu des gestes du Comité de propagande constitué l'an dernier en présence de Maurat et Jeanne ; constatation de la nécessité de faire, en ces vastes régions, aux communications insuffisantes, des Syndicats d'arrondissement groupés en fédération départementale ; préoccupation générale de se défendre corporativement contre l'ingérence politique des candidats dans tout ce qui touche à l'exercice de la médecine publique, contre l'exercice illégal appuyé sur les questions confessionnelles ; examen du relèvement des honoraires et, en particulier, idées de révision du tarif des interventions dans l'assistance médicale, telles furent les conclusions à retenir des conversations que rendit trop courtes et trop rapides le souci d'exactitude aux rendez-vous donnés à nos confrères du Finistère, et dont les dévoués membres du Comité de propagande dégageront les indications pratiques.

Réunion de Morlaix (1er *juillet*).

Le même jour, à trois heures, nous débutions dans le Finistère par une conférence à Morlaix. Le sympathique confrère Prouff, doyen du *Concours* dans la région, et, par longue tradition, initiateur de tout ce qui s'y est fait

pour le bien de la profession, avait organisé la familiale rencontre, de concert avec l'Eliacin de nos œuvres, M. le Dr Fohanno, qu'un deuil cruel empêcha d'être des nôtres.

Ah ! il y eut là deux heures bien et agréablement employées !

Passons vite sur les adhésions unanimes au « Sou médical » et à la Mutualité familiale, témoignage direct et immédiat du succès ordinaire des conférences Boudin ; n'insistons pas non plus sur l'approbation donnée à la réforme du syndicalisme et à l'évolution de l'A. G., puisque nous l'avons trouvée dans tous les points où nous nous arrêtâmes. Retenons plutôt et ne manquons pas d'enregistrer ce qui suit.

Il y a un certain nombre d'années, la Commission administrative de l'hôpital de Morlaix eut à choisir un chirurgien en chef pour l'établissement. L'élu fut le Dr Prouff. Nul confrère ne s'en étonna, excepté l'élu qui, avec son habituelle et attrayante modestie, ne se reconnaissait pas de titres suffisants à une distinction d'allure un peu éliminatoire à l'égard de ses camarades, et n'accepta qu'entraîné par une sorte d'assentiment général. Cet état d'âme, qui ne court pas assez les chemins, si l'on ose dire, même parmi les plus ardents du syndicalisme, inspira l'idée à M. Prouff de faire de son service un *champ d'enseignement mutuel* ouvert à tous les praticiens de la région. Chaque jeudi matin, ces praticiens prirent l'habitude d'amener là leurs cas intéressants : consultation de tous les assistants, interventions pratiquées tantôt par l'un, tantôt par l'autre, comme leçon opératoire, avec le concours de tous, pour l'instruction de tous. Après quoi, conversations suivies sur les intérêts professionnels, toutes questions étant étudiées et résolues sous la dictée de l'esprit d'égalitaire solidarité, et ainsi l'accord absolu, le bloc, se trouvant réalisés d'emblée devant les administrations et le public.

Résultats obtenus de ce fait après dix ans ? Jeunes ou vieux ont été unanimes pour nous les résumer ainsi :

1° Chaque praticien à même aujourd'hui de s'acquitter parfaitement de toute la chirurgie d'urgence. Facultés, voilez-vous la face !

2° Syndicat de l'arrondissement, tout fait et sans cesse agissant, qui n'a qu'à se donner un bureau et déléguer le Dr Prouff à la Fédération départementale. (On nous charge d'en informer demain l'arrondissement de Brest, après demain, ceux de Quimper, Châteaulin, Quimperlé) ;

3° Intérêt général de la santé publique confié aux seules compétences.

Confrères, ce que nous venons de conter là était connu et nous fut confirmé dans tout le Finistère, de point en point, sans variantes, sans broderies. Les professeurs de syndicalisme n'en avaient entendu parler qu'une fois par l'ami Smester, l'Union des Syndicats n'en fut jamais informée !

Afin d'y assister, nous vous quittons sur ce souvenir.

Vous nous retrouverez à Brest la semaine prochaine, mais d'ici là, rappelez-vous ce que vous a dit Delthil (de Briare, Loiret), soit dans le *Concours*, soit au Congrès, sur ce sujet de l'enseignement mutuel dans ses rapports avec le syndicalisme médical, et posez-vous cette question :

Ne pourrait-on pas trouver quelques docteurs Prouff dans chaque département ?

Drs JEANNE et BOUDIN.

(*A suivre.*)

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. ROBIN

Traitement de la chlorose

En l'année 1610, il y avait à la Faculté de médecine de Montpellier un étudiant qui ne donnait aucune satisfaction à ses professeurs. Il était réputé mauvais sujet, non qu'il fréquentât les tavernes ou troublât le sommeil des habitants de la ville, mais parce que son indiscipline intellectuelle n'avait aucun respect pour les traditions. Lazare Rivière, c'était son nom, se permit même, un jour, d'entrer en contradiction avec son doyen, au milieu du cours de celui-ci.

Eh bien ! c'est ce Lazare Rivière, qui, le premier, fit une description complète de la maladie dont je vais vous entretenir aujourd'hui, la chlorose. La chlorose, certes, avait été connue avant lui et de tout temps. On la désignait sous les termes de pâles couleurs, mal virginal, etc. Mais la description de Rivière est particulièrement remarquable, et aujourd'hui encore, celui qui désire étudier la chlorose dans son côté pratique, n'en trouve pas de meilleure. Lazare Rivière a tout vu ; il a reconnu le rôle du fer, des eaux chlorurées sodi-

ques. Il énonce également la théorie génitale de la chlorose, avec, comme sanction thérapeutique, l'utilité du rapprochement sexuel.

La chlorose est une maladie d'évolution, qui apparaît peu avant, pendant, ou peu après la puberté. Elle se montre chez la femme, déterminant une série de symptômes particuliers.

Les théories pathogéniques de la chlorose sont très nombreuses. Si je voulais les étudier, plusieurs leçons seraient nécessaires. Je me bornerai à vous en signaler quelques-unes prises parmi celles qu'on a soutenues le plus récemment. D'abord, la théorie de Lemoine et Clément, réédition de la vieille théorie vasculaire de Virchow, qui fait de la chlorose une phlébite superficielle et généralisée. La théorie de Metchnikof, analogue à celle de Lazare Rivière, voit l'origine de la maladie dans la septicité des menstrues retenues par l'hymen. Charrin estime qu'il s'agit d'une insuffisance d'élimination des toxines par les règles. D'autres pensent à une insuffisance ou à un excès de sécrétion de l'ovaire. Landouzy admet que toute chlorose est tuberculeuse. Enfin, dans un travail récent, M. Blondel a proposé une théorie thymique. Il attribue au thymus une fonction d'arrêt vis-à-vis des organes génitaux, empêchant ainsi l'animal de pouvoir reproduire avant son complet développement sexuel. Dans la chlorose, le thymus disparaîtrait à une époque trop précoce, avant ce développement complet des organes génitaux. D'où l'utilité d'administrer du thymus aux chlorotiques.

Le praticien doit connaître la chlorose, la différencier des autres anémies. La chlorose s'observe chez les jeunes filles à l'époque de la puberté. Elle détermine un ensemble de troubles génitaux, nerveux, dyspeptiques, dont l'association la caractérise. Ce qui la caractérise également, c'est la formule hématique que l'on trouve à l'examen du sang. Dans la chlorose, le nombre des globules rouges est peu diminué ; ce qui est diminué, c'est la valeur globulaire. Voici une malade du service atteinte de chlorose. Chez elle, nous avons trouvé 3 millions de globules rouges au lieu de 4 millions. Par contre, chaque globule, au lieu de valoir 100, valait 35 : la valeur globulaire était 35 %. Il n'y avait pas de leucocytose, pas de variations bien grandes dans la formule leucocytaire.

Avant de poursuivre l'histoire de la malade, je vais vous dire un mot de la chlorose tuberculeuse. Elle est l'expression de ce besoin de généralisation qui nous est si familier. Jadis, on déclarait qu'il y avait antagonisme entre la chlorose et la tuberculose. Aujourd'hui, on dit le contraire. La vérité est qu'il n'y a pas plus d'antagonisme que de relations entre l'une et l'autre. Trousseau avait soulevé la question et, avec son grand sens clinique, il y avait répondu que certaines chloroses, à aspect de tuberculose, sont des tuberculoses à forme chlorotique. Elles se distinguent de la chlorose vraie par différents signes : le souffle vasculaire y manque ou y est réduit ; pas de souffle au niveau des orifices ; une accélération du pouls au lieu du ralentissement observé dans la chlorose pure. Les chlorotiques simples ont rarement de la dyspnée alors que les tuberculeux à forme chlorotique ont de la dyspnée au moindre effort. En définitive, les chlorotiques vraies ne sont ni disposées à la tuberculose, ni des tuberculeuses.

Notre malade a 19 ans. Elle est entrée à l'hôpital il y a 1 mois 1/2, se plaignant d'inappétence, de faiblesse, de syncopes, de troubles gastriques, de palpitations émotionnelles. Elle était pâle, amaigrie. On constatait, à l'auscultation du cœur, un souffle systolique se propageant à la clavicule, à timbre doux, modifié par les mouvements respiratoires, n'ayant pas la fixité des souffles organiques. *Le pouls était faible et lent. On trouvait, en* auscultant la jugulaire, un bruit de diable. L'examen du sang montrait une valeur globulaire de 35 %. C'était une chlorose nette.

Il est intéressant d'étudier, dans la chlorose, non seulement le sang morphologique, mais aussi le sang au point de vue chimique. A ce point de vue, nous notons les faits suivants : une diminution de la densité du sang, du résidu total, du résidu inorganique, du résidu organique, de l'azote, du fer. Chose curieuse, qui paraît paradoxale, il semblerait qu'avec une hémoglobine tombée à 35 %, les échanges respiratoires soient diminués. S'il y a moins d'hémoglobine, il est logique de penser qu'il y a moins d'oxygène fixé, moins d'oxygène consommé. Mais, en médecine, la vérité est souvent paradoxale. Chez notre malade, les échanges sont accrus dans une grande proportion. A l'état normal, un individu sain consomme 80 cmc. d'air par kilog. ; ici, nous arrivons au chiffre de 148. On peut expliquer ce fait en considérant qu'à l'état normal, l'individu n'utilise pas son hémoglobine en totalité. Il n'en utilise que 68 % et les 32 % restant demeurent en réserve. Or, notre malade est obligée d'utiliser toute son hémoglobine, et pour cela elle accélère sa respiration, d'où un bouleversement du chimisme cellulaire.

Nous avons prescrit à cette malade du fer, une alimentation convenable, des gouttes de noix vomique et des poudres de saturation pour annihiler l'hyperacidité gastrique. En ordonnant du fer, dans ce cas, je suis un peu en contradiction avec des idées que j'ai soutenues antérieurement ici même. J'ai divisé les anémies en trois groupes : les anémies avec destruction exagérée, qui demandent la médication arsénicale ; les anémies avec insuffisance d'assimilation, qui demandent le fer, et les anémies par déminéralisation qui sont justiciables de la réminéralisation. Or, cette malade devrait rentrer dans la première catégorie. Pourquoi ai-je donné du fer ? L'arsenic aurait pour

effet de diminuer les réactions de défense des tissus. Le fer a l'inconvénient d'exalter ces réactions de défense, mais, par contre, il relèvera la valeur globulaire, et une fois le renouvellement de l'hémoglobine fait, la réaction de défense n'aura plus sa raison d'être. Cette réaction de défense travaillera à reconstituer l'organisme.

Quel est le rôle du fer en thérapeutique ? Ce rôle a fait l'objet de discussions tellement nombreuses que je renonce à les indiquer. Le fer est un agent catalytique. Il agit comme oxydase et stimule l'action des diastases et des catalases organiques. Il améliore l'évolution de l'hémoglobine et, une fois intégré dans le globule, il continue cette action. Pour que le fer agisse, il est une condition indispensable : l'intégrité du foie. Si vous avez affaire à une chlorotique avec foie malade, le fer cesse d'agir. De là l'utilité d'explorer le foie dans ces cas-là.

Les préparations ferrugineuses utilisées en médecine sont innombrables. On peut les diviser en : inorganiques insolubles, inorganiques solubles et organiques, sans parler des préparations encore à l'étude dans lesquelles le fer est intégré dans la molécule d'albumine où elle remplace le soufre.

Deux préparations ferrugineuses sont plus particulièrement recommandables : le fer réduit par l'hydrogène, en premier lieu, et, comme succédané, pour les malades qui ne supportent pas le fer réduit, le tartrate ferrico-potassique.

Le fer réduit par l'hydrogène se donne à la dose de 0 gr. 20 par jour, 0 gr. 10 à chaque repas, en cachet, ou dans un peu d'eau.

Le tartrate ferrico-potassique se donne à la même dose de 0 gr. 20 centigrammes, en pilules ainsi formulées :

Tartrate ferrico-potassique...	0 gr. 10
Poudre de rhubarbe..........	0 gr. 05
Ex rait mou de quinquina....	0 gr. 10

La rhubarbe a une légère action sur l'estomac et combat la constipation causée par le fer.

Le traitement ne comporte rien autre chose, si ce n'est, comme adjuvants, un peu de noix vomique pour stimuler l'appétit et des poudres de saturation pour calmer l'hyperacidité stomacale.

Qu'obtient-on de ce traitement ? Notre malade, en 32 jours, a augmenté de 12 kilogr. En même temps, elle s'est transformée, colorée, le souffle cardiaque a disparu, ses règles sont revenues. L'hémoglobine s'est élevée à 77 %. Elle n'est pas encore guérie et il faudra continuer la cure.

A côté du traitement médicamenteux, se place une série de moyens utiles à joindre à ce traitement. Le premier a trait à l'alimentation, qui sera aussi riche que possible et augmentée en matières azotées, en viandes. Le second est l'immobilisation. Les chlorotiques seront mises au repos au grand air, à la lumière, le plus possible.

Les agents physiques, l'hydrothérapie, aident puissamment la cure. On donnera des douches d'eau froide, après avoir acclimaté les malades à l'eau froide progressivement.

Reste enfin les cures hydro-minérales. On les divise en deux groupes. Dans le premier, se rangent les chlorotiques dyspeptiques. Dans le second se rangent les chlorotiques non-dyspeptiques ou dont la dyspepsie a été traitée. Ce sont : Royat, Forges-les-Eaux, Bussang, certaines sources de Saint-Nectaire, etc.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les épanchements traumatiques du genou

La question du traitement des épanchements traumatiques du genou revient souvent dans notre journal, car elle est toujours d'actualité et toujours un peu controversée. M. le Dr Gruget, de Laval, a repris récemment dans le *Journal des Praticiens* l'étude du traitement et des indications spéciales de la thérapeutique des épanchements traumatiques du genou.

« Tout d'abord, la méthode de l'immobilisation avec compression peut être employée, mais à la condition expresse que la compression soit très rigoureuse et soumise à certaines règles précises. On doit faire un enveloppement ouaté de tout le membre inférieur, laissant seulement à découvert les orteils, pour pouvoir surveiller l'état de la circulation de ce membre. On se servira de préférence d'ouate cardée qui est supérieure au coton hydrophile, qui se tasse très vite. La bande de toile sera méthodiquement serrée, en allant de la périphérie vers la racine du membre, où elle s'arrêtera. Elle doit, enfin, être refaite chaque jour.

Pendant tout ce temps le membre restera horizontal, le talon légèrement surélevé par rapport à la racine de la cuisse.

« On obtient ainsi la résorption de l'épanchement, mais on *n'évite aucunement l'atrophie du quadriceps* et l'impotence fonctionnelle qui en résulte et qui mettront de longues semaines à disparaître.

« Or, une hémarthrose même abondante du genou doit, dans l'immense majorité des cas, être guérie dans une période de 15 *à* 25 *jours*.

« Voici donc comment il convient de procéder : s'assurer d'abord de l'*existence et de la nature de l'épanchement*, et se rappeler que tout épanchement intra-articulaire *qui se sera formé dans les* 24 *heures après un traumatisme* est sûrement une hémarthrose.

« Se rendre compte ensuite de l'*état de l'appareil ligamentaire du genou* : ceci a une importance capitale au point de vue du pronostic. Il *faut savoir si les ligaments latéraux sont ou non déchirés.*

« *a) Pas de mouvements de latéralité dans l'articulation : appareil ligamentaire non rompu ;*

« *b) Mouvements de latéralité : appareil ligamentaire rompu.*

« *a) Si les ligaments latéraux sont rompus* manifestement, le pronostic n'est pas fameux, à cause de la *facilité et de la fréquence de reproduction des entorses* au moindre faux mouvement. Dans ce cas, il est indispensable de *faire un appareil plâtré* qui fasse *attelle latéralement.* Plus tard même, le blessé devra porter une *genouillère à lacets* bien faite et dépassant largement par en haut et par en bas les limites de l'article.

« *b) Si les mouvements de latéralité de l'article sont nuls ou à peine ébauchés,* indiquant l'intégrité des ligaments latéraux, il sera parfaitement inutile de faire un plâtre.

« Mais dans tous les cas d'épanchement traumatique du genou,on aura à viser un double but :

1° *Faire disparaître l'épanchement.*

2° *Eviter l'atrophie du quadriceps fémoral.*

I. — *Faire disparaître l'épanchement ;*

2 cas : suivant qu'on se trouve en présence d'une :

a) *Grande* hémarthrose,

b) *Petite* hémarthrose.

1° *Petite hémarthrose.* — Inutile alors de ponctionner. Faire simplement un bon enveloppement ouaté compressif et appliquer la méthode dont nous allons parler plus loin.

« 2° *Grande hémarthrose :*

« Alors il faut faire la ponction ?

« *A quel moment la faire ?*

Pour certains, dès le début. Avec notre maître Arrou, nous préférons *attendre* 48 *heures,* car, d'ici là, *il se formera encore du liquide,* et si la ponction a été trop hâtive, il sera nécessaire d'en faire une seconde, ce qui ne va pas sans quelque ennui.

« *Pourquoi ponctionner ?*

La ponction est indiquée à plusieurs titres :

1° Elle calme la douleur produite *par la mise en tension brusque* de la synoviale.

2° Elle fait disparaître aussi la *mise en tension continuelle des ligaments* et *empêche leur laxité secondaire* qui résulte de la résorption lente de l'épanchement.

3° Elle permet la *flexion du genou* nécessaire à la marche.

4° Elle *évite l'irritation continuelle de la synoviale* et sa réaction exsudative secondaire (*hémohydarthrose*).

« *Comment ponctionner ?*

Se servir de l'aiguille n° 3 de l'appareil Potain. Ponctionner dans la partie la plus saillante du cul-de-sac sous-quadricipital, et *vider à fond* en malaxant et massant légèrement la synoviale.

La ponction sera faite avec les mêmes précautions d'asepsie que s'il s'agissait d'une arthrotomie. Elle sera *immédiatement* suivie d'un enveloppement ouaté compressif.

A ce propos, que penser de l'*arthrotomie* dans ces hémarthroses abondantes ?

Elle est tout au moins *inutile* le plus souvent et *peut être dangereuse* quelquefois :

Inutile, parce que la ponction est très généralement suffisante ; — dangereuse, parce que la plus légère faute d'asepsie peut être l'origine d'une arthrite purulente. — On la réservera donc aux cas où il existe en outre une *plaie de la synoviale* ou une *transformation purulente* de l'épanchement.

II. — 2° La ponction faite, reste à *empêcher l'atrophie du quadriceps* :

Pour cela, nous recommandons la *méthode de Willems,* de Gand, méthode qui nous a donné dans les quelques cas où nous l'avons employée d'excellents résultats.

Avec Willems, nous diviserons cette catégorie de blessés en 2 classes :

a) Ceux dont le traumatisme ne remonte pas au delà de 48 heures ;

b) Ceux dont le traumatisme remonte déjà à quelques jours.

a) Dans le 1er cas, il faudra, après la ponction, commander aussitôt *la marche* ; bien entendu, le membre sera enveloppé de son pansement ouaté compressif. La marche sera d'abord *prudente et progressive,* c'est-à-dire que chaque jour elle sera plus longue et les séances de marche plus souvent répétées ; on n'ira jamais jusqu'à la fatigue.

« Dans l'intervalle, le blessé restera au lit et fera des mouvements actifs et passifs suivant la méthode dont nous allons parler dans un instant.

« *b)* Dans le 2e cas, le blessé restera au lit, mais on lui appliquera *la méthode de Rochard et de Champtassin* dite *des « résistances progressives ».*

« Après la ponction, on fera l'enveloppement ouaté comme dans les cas précédents ; puis, 1 ou 2 jours après, on commencera la méthode.

« Celle-ci a pour but la progression dans *la série des mouvements* et non pas *dans leur durée.*

« Pour ce faire, un appareil très simple peut s'improviser partout et facilement : une série de poids gradués que l'on suspend à une corde ; celle-ci se réfléchit sur une poulie et est reliée par un étrier ou une pantoufle au pied du sujet.

« Les mouvements se font dans 2 positions : *couché* et *assis.*

« Ils seront lents avec une intervalle de repos entre chaque série.

« On peut ainsi obtenir la guérison en 15 jours à 3 semaines, progrès énorme, si on songe que la méthode classique de l'immobilisation simple avec compression ne permet la fonction du membre le plus souvent qu'après des semaines et même des mois de traitement. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'hectine et le 606 dans le traitement de la syphilis. — La déclaration obligatoire de la paralysie infantile. — Anurie mercurielle de six jours de durée. — Intoxication saturnine due à des grains de plomb provenant d'un coup de feu. — Injections intra-veineuses de bicarbonate de soude dans le diabète. — Albuminurie orthostatique et tuberculose. — Le sulfate de baryum en radiologie gastrique. — Infantilisme tardif de l'adulte. Traitement des engelures. — Traitement plurimercuriel surintensif.

M. Hallopeau présente à l'*Académie de médecine* une étude sur le *traitement comparatif de la syphilis par l'hectine et le* 606.

Pour M. Hallopeau, la cure par l'hectine peut stériliser la syphilis à la condition d'être mise en œuvre dès le début, au moment du chancre, avant les accidents secondaires. Lorsque l'infection syphilitique s'est généralisée, on a plus de chances d'obtenir ce résultat avec le 606 ; mais le 606 donne des accidents, quelques-uns graves, voire mortels.

L'hectine exercerait sur l'infection primaire une action véritablement abortive. Injecté méthodiquement un certain nombre de fois, ce médicament empêcherait l'apparition de toute manifestation secondaire. Sur 36 malades traités par l'auteur au moyen des injections locales de ce produit, 6 seulement ont eu des accidents secondaires. M. Hallopeau espère, d'ailleurs, arriver au chiffre de 100 pour 100 de succès, en mettant en œuvre deux modifications nouvelles apportées au traitement, à savoir : l'augmentation du nombre des piqûres et leur localisation mieux dirigée vers le chancre.

Lorsque la syphilis a dépassé la période primaire, l'hectine cesse d'être stérilisante et son action devient comparable à celle du mercure.

— L'*Académie de médecine* vote les conclusions suivantes d'un rapport de M. Netter relatif à la *déclaration obligatoire de la paralysie infantile* :

« L'Académie est d'avis d'imposer la déclaration de la poliomyélite antérieure aiguë (paralysie infantile, maladie de Heine-Medin).

Elle conseille d'interdire pendant 3 semaines l'accès des écoles aux enfants qui auront été en rapport avec des malades atteints de cette affection aussi bien qu'aux convalescents. »

— MM. P. Carnot et G. Lucas communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*anurie mercurielle, de six jours de durée, terminée par guérison.*

Il s'agit d'un jeune homme qui, pour des causes passionnelles, absorba un flacon de cyanure de mercure. Il s'ensuivit des troubles gastro-intestinaux et anuriques. Depuis le moment de l'accident, il y eut une anurie absolue qui dura six jours et demi. Le septième jour — et coïncidant avec l'administration de cachets de théobromine — la fonction rénale se rétablit.

A cet égard, le cas en question est exceptionnel. Si l'anurie complète est un phénomène habituel après intoxication massive par les sels de mercure, ordinairement, une fois l'anurie installée, elle ne rétrocède pas. Tout au plus observe-t-on une tendance à la reprise de la fonction urinaire vers le sixième ou septième jour ; et, malgré les espérances qu'éveille cette reprise, elle est en général passagère et fugace, le sujet retombant dans son anurie jusqu'à l'urémie terminale. Chez le malade de MM. Carnot et Lucas, la reprise de l'élimination urinaire se fit brusquement. Elle fut troublée par des accidents tardifs d'urémie qui finirent par céder définitivement.

— MM. Ribierre et Flandin rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas *d'intoxication saturnine liée au séjour, dans l'organisme, de grains de plomb* provenant d'un coup de feu.

Le malade, quelques mois après s'être tiré dans la poitrine un coup de fusil de chasse chargé de plombs, fut atteint de crises de coliques saturnines, puis d'une polynévrite des membres supérieurs, rattachables à une intoxication par les nombreux grains de plomb encore conservés dans l'organisme.

Cette cause d'intoxication est des plus rares. Il en existe, cependant, dans la littérature médicale, quelques exemples parfaitement concluants. Les auteurs en ont trouvé sept, tenant quatre fois à des plombs de chasse et trois fois à des balles de plomb. Les accidents de saturnisme apparurent généralement assez longtemps après la pénétration du plomb.

La conduite thérapeutique est délicate lorsqu'il s'agit de grains de plomb contenus dans le poumon. On ne saurait, alors, formuler de règle absolue, quant à l'exérèse chirurgicale de l'agent toxique.

— MM. Sicard et Salin reviennent, à la *Société médicale des hôpitaux,* sur la question des *injections intra-veineuses de bicarbonate de soude chez les diabétiques.*

Jusqu'ici on s'était attaché à traiter par les injections intra-veineuses de bicarbonate de soude exclusivement les accidents comateux ou de la période directement prémonitoire du coma (vertiges, absences, somnolence, etc.).

MM. Sicard et Salin ont pratiqué de telles injections en dehors du coma, pour lutter contre certains symptômes de la série diabétique qui résistaient aux traitements classiques alimentaires et médicamenteux. Dans trois cas (un de prurit rebelle, un autre d'algies sciatiques, un troisième de névrite optique légère), ils ont obtenu une notable rétrocession des accidents. Ils emploient des solutions fortes, de 6 à 8 pour 100, dont ils injectent 100 à 200 centimètres cubes.

Ces doses peuvent être répétées une fois chaque semaine et pendant deux mois environ. L'injection est pratiquée dans une veine du bras, en pénétrant directement et franchement au sein du vaisseau, et se fait en cinq à dix minutes environ, sans soufflerie, en élevant simplement le récipient de 1 mètre à 1 m. 50 environ.

L'injection intra-veineuse de bicarbonate de soude paraît avoir son effet surtout marqué quand on l'associe au régime.

— M. Poncet présente à *la Société médicale des hôpitaux* une note de M. Chalier sur *l'albuminurie orthostatique dans ses relations avec la tuberculose.* M. Chalier signale un travail de deux auteurs allemands, Ludke et Sturn, portant sur 140 malades reconnus tuberculeux par la clinique, l'examen des crachats et la réaction à la tuberculine. Tous ces malades furent soumis à une station debout d'une heure environ. Cent deux fois (c'est-à-dire dans la proportion de 72 pour 100), l'orthostatisme provoqua l'apparition d'une albuminurie transitoire.

— A la *Société médicale des hôpitaux,* MM. Bensaude et Ronneaux recommandent l'emploi du *sulfate de baryum pour l'exploration radiologique* du tube digestif.

A l'heure actuelle, le carbonate de bismuth est le produit le plus communément utilisé comme corps opaque pour les examens radiologiques du tube digestif. Il a un inconvénient, qui est son prix très élevé. Des différents corps que l'on a proposés pour le remplacer (préparations ferrugineuses, oxyde de zirconium, sulfate de baryum), ce dernier a paru à MM. Bensaude et Ronneaux le plus digne d'attirer l'attention.

— M. Gandy communique à la *Société médicale des hôpitaux* une nouvelle observation d'*infantilisme tardif de l'adulte.*

L'infantilisme tardif de l'adulte est un retour de l'organisme vers l'état infantile. Il porte principalement sur les organes génitaux. C'est une véritable dystrophie sexuelle. Les signes de la puberté (puissance sexuelle, croissance pileuse) disparaissent. Le visage devient à peu près imberbe et souvent la peau prend une apparence infiltrée, myxœdématiforme.

La verge et les testicules se réduisent. La voix devient monotone, le malade apathique.

Le syndrome débute généralement de 25 à 30 ans et il évolue en quelques semaines ou quelques mois.

L'affection relève d'altérations thyroïdiennes et testiculaires (dysthyroïdie, dysorchidie), avec ou sans troubles des autres glandes à sécrétion interne. La cause elle-même de ces troubles pluri-glandulaires reste souvent inconnue (parfois syphilis, tuberculose, infection aiguë). Quant au traitement, en dehors d'une thérapeutique etiologique encore imprécise, il est peu efficace. L'opothérapie n'a procuré jusqu'ici à M. Gandy que des résultats passagers et médiocres.

M. Siredey est surpris que l'opothérapie n'ait pas donné à M. Gandy de meilleurs résultats. Chez les femmes offrant une ménopause précoce, à 30 ans par exemple, le traitement opothérapique peut produire d'excellents effets. Dans presque tous les cas de ce genre, il faut associer le traitement thyroïdien au traitement ovarien, et agir de bonne heure.

— A propos d'une présentation par MM. Apert et Leblanc, à la *Société médicale des hôpitaux,* d'un cas de *coloration rouge vif permanente de la paume des mains chez une femme atteinte de polynévrite alcoolique,* M Jacquet signale un *traitement* qu'il *conseille pour les engelures* et qu'il considère comme le meilleur, de beaucoup. Ce traitement consiste à faire pratiquer très souvent dans la journée, une dizaine de fois par exemple, pendant quelques minutes, l'élévation des mains avec mobilisation active, répétée, sur un rythme rapide, des mains et des doigts. Eviter autant que possible, le reste du temps, de porter les mains ballantes.

— A la *Société médicale des hôpitaux,* M. Lebar signale une guérison rapide de syphilides rebelles aux traitements classiques, guérison obtenue par la *méthode pluri-mercurielle surintensive.* Cette méthode, due à M. Jacquet, se formule ainsi : donner par jour, pendant deux à cinq jours (puis reprendre, après un repos), simultanément deux pilules de protoiodure, un lavement avec 20 gr. de liqueur de Van Swieten, une friction avec 2 gr. d'onguent napolitain et une injection de benzoate. La cure en question exige une stricte surveillance du malade et un excellent état de la bouche et des reins.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de la fièvre typhoïde.

Trois indications sont posées par le Pr Alb. Robin :

1re *Indication* : Soutenir le malade et empêcher dans la mesure du possible la désintégration organique.

a) *Alimentation* : Lait chaud par petites gorgées de 1 à 2 litres par jour.

1/2 litre à 1 litre de bouillon de pot-au-feu (poulet, veau, bœuf) avec beaucoup de légumes. Ne pas ajouter foi aux reproches faits au bouillon.

b) *Médicaments* :

Donner 2 fois par jour un cachet de :

Bichlorhydrate de quinine.........	0 gr. 25

Faire boire à la suite un peu de limonade.

Faire prendre par cuillerées dans les 24 heures la potion :

Extrait de quinquina..............	1 gr. 50
Eau dist. de menthe.............	āā 50 gr.
Eau dist. de cannelle............	āā 50 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères ...	30 gr.

(Pouchet.)

Vin de champagne étendu d'eau de Vals-la-Reine.

2e *Indication* : Activer les échanges en stimulant le système nerveux.

a) Aération. Inhalations d'oxygène au besoin.

b) Soins hygiéniques minutieux de la bouche, de la langue, du pharynx et du nez.

Pour cela laver fréquemment la bouche avec de l'eau de Vichy-Célestins, additionnée pour un demi-verre, d'une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 12 vol. ; badigeonner la langue, les gencives et les replis des joues avec :

Borate de soude	5 gr.
Glycérine	} ââ 10 gr.
Eau de menthe	
Teinture de badiane	XX gout.

Instiller quelques gouttes d huile mentholée au 1/50e dans les narines.

Varier la position du malade pour éviter la stase pulmonaire ; si elle survient, ventouses sèches.

Balnéation : La température du bain sera au début de 10° environ inférieure à la température rectale du malade puis l'on pourra diminuer progressivement et insensiblement cette température. Tenir compte de la susceptibilité du malade. Le laisser 10 minutes dans le bain et ne pas attendre le frisson pour le retirer. Frictions sur les membres et le long du dos dans le bain. Boissons légèrement alcoolisées à la fin du bain. Affusions froides sur la tête durant le bain. En retirer le malade, s'il devient pâle ou cyanosé.

Le nombre des bains doit varier selon l'intensité de la température rectale. Un bain est indiqué quand la température rectale atteint 39°.

On peut sans inconvénient supprimer les bains la nuit et respecter le sommeil des malades.

Les bains d'eau de mer et les bains salés donneraient les meilleurs résultats (Joly).

3e *Indication* : Faciliter l'élimination des déchets de l'organisme. On obtient ce résultat par les boissons diurétiques,qui dissolvent et entraînent ces déchets, mais il est indispensable de maintenir pour cela le bon fonctionnement de la circulation et l'énergie du cœur et d'autre part de veiller aux émonctoires et surtout à la perméabilité rénale.

On ajoutera aux boissons ou aux potions absorbées en 24 heures :

Benzoate de soude	2 gr.

qui augmenteront la solubilité des matières extractives dans la mesure du possible.

On administrera si le cœur faiblit, soit :

Sulfate de partéïne	0 gr. 05
Sirop d'écorces d'orange	20 gr.
Eau distillée	100 gr.

par cuillerée à soupe toutes les 2 heures ou toutes les heures ;

ou :

Teinture de digitale	} ââ XV gout.
— de scille	
Sirop des cinq racines	20 gr.
Eau distillée	100 gr.

ou en cas de tachycardie :

Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 60

à faire infuser dans eau bouillante 150 gr.

Filtrer et ajouter :

Ergotine Bonjean	2 à 4 gr.
Acétate de potasse	2 gr.
Sirop des cinq racines	30 gr.

(A. Robin.)

3 à 6 cuillerées à soupe par jour à intervalles réguliers.

De temps à autre, si les selles ne sont pas régulières, un verre d'eau minérale purgative, ou :

Sulfate de soude	} ââ 15 gr.
— magnésie	

Les applications continues de glace sur l'abdomen ont été conseillées et auraient donné d'aussi bons résultats que les bains froids.

Les grands lavements frais à l'eau bouillie salée (une cuillerée à café de sel par litre d'eau) peuvent encore être administrés avec avantage.

On a conseillé l'usage du pyramidon dans la fièvre typhoïde. Nous avons personnellement retiré d'excellents effets de son administration à dose fractionnée, surtout après le second septénaire ; nous prescrivons :

Pyramidon	1 gr. 20
Sirop de fleurs d'oranger	20 gr.
Eau chloroformée saturée	20 gr.
Eau distillée de tilleul	80 gr.

par cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Il est bon de mettre en garde le médecin contre un phénomène qui survient très souvent : la température affecte sur le tracé le type inverse; maximum d'un demi-degré le matin, minimum le soir. Ce phénomène nous paraît dû à l'administration de la potion qui a lieu régulièrement le jour et dont le malade s'abstient la nuit.

J. Noir.

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Un nouveau signe pathognomique de la sciatique a frigore.

Indépendamment du signe bien connu de Lasègue et de celui de Bonnet, on a indiqué aussi le signe de la toux de Beau. Il existe un signe absolument pathognomonique : c'est celui de l'*éternuement* qu'on peut provoquer de différentes façons, mais plus spécialement en agissant sur la muqueuse nasale au moyen de poudres sternutatoires (euphorbe, cévadille, acide salicylique, vératrine, etc.)

L'acte réflexe de l'éternuement provoque une douleur d'une très grande violence sur le trajet du nerf sciatique. Il permet au patient de percevoir, très distinctement, la topographie de ce nerf qu'il ne soupçonnait pas, avant sa maladie, s'il ne possédait pas, bien entendu, de connaissances anatomiques.

Pour atténuer un peu la douleur provoquée par l'éternuement, le malade prend des positions bizarres. La position la plus propice consiste à

fléchir la jambe sur la cuisse et à étendre la cuisse, en adduction, sur l'abdomen, en appliquant la face externe du membre sur le plan du lit.

Le *signe de l'éternuement* n'est pas seulement un indice *certain, constant* et *invariable* de la *sciatique névralgique,* c'est aussi un moyen permettant de suivre exactement la marche du mal. L'amélioration et l'aggravation sont annoncées par l'intensité de la douleur provoquée par la secousse produite par l'éternuement et aussi, mais à un degré moindre, par le *hoquet,* par la *toux,* en un mot par tous les actes produisant l'ébranlement du thorax, de l'abdomen et par suite des membres inférieurs. La *défécation* agit aussi dans le même sens.

Le *signe de l'éternuement* servira donc à l'étude de la marche à la maladie, par l'observation de l'intensité de la douleur provoquée, indicative de l'état *stationnaire, croissant* ou *décroissant,* avec la mesure subjective de ces états, qu'on peut compléter au moyen de l'étude de la douleur provoquée par les mouvements *actifs* et *passifs* du membre dans tous les sens ; par l'*orthostation* et l'impression produite par le *massage* du trajet du nerf. L'hypo et l'hyperesthésie des téguments situés dans le voisinage immédiat du nerf donnent aussi des indications précieuses sur l'état trophique de ce nerf important et sur le pronostic de dégénérescence ou de conservation des masses musculaires qui en dépendent, et dont l'importance fonctionnelle est des plus considérables.

L'intensité de la douleur provoquée par l'*éternuement* et aussi par les mouvements *passifs* et surtout *actifs* du membre a une valeur indicative précieuse pour le moment où au repos au lit doit succéder la cure de mouvement et de reprise progressive des fonctions du membre malade, combinée avec l'emploi des moyens thérapeutiques habituels.

Mes observations ont porté sur 18 malades et sur moi-même, ce qui m'a permis d'arriver à des précisions que l'interrogatoire des malades ne permet guère d'obtenir.

Mon travail ayant pour unique objet de faire connaître un nouveau *signe pathognomonique de la sciatique,* je restreindrai strictement ma communication à cette question, me réservant de publier prochainement, les réflexions *cliniques* que m'a suggérées mon auto-observation.

Dr E. CROUZEL
(de la Réole).

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La figue malfaisante.

Je dis la figue *malfaisante,* et non pas *toxique ou vénéneuse,* d'abord parce que ce dernier qualificatif serait exagéré, et ensuite parce qu'il ne s'agit pas d'une espèce particulière de figue dangereuse, mais tout simplement de la figue violette, la première qui apparaît sur les marchés ; cette figue, essentiellement comestible, savoureuse et inoffensive habituellement, bienfaisante même en quantité modérée, semble avoir perdu *cette année* ses bonnes qualités, au moins en Provence. Chacun sait que la figue est, en Provence et dans le Var surtout, si abondante qu'elle en est méprisée. En 1911, il n'en est point ainsi : la majorité des figuiers n'ont rien produit ; quelques-uns se sont couverts de fruits d'apparence normale, mais en réalité soufflés et ne contenant aucun suc ; enfin d'autres, plus rares encore, ont donné une faible récolte de figues juteuses et savoureuses. Ce sont ces figues qui ont été, qui sont malfaisantes en ce moment.

Leur consommation, même en quantité très modérée (une seule peut suffire), amène, généralement 6 à 12 heures, et jusqu'à 24 heures après, des troubles gastro-intestinaux, souvent intestinaux seulement, variés et sérieux : diarrhées copieuses, accompagnées de coliques douloureuses, parfois de sueurs critiques et de collapus comme dans les intoxications véritables. Chez un de mes clients, hépatique, il y eut en même temps congestion notable du foie. Ces phénomènes durent, suivant les dispositions individuelles, de 12 heures à 3 jours, et se reproduisent fidèlement, sans atténuation, lorsque le patient consomme de nouveau des figues.

Je le répète, et j'insiste sur ce point, il ne s'agit point d'indigestions de figues consommées avec excès, mais de troubles produits par 1 à 4 figues de moyenne grosseur. Il ne s'agit pas là non plus d'idiosyncrasies, puisque ces malaises sont éprouvés par des personnes qui font de ce fruit, habituellement, une partie de leur nourriture d'été. De nombreux confrères de notre région ont constaté ces cas, dont le traitement exige quelquefois une ou deux semaines de régime sévère.

Il semblerait que la maladie végétale des figuiers en 1911, en les rendant presque tous improductifs, aurait produit, même dans les rares fruits arrivés à maturité, une altération grave, non appréciable au goût, qui est resté délicieux, mais susceptible de créer une toxine alimentaire. Je livre ce petit problème à nos confrères, botanistes ou non, et je serais heureux d'avoir leur avis sur mon observation. Les auteurs grecs, Esope et Aristophane, entre autres, nous ont souvent parlé des indigestions de figues : peut-être avaient-ils, eux aussi, à certaines années, dans leur beau pays, dont la Provence varoise est la fidèle image, la même maladie des figuiers aboutissant à une *sycotoxie* humaine ? Cela prouverait, une fois de plus, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, dont les rayons desséchants incendiaient l'Attique aussi puissamment qu'ils le font de la terre de France en ce moment !

Dr LA BONNARDIÈRE.

Les Arcs, 26 juillet 1911.

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

VIII. — Eau. — Technique du prélèvement. — Transport. — Renseignements à fournir.

Lorsqu'on prélève un échantillon d'eau, il faut avant tout se garder d'introduire des germes étrangers dans l'échantillon prélevé. Dans beaucoup de cas, il suffira de choisir un flacon d'une contenance de 125 à 150 centimètres cubes à large goulot. Après lavage soigneux, si on ne possède pas de four à flamber pour le stériliser, on le rincera à l'acide sulfurique pur, puis on le mettra à bouillir et on ne le retirera du récipient où il aura bouilli qu'au dernier moment. Si on possède le four à flamber, on stérilisera en même temps un bouchon de liège de dimension exacte, entouré de papier filtré; sinon on fera bouillir une rondelle de toile dont le diamètre dépassera celui du bouchon de 2 à 3 centimètres de tous côtés; cette pièce de toile sera appliquée au moment voulu par l'intermédiaire de pinces flambées sur la face inférieure du bouchon, les bords rabattus sur la face supérieure et maintenus provisoirement par 4 épingles.

Si l'on puise au robinet, on laissera couler l'eau pendant quelques minutes afin que l'analyse ne porte pas sur des portions du liquide qui a stagné dans les conduites; si l'on puise à la surface d'une rivière, il ne faut pas recueillir l'eau trop au bord, car les microbes y sont en plus grande abondance, il ne faut pas remuer la vase. Dans ce cas, comme dans celui d'un puits, on attachera une ficelle assez longue autour du goulot et on plongera le flacon là où il faut.

Pour le boucher, on fera entrer dans le goulot la face inférieure du bouchon, garnie du linge stérilisé et lorsque le bouchon aura été bien assujetti, on enlèvera les épingles placées provisoirement à la face supérieure.

Mais on peut avoir besoin de prélever l'eau dans un lac ou une rivière, à une profondeur déterminée; il faut alors employer un appareil spécial: le flacon de Miquel que l'on empruntera à n'importe quel laboratoire d'hygiène (v. fig. 1).

Dans une armature métallique Aaa', est placé un flacon B terminé par une tubulure fermée et recourbée C; cette tubulure, marquée d'un trait de lime, au point le plus élevé de sa courbe, est enfilée dans un anneau muni d'une cordelette D. A la partie inférieure de l'armature on peut accrocher des poids en nombre variable. L'appareil est suspendu au bout d'une corde F de longueur connue.

On se rend sur la rivière, le lac, ou au-dessus du puits et on descend l'appareil à la profondeur déterminée. D'un coup sec donné sur la cordelette D on brise l'effilure C et l'eau entre dans le flacon. On remonte le tout et on ferme la tubulure à la lampe.

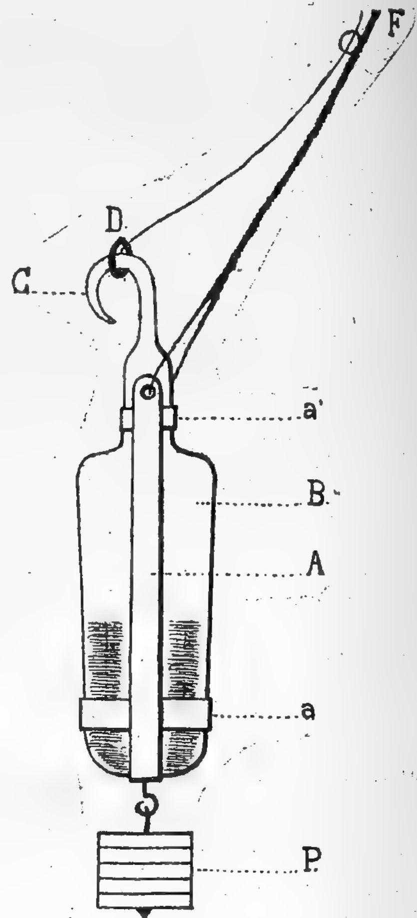


Figure 1.

A a a'. armature métallique.
B. flacon.
C. tubulure recourbée fermée à la lampe.
D. anneau brideur et cordelette.
F. corde.
P. poids.

Transport. — C'est l'opération la plus délicate. En effet, l'eau prélevée, soustraite à ses conditions ordinaires, pullule rapidement de microbes. Miquel a démontré qu'un échantillon d'eau de Vanne qui compte 48 bactéries par centimètre cube au moment du prélèvement, en contient 38.600 lorsqu'on la laisse sur une table pendant 24 heures. Miquel a inventé un réfrigérateur à glace pour le transport des échantillons d'eau. Mais lorsqu'on ne possède pas cet appareil, on peut le remplacer par le dispositif suivant indiqué par M. Nicolle.

Le flacon est cacheté à la cire et étiqueté,

comme nous l'avons déjà dit, pour chaque envoi, il est introduit à frottement dans une boîte cylindrique en fer blanc. Une deuxième boîte en fer blanc, mais de dimensions plus considérables (une boîte à palmers ou un bidon à pétrole font parfaitement l'affaire), est remplie de glace concassée et reçoit au centre le cylindre contenant le flacon. Dans les interstices de la glace, on verse de la sciure de bois. Enfin, l'ensemble est renfermé dans une caisse de bois encore plus grande que la seconde et l'intervalle est comblé exclusivement avec de la sciure. Il faut éviter la congélation du flacon qui serait susceptible de le faire éclater.

Renseignements. — En même temps que l'envoi du colis, il faudra adresser au laboratoire des renseignements *précis* sur les conditions géologiques locales, notamment en ce qui concerne les eaux d'infiltration. Il sera dans ce dernier cas nécessaire de faire des recherches au moyen de la fluorescéine. De 100 à 1000 gr. de fluorescéine, suivant les cas, seront dissous dans de l'alcool additionné de 5 % d' AzH^3 ; cette solution versée dans les eaux dont il faut rechercher les infiltrations permettra de les déceler toutes. Avec un fluoroscope on pourra déceler des solutions extrêmement étendues de fluorescéine. On devra fournir aussi au laboratoire des renseignements sur les procédés de captation, l'état des canalisations, les circonstances météréologiques.

Avis important. — Une seule analyse ne suffit pas pour permettre de porter un jugement définitif sur une eau, et des expertises faites aux diverses saisons de l'année seront toujours nécessaires. Une analyse unique ne permet de conclure que par rapport à la date du prélèvement et suffit dans le cas d'épidémie ; mais, pour répondre à la question de savoir si une eau peut alimenter une ville, les analyses multiples sont nécessaires.

Dr René MARTIAL.

HYDROLOGIE THERMALE

Action des traitements combinés de Brides et Salins-Moûtiers sur les varices et les reliquats de phlébites.

Il est utile, pour expliquer les faits que nous allons exposer, de rappeler l'action des eaux de Brides et de Salins-Moûtiers sur la circulation générale.

Les eaux sulfatées mixtes alcalines de Brides agissent sur la circulation portale et intestinale ; elles diminuent la pléthore sanguine abdominale. Elles facilitent donc la circulation entour des membres inférieurs. D'autre part, leur action laxative est un précieux adjuvant contre la constipation, cause fréquente des stases veineuses dans les membres inférieurs.

Le bain de Salins-Moûtiers, par son acide carbonique, agit directement sur la circulation périphérique et comme corollaire, sur la circulation viscérale. Nous avons étudié précédemment l'effet du bain de Salins sur la pression artérielle : vaso-dilatation pendant la durée du bain et hypertension. La vaso-dilatation périphérique diminue de son côté la stase viscérale et joint son action à celle de l'eau de Brides en boisson ; elle provoque passagèrement en quelque sorte un appel du sang veineux du centre à la périphérie. La vaso-constriction réactionnelle provoque une sorte de gymnastique des fibres musculaires circulatoires et, jointe à la révulsion légère des éléments périphériques provoquée par l'acide carbonique, contribue à leur rendre le tonus qui leur fait défaut. Faut-il enfin rappeler l'action résolutive et antiphlogistique des bains chlorurés ?

On comprend aisément qu'avec de telles ressources thérapeutiques, maniées avec circonspection, on ait songé à traiter dans nos stations les varices et les reliquats de phlébites. Il n'y avait qu'à appliquer à chaque cas un traitement un peu spécial et bien surveillé, à renforcer la cure hydrominérale par les moyens que le massage et l'hydrothérapie générale mettent à notre disposition. L'opportunité du massage et de la douche dans le traitement des phlébites anciennes est encore discutée, mais ce n'est pas une innovation. Si les affections aiguës de l'appareil circulatoire en sont une contradiction formelle, il n'en est pas de même des affections chroniques en dehors de toute poussée inflammatoire, et ce sont seulement ces cas que nous désignons. Si les manœuvres du massage et de la douche n'ont pas donné toujours au praticien les résultats qu'il aurait pu en attendre, c'est que trop souvent, ces traitements sont appliqués d'une façon empirique, sans tenir aucun compte des prescriptions médicales ni des réactions individuelles, et ici plus que pour n'importe quel autre traitement, il faut que les massages et la douche soient donnés avec intelligence et discernement.

Voici de quelle façon nous ordonnons ce traitement : eau de Brides en boisson jusqu'à effet laxatif accentué, massage abdominal. Puis bains de Salins variant de durée suivant la réaction de pression artérielle du sujet. Il faut éviter la réaction hypertensive exagérée et surtout prolongée, qui irait à l'encontre du but que l'on se propose. Veut-on diminuer cette phase tout en donnant une durée assez longue au bain ? On peut, après quelques minutes d'immersion, fermer l'arrivée de l'eau, ce qui arrête le renouvellement de l'acide carbonique, et terminer le bain à eau dormante. Sans entrer dans plus de détails, on voit toute la gamme que le praticien peut parcourir. Au massage abdominal, j'ajoute alors le massage des membres inférieurs, mais en commençant par les cuisses pour terminer

par le segment inférieur de la jambe, toujours dans le sens des courants veineux. Le massage sera d'abord un simple effleurage, puis une friction légère ; on pourra même souvent, pour les varices simples,terminer par des vibrations manuelles. Dans les phlébites, il faut se contenter de l'effleurage et de la friction légère. L'hydrothérapie consistera en douches locales fraîches très légèrement percutantes et de courte durée, pour les varices. Dans les phlébites, la température sera adaptée à la sensibilité des sujets.

Les faits *nous* ont d'ailleurs encouragé dans cette voie :

Voici deux observations parmi d'autres.

Obs. 1. — Mme X..., 47 ans,phlébite ancienne remontant à 16 ans, ayant laissé une induration douloureuse de la saphène interne et une stase veineuse accentuée. Aucune lésion cardiaque. La marche est très pénible, presque impossible, ne pouvant jamais dépasser 500 mètres. La malade était venue soigner quelques troubles de ménopause. Je lui fais accepter le traitement : eau, bain de Salins, massage très léger, douche chaude. Après 25 jours de traitement, l'œdème malléolaire et les douleurs avaient totalement disparu. Plusieurs fois la malade fait à pied le parcours Brides-Salins, 3 kilomètres 500, pour aller prendre son eau, sans fatigue, sans douleur,sans œdème.

Obs. II. — Mme Z..., 30 ans. Dilatations capillaires étendues, varices profondes produisant de violentes douleurs, varices superficielles,œdème des malléoles le soir, épaississement de la peau dû à ces troubles circulatoires anciens. Insuffisance mitrale. Hypertrophie cardiaque. Pression artérielle : 21 centimètres avant la saison. Nous avons pu lui faire suivre un traitement prolongé. Bains de Salins courts, 10 minutes (à cause de la lésion cardiaque) par séries de 10 bains séparées par une période de repos — 3 séries de bains — Traitement de massage et de douche continu. Après la première période, la peau redevient souple, les douleurs disparaissent ainsi que l'œdème. A la fin du traitement, les varices étaient affaissées : seules persistaient quelques dilatations capillaires, mais moins nombreuses et comme séparées. Pression artérielle : 16. Le résultat obtenu se maintient encore après un an.

Ces résultats nous ont paru intéressants, car ils sortent du cadre des indications habituelles de nos stations. Mais ils découlent logiquement de l'action thérapeutique des eaux de Brides et de Salins-Moûtiers sur la circulation générale.

Dr Ch. Guilbert,

membre titulaire de la Société d'hydrologie, médecin consultant à Brides et Salins.

Petite correspondance de médecine pratique

La cautérisation des amygdales au thermocautère.

Un de nos lecteurs nous expose dans une intéressante correspondance sa technique personnelle :

L'amygdalotomie est devenue, de nos jours, une opération des plus courantes, au grand bénéfice, du reste, de la santé de tous les malades atteints d'hypertrophie des amygdales.

L'opération se pratique très simplement, soit à l'aide d'un amygdalotome, soit à l'aide d'un écraseur : le seul danger à craindre est l'hémorragie consécutive et principalement chez les gens âgés.

Il est une autre opération, à la portée de tous les médecins, opération inoffensive et qui guérit admirablement l'hypertrophie amygdalienne. Nous voulons parler de la cautérisation au thermocautère. Elle peut être faite par tous les praticiens et elle ne nécessite que des instruments courants qui se trouvent dans tous les cabinets des confrères.

La cautérisation pratiquée à deux reprises successives, à huit jours d'intervalle, amène l'atrophie complète des amygdales et réussit tout aussi bien que l'amygdalotomie.

Nous allons brièvement décrire cette simple opération, telle que nous l'avons vu pratiquer bien des fois par le regretté professeur Piéchaud de Bordeaux, et telle que nous la pratiquons fréquemment nous-même avec succès.

Le patient, assis face à une bonne lumière de jour, sera enroulé dans un drap de lit afin d'avoir les membres bien immobilisés : condition importante évidemment, chez les enfants surtout. On introduira ensuite dans la bouche du patient un bon ouvre-bouche de Mathieu muni d'un manche. Cet ouvre-bouche (on pourra au besoin en avoir 2 ou 3 de grandeurs différentes) a le grand avantage non seulement de tenir la bouche bien ouverte et de bien abaisser la racine de la langue, mais encore de protéger une grande partie de la cavité buccale, tout en laissant bien largement à découvert le voile du palais et la région à opérer.

On prend ensuite le manche du thermo muni d'un fin cautère de platine porté au rouge et l'on cautérise méthodiquement les deux amygdales. J'ai dit « méthodiquement », car il ne faut pas planter le couteau au hasard dans le tissu glandulaire ; tout d'abord, en effet, il convient de cautériser au mieux, la partie la plus difficile à bien atteindre, la partie la plus inférieure des deux glandes, pendant que le patient n'est point encore fatigué. Cela fait, il faut remonter, sans trop se hâter, enfoncer le couteau de 1 centimètre 1/2 environ et le laisser 2 à 3 secondes en place. *On fera, en somme, sur l'amygdale, 2 rangées parallèles de pointes de feu très profondes.*

Le malade supportera très bien cette opération qui durera à peine une minute.

Les multiples cautérisations ont pour résultat d'entraîner la formation d'un tissu cicatriciel de sclérose et de ce fait l'atrophie complète de la glande.

Il conviendra de procéder à huit jours d'intervalle à deux cautérisations : le résultat est ainsi meilleur et plus sûr.

Voilà une opération simple et sans danger ; les modestes praticiens de campagne auront tout intérêt à la pratiquer : elle ne nécessite ni connaissance spéciale, ni grand outillage, et elle est par contre d'une réelle efficacité.

Dr Robert BÉZOS.

Examen clinique des urines

Pont-à-Mousson, le 25 juillet 1911.

Monsieur,

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'éclaircir par lettre ou par la voie du journal un article paru dans le nº 26 (25 juin 1911), sous la rubrique : Examen clinique des urines : recherche des phosphates, paragraphe : Titrage de la solution d'urane.

Les calculs pour l'addition de l'eau distillée me sont incompréhensibles.

Recevez, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr BRUNEAU,
Membre du *Concours médical*

Dans mon article du 25 juin 1911, il s'est en effet produit une légère erreur d'impression qui dénature complètement le sens du passage incriminé par notre confrère de Pont-à-Mousson et le rend absolument incompréhensible : on a imprimé 20 A au lieu de 20 — A. Voici donc le passage rectifié :

.... Soit A, le nombre de centimètres cubes de liqueur d'urane employés ; 50 cmc. de solution phosphatique devant correspondre, non pas à A cmc., mais à 20 cmc. il faudra à ces A cmc. ajouter 20 — A cmc d'eau. A la solution entière il faudra donc ajouter autant de fois 20 — A cmc. d'eau que son volume contient de fois A cmc. Soit N le volume total ; la quantité d'eau à ajouter sera :

$$X = (20\text{-}A)\frac{N}{A}$$

V. VOLMAR,
Ingénieur-Chimiste,
Licencié ès sciences.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'ingérence de l'Etat en thérapeutique.

Nous avons publié récemment la circulaire d'un préfet d'un département frontière qui, en informant les médecins des mesures à prendre pour arrêter le choléra, préconisait un remède spécialisé dont le nom s'étalait en lettres grasses à la fin du document officiel. On nous communique aujourd'hui la lettre suivante, qui prouve que si l'administration du Mont-Blanc a une prédilection toute particulière pour certains produits, celle du Puy-de-Dôme a une aversion aussi marquée pour d'autres.

PRÉFECTURE DU PUY-DE-DOME — *Assistance Médicale Gratuite*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE — Liberté-Égalité-Fraternité

Clermont-Ferrand, le 19 juin 1911.

Le Préfet du Puy-de-Dôme,

à Messieurs les Médecins et les Pharmaciens du Service d'Assistance Médicale Gratuite.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Conseil général, dans sa session d'avril dernier, a décidé, en raison d'abus trop nombreux, de *supprimer le « Thiocol » du nombre des médicaments inscrits au tarif pharmaceutique d'assistance du département.*

Vous voudrez bien, dès à présent, ne plus prescrire ce médicament qui sera payé aux pharmaciens *jusqu'au 30 juin seulement.*

Toute ordonnance du troisième trimestre prochain, qui en mentionnerait la fourniture, serait réduite d'autant, comme il est procédé pour tous les remèdes qui ne figurent pas au tarif.

Dans le but d'éviter des réductions quelquefois importantes sur les mémoires pharmaceutiques, Messieurs les médecins voudront bien scrupuleusement tenir compte de la présente circulaire.

Le Préfet,
Elisée BECQ.

Ne pourrait-on pas laisser aux médecins le soin d'apprécier les moyens thérapeutiques que la science, l'industrie et le commerce mettent à leur disposition ? Si l'on trouve que l'Académie des Sciences, l'Académie de médecine, les Sociétés médicales fermées et ouvertes ne disposent pas de tribunes suffisantes pour appeler l'attention du corps médical sur les progrès de notre thérapeutique, n'y a-t-il pas toute la presse médicale qui ne leur ménage ni encouragements, ni critiques ? Est-il bien nécessaire que le clairon du ministre de la guerre réponde, pour établir la réputation d'un sérum ou d'une drogue ou pour la diminuer, aux appels de la sirène du ministre de la Marine, et qu'à ce singulier orchestre, qui n'a rien de médical, viennent s'adjoindre les joueurs de flûte de l'Intérieur ?

J. NOIR.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les modifications à la loi du 9 avril 1898 devant la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés.

La commission d'assurance et de prévoyance sociales, dans sa séance du 11 juillet, a continué l'examen des projets de modifications à la loi des accidents du travail.

Hospitalisation des blessés.— M. Defontaine, à ce sujet, ne veut envisager que l'intérêt des blessés. Il réplique à l'objection que les lits occupés par les blessés du travail sont pris aux indigents qui n'en ont plus alors pour eux, qu'on n'a qu'à augmenter le nombre des lits : solution très simple en parole, moins facile à réaliser. Il reconnaît que souvent l'ouvrier est conduit à l'hôpital un peu malgré lui et sous la pression de suggestions intéressées. Pour respecter la loi qui pose le principe du libre choix du médecin par la victime, il faudrait permettre la visite du blessé à l'hôpital par le médecin qu'il a choisi.

La Commission trouve que ce serait désirable ; mais on a élevé des objections pour réaliser cette réforme.

D'après M. Mouchel, les médecins des hôpitaux nommés au concours et offrant au point de vue professionnel toutes garanties se plieraient difficilement à ces contre-visites.

M. le Docteur Doizy a remarqué que la proposition n'avait pas d'autre but que de placer l'ouvrier sur le même pied que l'assureur, en ce qui touche le droit de contre-visite reconnu expressément à ce dernier par la loi.

Pour M. Lairolle, des difficultés pratiques surgiraient de l'organisation d'un service de contre-visites dans les hôpitaux. Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux offrent des garanties de haute probité qui les mettent à l'abri de toute espèce de suspicion.

Ceci est sans doute vrai en règle générale, mais malheureusement nous connaissons des exceptions, assez nombreuses, qui ne reposent pas *sur des on-dit*, mais dont les preuves authentiques existent.

M. Defontaine considère que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux sont hors question, qu'il s'agit d'inscrire dans la loi , par voie de parallélisme et au profit du blessé hospitalisé, le droit de contre-visite déjà admis au profit de l'assureur.

Ce droit de contre-visite consiste dans l'examen du blessé et non pas dans le contrôle du traitement.

M. le docteur Marquet, appréciant la question au point de vue de la parité des droits conférés à l'assureur et à la victime, croit qu'il est possible d'organiser la contre-visite à l'intérieur même de l'hôpital dans de telles conditions que la susceptibilité des chefs de service serait sauvegardée.

La Commission émet un avis favorable à l'insertion d'une disposition permettant au blessé qui a été hospitalisé de se faire visiter par son médecin. La rédaction de cette disposition a été réservée.

Prix de la journée d'hospitalisation. — La commission a adopté le projet de loi relevant à 5 fr. 75 le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux de Paris.

Il serait indispensable de prendre une mesure analogue en province où les hôpitaux perdent sur l'hospitalisation des blessés du travail et cela au grand bénéfice des assureurs.

M. Defontaine est chargé, après avoir pris auprès de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques tous les renseignements nécessaires, de rédiger une proposition de loi convenable en ce qui touche le relèvement du prix de l'hospitalisation dans les hôpitaux de province.

Nous regrettons qu'aucun membre de la Commission n'ait songé à faire ressortir combien il est inique de maintenir dans la loi les mots *« tout compris »*, qui englobent les frais médicaux dans le prix de l'hospitalisation au grand détriment du corps médical.

Les soins médicaux et pharmaceutiques et les Sociétés de secours mutuels — La Commission a été d'avis de faire droit à la réclamation qui lui a été présentée par les médecins. Elle a décidé que les chefs d'entreprise pourraient se décharger du paiement des soins médicaux et pharmaceutiques dans les conditions prévues par l'article 5, paragraphe 1er, à la condition que les Sociétés de secours mutuels auxquelles ils justifieraient avoir affilié leurs ouvriers assurent à leurs membres le libre choix du médecin et du pharmacien.

La Commission a repris l'examen des propositions ayant pour objet d'étendre le droit à indemnité aux familles des victimes.

M. Albert Métin est nommé rapporteur des propositions de loi tendant à l'institution d'une assurance sociale, seul moyen de mettre fin aux abus et aux absurdités, conséquences de la transaction et du forfait imposés par la loi actuelle.

M. Lairolle est nommé rapporteur de la proposition de loi Ghesquière ayant pour objet l'extension des principes de la législation sur les accidents du travail à la réparation des accidents dont sont victimes les soldats et marins blessés en service commandé.

Par ce court résumé des travaux de la Commission, on peut se rendre compte que la campagne de Divernaresse porte ses fruits, et que nos revendications syndicales au sujet de la loi sur les accidents du travail seraient facilement réalisées, si les Syndicats médicaux voulaient bien agir avec méthode et énergie.

J. Noir.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le renouvellement des ordonnances.

Les journaux médicaux discutent actuellement au sujet du renouvellement des ordonnances par les pharmaciens et reproduisent les réflexions que Me Bogelot publiait dans le journal *La Loi*. Ce juriste commentait ainsi un jugement condamnant un pharmacien qui avait eu l'imprudence de renouveler une ordonnance, prescrivant des substances toxiques.

« En ce qui concerne le délit d'exercice illégal de la médecine et complicité de ce délit, le jugement, régulièrement motivé, ne paraît prêter à aucune critique.

En ce qui concerne le renouvellement des ordonnances, le jugement, partiellement au moins, paraît ne pas pouvoir être approuvé sans réserve. Le jugement dit nettement que s'il est d'usage de renouveler les ordonnances, cette habitude est regrettable et contraire à la loi.

Ainsi posée et résolue, la solution admise nous paraît une erreur, et la décision, en reproduisant le texte de l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre, met, à notre avis, cette erreur en évidence.

C'est la première fois, à notre connaissance, que la question a été directement tranchée. On peut toutefois en retrouver le germe dans une affaire Vermot, solutionnée par la Chambre criminelle, le 19 mars 1903 (voir *La Loi* du 6 avril 1903).

Dans l'espèce en 1903, on relevait contre le prévenu de cette époque une double infraction : 1° comme aujourd'hui, le renouvellement des ordonnances ; 2° la délivrance sans aucune ordonnance.

La Cour, dans son arrêt, s'est bornée à considérer le second fait, de telle sorte que la question du renouvellement demeurait entière.

Toutefois, elle avait été préjugée par le conseiller rapporteur, qui avait formulé un système entièrement analogue à celui que la décision admet, en déclarant cependant que le texte de l'ordonnance de 1846 ne s'applique qu'à *certaines* préparations.

Selon nous, il faut nettement distinguer dans les ordonnances, d'abord celles qui comportent des toxiques de celles qui n'en renferment point : et parmi celles comportant des toxiques, celles auxquelles l'ordonnance de 1846 est applicable.

L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, qui prohibe la délivrance de médicaments sans ordonnance, ne prescrit nullement que l'ordonnance sera datée.

Tout au contraire, l'article 5 de l'ordonnance de 1846, que le jugement reproduit, prend soin de prescrire la « date » et « la signature ».

Nous pensons que cette différence de rédaction est topique.

Il en découle que les ordonnances relatives aux produits non toxiques n'ont pas besoin d'être datées, ni même signées ; dès lors, l'argument tiré du mot « datée » pour proscrire le renouvellement tombe, et il faut conclure, contrairement au jugement, que les ordonnances ne contenant pas de toxiques peuvent être refaites indéfiniment.

Par contre, il faut approuver sans réserves, *au point de vue juridique*, le jugement en ce qui concerne les ordonnances prescrivant les substances vénéneuses et les préparations nommément portées au tableau de 1850.

Il existe un troisième catégorie d'ordonnances : ce sera celle s'appliquant à des substances qui, ne figurant pas au tableau légal du 8 juillet 1850, ne sont pas des toxiques « légaux », et qui, cependant, sont bien, en fait, des toxiques.

La loi étant pénale, ne peut être étendue, et il faut, à notre avis, décider que, pour ces ordonnances, le renouvellement en est permis, le tableau de 1850 étant le seul critérium. Mais il faut ajouter qu'en cette matière, si le pharmacien était léger et imprudent, une faute civile pourrait, dans certains cas, être relevée contre lui et peut être même, parfois, la faute pénale des articles 319, 320 selon les circonstances.

Il resterait peut-être un dernier point à envisager : ce serait de se demander si la loi doit être considérée comme logique.

Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer au rapport de M. le conseiller Bard, que nous citons plus haut. L'honorable magistrat est le premier à proclamer les inconvénients pratiques qui résultent de cette loi, et, dès le début de son rapport, il expose que l'infraction poursuivie est une de celles que la force des choses oblige le pharmacien à commettre très fréquemment.

Nous pensons même qu'il faut aller plus loin, et nous disons que la loi est pratiquement inexécutable, et que si les pharmaciens s'inclinaient devant cette décision, ce serait le plus mauvais tour à jouer à *la santé publique*.

S'il est des cas qui pourront être nombreux, mais n'en resteront pas moins exceptionnels, où le renouvellement sera un réel danger, dans la majeure partie des circonstances, au contraire, le renouvellement s'impose.

On ne peut pas pratiquement obliger le malade à se munir d'une ordonnance qui lui coûtera cinq, dix ou vingt francs, chaque fois qu'il fera refaire une potion de 1 fr. 25, ne contenant aucun toxique ou ne le contenant pas à l'état vénéneux, suivant la théorie développée dans son rapport par M. le conseiller Bard.

D'autre part, on ne peut prescrire à la fois la quantité pour un traitement sous peine de voir souvent le produit s'altérer, et le médecin lui-même ne peut prescrire le renouvellement éventuel de l'ordonnance.

Nous concluons donc que si la décision recueillie est fidèlement conforme à la loi, la loi a besoin d'être élargie »

***

Me Bogelot ne nous paraît avoir examiné la question qu'au point de vue des intérêts du corps pharmaceutique. Il n'est nullement besoin d'obliger un malade à revoir le médecin pour le renouvellement d'une ordonnance. Il suffit à ce dernier d'indiquer par écrit dans sa rédaction combien

de fois elle doit être renouvelée. Et c'est une pratique que nous employons personnellement depuis longtemps, pratique qui met le pharmacien à l'abri de toute responsabilité et ne laisse pas au malade l'embarras d'apprécier s'il doit ou non continuer le traitement sans avoir recours à de nouvelles consultations qui pourraient n'être pas indispensables. Ainsi nous formulons en débutant ainsi :

Faire usage durant cinq jours de la potion suivante :

ou nous faisons suivre la formule de :

Potion à renouveler 5 *fois*.

Il va sans dire que des médicaments administrés pendant longtemps, même à doses très faibles et réputées inoffensives, peuvent déterminer à la longue des accidents d'intoxication chronique toujours graves. Nous avons pu constater en effet l'intoxication chronique par l'antimoine dans le service d'un vieux médecin d'hôpital en province qui prescrivait pendant des mois, peut-être des années, à des emphysémateux ou des tuberculeux, piliers de son service, un julep avec 0 gr. 15 de kermès. Que d'accidents toxiques. Que de troubles dyspeptiques, cardiaques ou nerveux doivent être la conséquence de ces médications indéfiniment et aveuglément prolongées ! La thèse que défend Me Bogelot, favorable au pharmacien, est insoutenable devant des médecins et indiscutablement nuisible au malade. Et c'est l'intérêt de ce dernier qui, en l'espèce, doit tout primer.

J. Noir.

MÉDECINE SOCIALE

Un projet de Caisse-Maladie pour les employés de la Société du Gaz de Paris.

A la suite d'une conversation qu'il a eue avec le Dr Gallois, notre confrère Diverneresse a reçu la lettre suivante qu'il a publiée dans le journal *La Médecine sociale* avec l'autorisation de son auteur et que nous croyons utile de reproduire ici :

9 avril 1911.

Mon cher confrère,

Je vous remercie vivement de l'intérêt que vous voulez bien prendre au projet de caisse-maladie que j'ai proposé à la Société du Gaz de Paris et qui pourrait être applicable aux employés de la ville. Les renseignements qu'on vous a donnés sur ce projet sont très exacts, mais puisque vous désirez en tenir la formule « de la main de l'auteur », j'y consens bien volontiers.

En somme, la progression des dépenses par chômage-maladie à la Société du Gaz tient à ce que, d'après les conventions passées avec la Ville, les agents de la Société ont intérêt à être malades. Il faut donc chercher une combinaison qui, tout en tenant compte des conventions faites avec la Ville, intéresse les agents à être bien portants.

Utilisant les calculs qui ont servi de base à la constitution de l'Association Lagoguey, je propose que la Société du Gaz verse tous les mois à une caisse spéciale, au compte de chacun des agents, une journée de salaire en supplément pour les journées de maladie à venir.

On constituerait ainsi pour chaque agent une masse qui serait la propriété de l'agent.

Quand il serait malade, les journées de maladie seraient payées sur cette masse jusqu'à épuisement. Celle-ci épuisée, la Société aurait, d'après ses conventions avec la Ville, à payer les journées supplémentaires ; mais comme les premières journées seraient prises sur un capital appartenant à l'agent, il serait le premier intéressé à ne pas être malade.

Lorsque l'agent quitterait la Société, ce qui resterait de la masse constituée à son nom lui serait remis en capital ; il aurait donc intérêt à l'entamer le moins possible.

Voilà l'idée en gros. Il y aurait évidemment des questions de détail à régler par une entente avec les divers intéressés. Mais il me semble que ce projet aurait des avantages pour tout le *monde*.

Les agents bien portants et consciencieux s'assureraient un salaire supplémentaire qui ne serait pas négligeable.

Les malades n'y perdraient rien, puisque, même si leur masse était épuisée, la Société continuerait à leur payer leurs journées de maladie.

Les « carottiers » eux-mêmes n'y perdraient qu'un manque à gagner. S'ils interrompent leur travail sans raison, c'est leur propre fonds qu'ils entament. Mais il leur serait possible, en travaillant régulièrement, d'amasser un petit capital.

Quant à la Société du Gaz, elle aura évidemment, à faire la première une avance représentant 1/30e des salaires, mais si elle parvient à réduire les frais de chômage-maladie qui atteignent actuellement 1/10e des salaires, elle y trouverait également son avantage.

....

« Veuillez agréer, cher confrère, mes meilleurs sentiments.

Dr P. Gallois.

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 31 mai 1911

L'Assemblée générale, présidée par M. le Docteur Dubrueil, administrateur, spécialement désigné par le Conseil d'Administration au lieu et place de M. le Docteur Gassot, président, empêché, se constitue et nomme comme assesseurs MM. Boudin et Boulanger.

M. Dumesny est désigné comme secrétaire de la séance.

M. le Président constate que les convocations

pour l'Assemblée ont été faites régulièrement dans le n° 133 des *Petites affiches* du 13 mai 1911, et dans le *Concours médical,* numéros 20, 21 et 22, des 14, 21 et 28 mai 1911.

La liste de présence constate la représentation réelle ou par pouvoirs de 649 actions, soit plus du quart du capital social ; l'Assemblée est donc légalement constituée et peut délibérer valablement.

Le président rappelle que le rapport du commissaire des comptes, celui du Conseil d'administration, le bilan et le compte de profits et pertes ont été tenus à la disposition des actionnaires au siège social pendant quinze jours.

En conséquence, il donne la parole à M. l'Administrateur délégué pour la lecture du rapport du Conseil d'administration.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter au nom du Conseil d'administration de la *Financière médicale,* le rapport annuel suivant :

Bilan au 31 décembre 1910

Actif

Caisse	107.55	
Société générale	10.795 59	
Société française de reports	1.837 05	
La Participation	2.660 45	
Comptes courants	45.660 »	
Avances à l'enregistrement	110 02	
Maison de santé Plaine Monceau	93.866 »	
Portefeuille	83.904 10	
Frais de constitution et d'établissement	3.842 60	242.783 36

Passif

Capital		220.000	
Créditeurs divers		313 »	
Réserve légale		3.699 68	
Dividendes impayés :			
Coupon n° 6	651 »		
Coupon n° 7	906 »		
Coupon n° 8	1.242 »		
Coupon n° 9	1.872 »		
Coupon n° 10	2.829 »	7.500 »	
Profits et pertes :			
Report antérieur		2.819 67	
Solde de l'exercice		8.451 01	242.783 36

Compte de profits et pertes

Doit

Frais généraux	3.657 05	
Amortissement des frais de constitution	452 08	
Solde mentionné au Bilan	8.451 01	12.560 14

Avoir

Intérêts de la Participation	2.660	
Intérêts du Portefeuille	3.173 59	
Intérêts de la Maison de Santé	4.604 »	
Intérêts des banques	271 10	
Bénéfice réalisé sur vente de valeurs	1.512 »	
Coupon n° 5 périmé	339 »	12.560 14

En comparant ces deux exercices 1909 et 1910 nous voyons que le fonctionnement régulier de notre société suit son cours avec les seules petites modifications que subit chaque compte particulier en plus ou en moins.

A l'actif nous voyons que le compte Participation est diminué de 16.500 francs par suite de remboursements effectués par cette Société qui n'est plus débitrice que de 45.660 francs, et comme conséquence de cette diminution nous constatons pour l'exercice 1910 une augmentation de l'avoir à la Société générale et du Portefeuille qui de 54.773 fr. 10 passe à 83.904,10. En somme les deux bilans comparés se soldent par une augmentation de 1.491 francs.

Au passif, la réserve légale continue son augmentation régulière. Le chiffre coupons non réclamés reste sensiblement le même à 7.500.

Le solde bénéficiaire, qui était l'an dernier de 7.510,33 passe à 8.451,01 *cette année en augmentation* de 940.68 par suite de réalisations précédentes de valeurs en portefeuille.

Le compte de profits et pertes n'offre avec celui de la précédente année que des différences insignifiantes.

Votre Conseil vous propose la répartition suivante :

Répartition

Les bénéfices de l'exercice 1910 s'élèvent à	8.451 01
Auxquels il y a lieu d'ajouter le report de 1909	2.819 67
Total	11.270 68

Nous vous proposons la répartition suivante :

5 % à la réserve légale	402 55
Dividende de 3 fr. net par action	6.600 »
Impôt sur le dividende	275 »
A reporter à l'exercice suivant	3 993 13
Total	11.270 68

Il eût été certainement possible d'augmenter la dividende de cette année, mais votre Conseil continue à penser qu'il est plus sage de continuer les errements antérieurs afin de n'avoir pas à le diminuer plus tard ; nous le répétons, en effet, la *Financière médicale* n'a été que comme œuvre de défense et non comme société financière malgré son nom. Le surplus du dividende que nous pourrions vous proposer ne pourrait résulter que des bénéfices réalisés sur des ventes de valeurs réali-

sées par prudence et il est sage de les garder en caisse pour compenser certaines diminutions momentanées des valeurs en portefeuille.

Après cette lecture, M. le Dr A. Petit, commissaire des comptes, donne lecture de son rapport :

Messieurs,

L'examen des livres de comptabilité de la *Financière Médicale* m'a démontré qu'ils sont bien en rapport avec les chiffres qui vous sont soumis par M. l'administrateur délégué et que je répète ci-dessous.

BILAN ACTIF

	1909	1910
Société générale	4.309 90	10.795 59
Société de reports	18 569 05	1.837 05
Caisse	186 85	107 55
Avance à l'Etat	165 02	110 02
Participation	3.303 75	2.660 45
Portefeuille	54.773 10	83.904 10
Maison de santé	93.530 »	93.866 »
Frais de constitution	4.294 68	3.842 60
Comptes courants	62.160 »	45.660 »
	241.292 35	242.783 36

BILAN PASSIF

	1909	1910
Capital	220.000 »	220.000 »
Créditeurs divers	413 »	313 »
Réserve légale	*3.324 18*	*3.699 68*
Dividendes impayés	7.485 »	7.500 »
Report antérieur	2.559 84	2.819 67
Solde de l'exercice	7.510 33	8.451 01
	241.292 35	242.783 36

PROFITS ET PERTES

Doit

	1909	1910
Frais généraux	3.679 25	3.657 05
Amort. frais constitution	452 08	452 08
Solde au bilan	7.510 33	8.451 01
	11.641 66	12.560 14

Avoir

	1909	1910
Intérêts de la Participation	3.303 75	2.660 45
Intérêts Maison de santé	4.268 »	4.604 »
Banquier	286.85	271 10
Portefeuille	3.477 06	3.173 59
Coupons périmés	306 »	339 »
Bénéf. sur vente valeurs		1.512 »
	11.641 66	12.560 14

Dans ces conditions je vous propose donc, Messieurs, d'accepter le projet de répartition qui vous est soumis et comprenant :

Attribution à la réserve légale 5 %	402 55
Dividende de 3 fr. net par action	6.600 »
Impôt sur le dividende	275 »
A reporter à l'exercice suivant	3.993 13
	11.270 68

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix les résolutions suivantes :

1re *Résolution.*

Les Comptes et le bilan de l'exercice 1910 sont approuvés dans les termes où ils sont présentés par le Conseil d'administration.

(*Adopté à l'unanimité.*)

2e *Résolution.*

Il sera versé à la Réserve légale un prélèvement de 5 % sur les bénéfices de l'exercice de 1910, soit 402.55.

(*Adopté à l'unanimité.*)

3e *Résolution.*

Il sera distribué pour le coupon n° 11 un dividende de trois francs net d'impôt par action, la Société prenant à sa charge la taxe sur le dividende.

(*Adopté à l'unanimité.*)

4e *Résolution.*

Le solde du compte de Profits et Pertes soit 3.993.13 sera reporté à l'exercice 1911.

(*Adopté à l'unanimité.*)

5e *Résolution.*

M. le Dr Arthur Petit est réélu Commissaire des Comptes pour l'exercice 1911 ; ses honoraires sont fixés à 200 francs.

M. le Dr Boudin est nommé Commissaire adjoint pour l'exercice 1911.

(*Adopté à l'unanimité.*)

6e *Résolution.*

M. le Docteur Jeanne, désigné par le sort comme administrateur sortant, est réélu Administrateur.

(*Adopté à l'unanimité.*)

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

—**Médecins décorés.**—Parmi les nouveaux chevaliers de la Légion d'honneur nous relevons avec plaisir, les noms de nos confrères, le Dr Mangenot, membre de la commission des habitations à bon marché, qui fit, il y a 18 ou 20 ans, une enquête admirable sur les habitations ouvrières et la vie de leurs habitants dans un îlot du XIIIe arrondissement de Paris et le Dr Lefilliâtre, chirurgien des prisons, président de la Société des médecins praticiens de France.

— **Prix Zambaco Pacha.** — Un des doyens de l'internat de Paris, notre éminent confrère, M. le Dr Zambaco Pacha, vient de fonder un nouveau prix, consistant en une médaille d'or, qui sera décerné à l'interne en médecine ou en chirurgie des hôpitaux de Paris qui « pendant l'année, aura donné des preuves de courage, le cas échéant, ou de compassion et de douceur envers les pauvres malades qu'il aura eu à soigner ».

Le prix, consistant en une médaille d'or, sera attribué par la note de tous les internes en exercice,

sur le rapport d'une commission de dix membres tirés au sort parmi les internes de quatrième année. Il sera remis au cours de l'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et décerné pour la première fois en 191?.

Les conditions de ce prix font le plus grand honneur à son fondateur et ajoutent, s'il est possible, à l'estime que son caractère et sa haute valeur scientifique inspirent à tous depuis bien longtemps.

(*Le Caducée*).

— **Soins dentaires aux écoliers.** — Le grand Conseil du canton de Genève a fait bon accueil à la proposition du Conseil d'Etat de créer une policlinique dentaire à l'usage des enfants des écoles primaires dont les parents sont dans l'impossibilité matérielle de solder pour eux des notes de dentiste. Un crédit de 7. 000 francs est ouvert dans ce but.

La première initiative de cette création est due à la Société odontologique de Genève.

— **La procréation des sexes à volonté.** — Elle serait fonction d'une simple question de décubitus, s'il faut en croire M. Jules Lussier (*Soc. Méd. de Montréal*), qui, avec 3.000 accouchées, observées depuis quarante ans, a constaté que, dans 90 % des cas, les femmes qui ont l'habitude de se coucher dans le décubitus latéral gauche ont des garçons, tandis que celles qui se couchent sur le côté droit ont des filles. — L'explication, c'est que les ovaires gauches émettent les ovules mâles et les ovaires droits les ovules femelles. De plus, à chaque période menstruelle, la femme pond alternativement des ovules mâles et femelles.

Il n'en coûte rien d'essayer !

— **L'obésité de Lord Byron.** — Pendant toute son existence de romantique, l'auteur de *Child-Harold* fut hanté par la crainte de grossir. Il se rendait bien compte du peu de prestige que représentait un poète trop gras et il essaya de tous les moyens pour garder la sveltesse de sa taille, non sans succès d'ailleurs, ainsi qu'en témoigne une lettre récemment retrouvée, adressée jadis à son avocat :

« Je porte actuellement sept gilets et un pardessus, je marche et je joue au cricket dans cet accoutrement jusqu'à ce que je sois épuisé par la transpiration. De cette manière je suis arrivé à maintenir ma peau suffisamment mince et j'ai *pu* rétrécir mes vêtements d'un demi-yard. »

Ce traitement n'est pas si loin de celui que préconise aujourd'hui le Dr Heckel, dans son intéressant volume sur l'obésité.

(*Journ. des Sc. méd. de Bordeaux.*)

— **Le médecin de campagne.** — « Ce qui caractérise essentiellement la situation du médecin de campagne, c'est l'*intimité sociale* de celui-ci avec sa clientèle, dont il est le conseiller d'hygiène et souvent le conseiller juridique, dont il est le confesseur un peu redouté, au courant de tous les secrets de famille ; il débarque dans la vie d'affreux petits êtres qu'il aide à devenir des hommes, et ferme avec émotion les yeux du travailleur qui a fini sa tâche ; il encourage et console, et souvent grossit la voix pour gronder ; il soulage les douleurs physiques et calme les peines morales ; l'œil au guet, l'oreille tendue, il reste constamment armé pour voler au secours de ces grands enfants, dont il a assumé la garde, et dont la seule vénération soutient son dévouement. Car cette communion de sentiments, que je voudrais pouvoir décrire de la plume de Balzac, idéalise un peu cette existence faite de labeurs et de privations, et ensoleille une atmosphère souvent embrumée par de mesquines jalousies et des inimitiés tenaces. »

Voilà ce qu'écrit le Dr De Bie, dans une *Revue médicale belge*.

Heureux confrères belges ! Il y a belle lurette que les mœurs rurales françaises se sont émancipées, et que, pour beaucoup de nos paysans, le médecin n'est, tout comme à la ville, qu'un fournisseur d'un genre un peu spécial, un fournisseur d'ordonnances, dont les services sont rémunérés au kilomètre, et qu'on poursuit comme un vulgaire malfaiteur, quand on ne l'abat pas comme un chien, dès qu'il ne donne pas la satisfaction qu'on en attendait !

— **La transformation de l'Hôtel-Dieu.** — L'Assistance publique se propose de consacrer à des travaux de transformation de l'Hôtel-Dieu une partie des fonds qui lui ont été alloués sur le produit de l'emprunt municipal de 900 millions.

La maternité, dont l'Hôtel-Dieu se trouve dépourvu depuis la démolition de l'annexe de la rue de la Bûcherie, sera aménagée dans la partie des bâtiments donnant sur le quai aux Fleurs.

Les services de l'ophtalmologie, actuellement disséminés dans les diverses parties de l'hôpital, seront groupés ensemble. On construira deux salles d'opérations munies de l'outillage moderne et installés suivant les desiderata des chirurgiens des hôpitaux.

La plupart des autres services seront réinstallés dans des conditions meilleures et un service de radiographie sera créé pour que les malades ne soient plus envoyés au service central de radiographie de la Salpêtrière.

On fera une nouvelle lingerie.

Enfin l'Hôtel-Dieu sera pourvu dans toutes ses parties de l'éclairage électrique et du chauffage à vapeur.

La dépense prévue serait de 1.810.000 francs.

— **Physiothérapie** (Cours de vacances). — La 7e session des cours de vacances de Physiothérapie organisée par MM. Albert Weil, Dausset, Degrais, Dominici, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 9 au 31 octobre 1911, à l'Ecole des Hautes Etudes Sociales, 16, rue de la Sorbonne et dans divers hôpitaux et cliniques.

Le cours est divisé en deux séries de vingt leçons.

La première série comprend : l'électro, la radio, la photo, la radiumthérapie et d'hydrotérapie ;

La 2e comprend : le massage, la gymnastique, la rééducation des fonctions et la méthode de Bier.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 francs. On peut s'inscrire pour une ou les deux séries ou avoir tous les renseignements complémentaires chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

— **Un arrêt de principe de la Cour suprême en matière de sérums.** — La chambre criminelle de la Cour suprême vient de rendre un arrêt de principe qui va jeter l'émoi dans le monde médical.

On sait que l'article premier de la loi du 25 avril 1895 sur la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues, est ainsi conçu :

Article premier. — Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et les substances injectables d'origine organique, non définies chimiquement, appliquées au traitement des

affections aiguës ou chroniques, ne pourront être *débitées,* à titre gratuit ou onéreux, qu'autant qu'ils auront été, au point de vue, soit de la fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du gouvernement, rendue après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine.

La pénalité édictée par la loi est de trois mois à un an de prison et de 50 francs d'amende au minimum.

Cet article est-il applicable au médecin qui, inventeur d'un sérum, injecte lui-même ce sérum — non autorisé — à ses propres malades?

La question a été soumise, l'an dernier, à la dixième chambre correctionnelle, devant laquelle fut poursuivi le docteur Lorot, auquel le parquet reprochait d'avoir injecté à ses malades un sérum antituberculeux de sa fabrication. Le tribunal, estimant qu'il n'y avait pas eu *débit* de sérum, acquitta M. Lorot. Sur appel du procureur de la République, l'affaire vint devant la chambre des appels correctionnels, qui confirma la décision des magistrats de la dixième chambre correctionnelle.

Le procureur général se pourvut en cassation.

Hier, la chambre criminelle de la Cour suprême, présidée par M. Bard, a examiné le pourvoi.

Après rapport de M. le conseillelr Rouller, concluant à la cassation de l'arrêt de la chambre des appels correctionnels, Me Balliman s'est présenté au nom de M. le docteur Lorot.

Conformément aux conclusions de M. l'avocat général Justin Seligman, la cour, après une très longue délibération, a cassé l'arrêt de la chambre des appels correctionnels qui avait acquitté M. Lorot.

De l'arrêt de la Cour suprême résulte qu'un médecin ne peut, sans tomber sous le coup de la loi du 25 avril 1895, injecter à ses malades un sérum, non autorisé, de sa fabrication.

La chambre criminelle fixera ultérieurement la cour devant laquelle sera renvoyé le docteur.

— L'iode antiseptique en 1858. — Le professeur Deroubaix (de Bruxelles) avait déjà, en 1858, mis en évidence la valeur de la teinture d'iode comme topique empêchant la suppuration de se produire.

Æsculape. — Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. — Le n° : 1 fr. 50. Abonnement d'un an : 20 fr. (France), 25 fr. (Etranger). — (A. Rouzaud, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris).

Sommaire du n° de juin 1911. — *Voyage médical* (15 illustrations), par le Dr Gougerot, professeur agrégé. — Pèlerinage médico-artistique.

L'Ecole de Médecine d'Indochine (3 illustrations), par le Dr Matignon. — Comment elle pourrait faire rayonner l'influence intellectuelle française dans l'Extrême-Orient.

A propos de dessins exécutés sous la suggestion hypnotique (2 illustrations), par le Dr J.-A. Sicard, professeur agrégé. — Impressions de *terreur* et de *cadavérisation* d'un réalisme saisissant.

Le cimetière des chiens, à Asnières (6 illustrations). — Compte-rendu pittoresque et vivant d'une visite à l'originale nécropole ; 6.000 chiens y sont inhumés ; des centaines de tombeaux avec épitaphes imprévues, attendries.

Quelques anomalies de la figure humaine au Musée du Louvre (7 illustrations), par le Dr Lepaitre. — Où l'on voit des tableaux représentant : dacryocystite chronique, cicatrices, alcoolisme, prognathisme, acné hypertrophique, acné rasée, etc.

Coutumes et superstitions des Mois (6 illustrations) par le Capitaine Baudesson. — Les vertus du Bois d'Aigle,... etc.

Spiritisme et Métapsychisme (15 illustrations), par le Dr Geley. — Réponse au bel article du Professeur Grasset avec documents nouveaux, exposition de la question sous un nouvel aspect.

Les Terres cuites pathologiques de l'époque alexandrine (10 illustrations), par le Dr F. Regnault. — On les prenait pour des grotesques ; elles son grandement intéressantes pour le médecin.

L'Hôpital français du Caire (1 illustr.), par le Prof. Hache.

Supplément : *L'Homme mécanique « Occultus »* (1 gravure). — *Le Baiser.* — *La Femme ; son moi inconnu de l'Homme, et son sourire* (1 illustration). — *Tatave et la Baronne,* — *Les victimes du Livre.* — *Le sexe et l'éducation.* — *Destinées d'épouvante* (3 illustrations). — *L'invasion des modernes et des primaires.* — *Le chien médium hypnotique de Madame Rostand.* — *Le sexe à volonté.* — *Pressons-nous* (dessin de Mirande). — *Comment vivent les femmes de lettres ?* — *L'avenir de la race.* — *Les Drosères astucieuses et féroces.* — *Les animaux possèdent-ils une âme ?* — *L'entrée dans la vie* (dessin de Daumier). — *Pompes funèbres* (dessin de Daumier).

— La Caisse des recherches scientifiques. — Le conseil d'administration de la Caisse des recherches scientifiques a, dans sa dernière séance, arrêté la répartition des subventions attribuées par les sections de la commission technique de cette caisse à un certain nombre de savants.

Voici les noms de quelques-uns des bénéficiaires avec l'indication des recherches qu'ils se proposent d'entreprendre :

MM. Fernand Arloing, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, recherches sur la vaccination antituberculeuse ; Cluzet, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, recherches sur la radiographie instantanée ; Dupaigne à Cannes, recherches sur les déchets des corps organisés ; Gaucher, de la Faculté de médecine de Paris : recherches sur le cancer cutané et son traitement ; Guéguen, de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, étude des agents de mycoses européennes ou exotiques ; Hutinel, de la Faculté de médecine de Paris, recherches sur la physiologie et la pathologie du cœur, des vaisseaux et des reins chez l'enfant ; Jousset, de la Faculté de médecine de Paris, recherches sur la vaccination et le traitement de la tuberculose ; Lemierre et Abrami, anciens internes des hôpitaux de Paris, recherches sur le traitement des infections biliaires de l'homme ; Lemoine, médecin en chef du Val-de-Grâce, études des albuminuries et de l'action sur le rein des aliments albumineux ; Marchal, professeur à l'Institut agronomique, recherches pour combattre les insectes nuisibles ; Renon, de la Faculté de médecine de Paris, recherches sur le traitement chimique de la tuberculose ; Weil, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, recherches sur la lactation et l'alimentation des nouveau-nés ; Jules Courmont, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, étude relative à l'unification des méthodes d'analyse bactériologique des eaux ; Müntz, membre de l'Institut, recherches sur l'épuration biologique des eaux résiduaires des grandes industries ; Trouard Riolle, directeur de l'Ecole d'agriculture de Grignon, recherches sur l'épuration biologique des eaux des petites agglomérations.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON 3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 33 Dimanche 13 AOUT 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Fédération des Médecins de la région parisienne et la résolution du conflit médico-mutualiste.

Que nos lecteurs de province nous le pardonnent, nous allons les entretenir aujourd'hui de Paris. Ce n'est pas certes pour le leur donner en exemple, le nombre considérable des praticiens qui y vivent ou... y végètent: les différences excessives des conditions sociales des médecins qui y exercent, font que dans la grande ville, il n'existe pas d'unité morale dans le corps médical, et que la défense professionnelle y est plus particulièrement difficile. Néanmoins, avec de l'énergie, de la persistance, de la ténacité, on arrive à faire quelque chose et souvent plus et mieux que l'on aurait osé l'espérer. Il suffit pour cela de bien choisir la campagne à mener, de s'assurer qu'elle ne heurtera pas trop violemment l'opinion publique et qu'elle repose sur une base juste et raisonnable. C'est ainsi que la population parisienne a accepté, sans protester, l'élévation à 4 fr. du taux minimum de la visite à domicile et que, dans les quartiers les plus populeux et les moins fortunés, l'ouvrier qui a vu accroître progressivement son salaire et les menus frais de la vie quotidienne, a trouvé tout à fait légitime l'élévation du prix de la visite médicale.

Le relèvement des honoraires fit songer à la mutualité. La question était importante, et il était nécessaire d'amener pour la résoudre l'entente entre les divers groupements médicaux. Cette entente se résuma dans la constitution de la Fédération des Médecins de la région parisienne. L'idée vint du bureau du Syndicat médical de Paris, rameau dissident du Syndicat des Médecins de la Seine. Et lorsque notre gros Syndicat qui sortait plus puissant et plus étendu d'une lutte violente,

reçut l'invitation de ses adversaires de la veille à collaborer à une œuvre bien définie et commune, ce ne fut pas sans scepticisme qu'il y envoya ses délégués dont nous fûmes.

Nous nous dîmes qu'il était mauvais de juger *a priori* la tentative, et nous résolûmes de pousser les concessions aussi loin que la dignité et les intérêts de notre Syndicat (alors fort de 1.500 membres) pouvaient nous le permettre. L'entente se fit sans trop de difficultés, et la Fédération médicale de la Région parisienne fut constituée dans l'unique but de résoudre à Paris par une action continue le conflit médico mutualiste.

42 sociétés médicales représentant plus de 3.000 praticiens formèrent la Fédération. Elle se mit aussitôt à l'ouvrage et eut le grand avantage d'être dirigée dès le début par un homme à l'esprit précis et méthodique, au caractère loyal et droit, jaloux de son indépendance professionnelle et entièrement dévoué à la cause de ses confrères ; nous avons désigné le secrétaire général de la Fédération, le Dr Chapon.

Après quelques études préalables, exposées de façon à mettre bien au courant de la situation les délégués formant le Comité permanent de la Fédération, il fut décidé que le nouvel organisme serait saisi de toutes les propositions ou mutations ayant trait au service médical des mutualités parisiennes.

Une occasion d'agir ne tarda pas à se présenter. La XVIIIe section du Syndicat des médecins de la Seine fut avertie de la réorganisation du service médical des employés des omnibus et des tramways ; elle en avisa le Conseil d'administration du Syndicat qui, après en avoir saisi la Fédération, élabora et signa avec l'importante société, la Fraternelle des Omnibus, un traité collectif assurant la liberté absolue du malade dans le choix de son médecin, le payement des honoraires médicaux par la Société au taux de 3 francs par visite et de 2 francs par consultation, et le respect du tarif Dubief pour les accidents du travail.

La Fédération approuva le traité signé par le Syndicat des médecins de la Seine, et le remercia d'avoir eu la générosité de ne pas limiter à ses membres l'obtention du libre choix. Quelques délégués de la Fédération se plaignirent que le taux de 3 francs et de 2 francs fût au-dessous du tarif minimum ouvrier (4 fr. et 3 fr.) ; mais on fit remarquer avec raison, à notre avis, que la Société en question n'était pas une Société de gens aisés, mais d'ouvriers et de petits employés, que les progrès que nous étions fermement décidés à réaliser dans le domaine mutualiste, ne pouvaient être à l'heure actuelle obtenus que par étapes, et il fut décidé que ces tarifs très bas ne seraient consentis qu'à des mutualistes réellement intéressants et peu aisés. Le service médical de la Fraternelle des Omnibus fonctionne depuis environ six mois avec le libre choix, et une commission mixte du Syndicat de la Seine et de la Fraternelle arbitre les conflits qui surviennent entre les mutualistes et les médecins syndiqués.

Peu après, le Syndicat des médecins de théâtre fut saisi d'une demande d'organisation de service médical par la Fédération nationale du Spectacle. La demande fut transmise à la Fédération des Médecins de la région parisienne, et les derniers jours de juin, avec l'assentiment des délégués de la Fédération, un traité (1), élaboré par le Dr Chapon fut signé, établissant le libre choix du médecin et le tarif de 3 fr. la visite et de 2 fr. la consultation. Il est bon de noter que les membres de la Fédération du Spectacle sont presque tous très faiblement salariés ; ce sont des machinistes, des petits musiciens, des ouvreuses, et autres très modestes employés. Des médecins, il nous répugnerait de dire des confrères, avaient offert leurs services à prix bien plus réduits, certains même gratuitement ; mais le Comité de la Fédération du Spectacle avait eu la sagesse d'apprécier comme il convenait ces offres, et avait jugé que, dans une profession comme la profession médicale, où la conscience et le caractère sont aussi utiles que la science, on ne saurait trop se défier de gens manquant à ce point de dignité.

Le Dr Chapon était déjà en pourparlers avec une autre mutualité importante : l'Union commerciale du département de la Seine. Les membres de cette Société étaient plus aisés que les employés des omnibus et que les fédérés du spectacle ; aussi, le Comité permanent hésita-t-il à accorder un tarif au-dessous du tarif minimum ordinaire. Mais le Dr Chapon fit remarquer qu'un traité avec cette mutualité serait d'un bon exemple et ferait faire encore un progrès sensible à notre cause, et le tarif uniforme de 3 francs pour la visite et la consultation fut accepté avec le libre choix.

L'élan était donné, et la Fédération des Médecins de la région parisienne devait encore nous conduire à de nouveaux succès. Dans le IIe arrondissement, les Sociétés municipales des quartiers Gaillon, du Mail et Vivienne entrèrent en conflit avec leurs médecins ; la IIe section du Syndicat des Médecins de la Seine et la Société médicale de l'arrondissement surent s'entendre pour réclamer la transformation du

(1) Lire ce traité dans le *Concours médical* du 16 juillet 1911, p. 672.

service médical de ces mutualités, composées de gens notoirement aisés. Le Syndicat des médecins de la Seine et la Fédération furent saisis du conflit, et M. Facdouel, syndic du Syndicat des médecins de la Seine, fut chargé des négociations. Il est bon de noter en passant avec quelle hauteur dédaigneuse fut reçu notre confrère par les présidents de certaines mutualités, et d'apprécier le ton de certaines lettres qui suivirent les pourparlers. L'entente médicale resta inébranlable, et les trois sociétés supprimèrent leur service médical, laissant aux sociétaires le soin de choisir et d'honorer leurs médecins. Dans ces quartiers aisés, c'était tout ce que le corps médical désirait.

Maintenant, on commence à ne plus sourire de la Fédération des Médecins de la région parisienne. Dans les quartiers du centre de Paris, où certaines mutualités fort puissantes avaient coutume de vouloir choisir leur personnel médical que parmi les anciens internes des hôpitaux, le recrutement ne peut plus s'opérer. Le Dr Chapon a abordé aussi de front avec sa franchise et sa loyauté coutumières le problème des situations acquises (1), un des grands obstacles de la campagne, obstacle qui sera levé, car c'est un obstacle fantôme ; il n'existe pas, ou si peu. Peut-on admettre comme situations légitimement acquises un nombre assez considérable de places où par des honoraires fixes de 200 ou 300 fr., plusieurs milliers de francs sont frustrés au corps médical?

Grâce à la Fédération, grâce à l'activité du Dr Chapon, son secrétaire général, le conflit médico-mutualiste est à Paris en voie de résolution. La lutte sera longue et la résistance acharnée, nous n'en doutons pas ; mais tout nous permet d'espérer qu'avec un peu d'entente, nous obtiendrons de sérieux progrès et beaucoup plus rapides, peut-être, que nous n'aurions osé l'envisager il y a deux ou trois ans.

J. Noir.

(1) Voir *Concours médical* du 23 juillet, page 696.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur Pierre Delbet.

La Grossesse extra-utérine.

Je vais commencer ma leçon en vous montrant une pièce relative à une opération — l'ablation de l'utérus et des annexes — que j'ai pratiquée hier. Voyez l'utérus. Vous pouvez suivre une partie de la trompe intacte, puis une partie dilatée, puis une partie en forme de poire, de la grosseur du poing, représentant un kyste fœtal. C'est une grossesse extra-utérine, non rompue.

Je vous exposerai, à ce propos, quelques considérations sur la grossesse extra-utérine et ses variétés. Je vous présente ici la coupe de l'utérus. Voici le fond de la cavité utérine, le corps de l'utérus, la trompe, l'isthme de la trompe, auquel succède l'infundibulum, plus large, et l'extrémité des branches du pavillon ; au-delà, l'ovaire.

Voyons quelles situations peut occuper l'œuf dans la grossesse extra-utérine. D'abord il peut siéger dans le trajet intra-utérin de la trompe. Ce sont les grossesses interstitielles : elles ne sont pas normales, mais pas à proprement parler extra-utérines. Elles se terminent généralement par des avortements. Dans un grand nombre de cas, on ne s'en rend pas compte. Certains gynécologues ont soutenu qu'un bon nombre d'avortements sans cause apparente tenaient à un œuf greffé dans le trajet pariétal de la trompe. Je crois qu'il en est souvent ainsi. A cette question s'en rattache une autre. Lorsque, à la suite d'avortement, se fait de la rétention placentaire, on est conduit à pratiquer le curage digital ou à la curette. Or, il arrive, parfois, en faisant ce curage, que l'instrument pénètre à une profondeur énorme. Il semble qu'on a fait une perforation de l'utérus. C'est vrai quelquefois, mais d'autres fois aussi, on a enfoncé la curette sans rien forcer. A la suite de cet accident, bien souvent aucun trouble grave ne se produit. Il n'est certes pas impossible qu'une perforation de l'utérus évolue ainsi, mais, fréquemment, il s'agit de grossesse interstitielle.

Le deuxième siège de la grossesse extra-utérine est la portion isthmique de la trompe. Cette variété de grossesse extra-utérine est fréquente. C'est peut-être la plus grave, car elle ne saurait guère se développer sans rupture. Le mieux qui puisse arriver, c'est que l'œuf meure.

Le troisième siège de la grossesse extra-utérine est la portion ampullaire de la trompe : grossesse ampullaire. Enfin, la gestation se produit quelquefois également au niveau des franges. Dans ces cas-là, il est difficile de faire une topographie exacte de l'œuf : le kyste fœtal paraît englober l'ovaire et on l'a décrit sous le nom de grossesse tubo-ovarique. On s'est demandé, aussi,

s'il n'existait pas une grossesse intra-péritonéale primitive. La question est délicate à résoudre. Quand on intervient, la grossesse est trop avancée pour qu'on en puisse connaître le siège initial.

Enfin, il est une autre variété, sur laquelle on discute ; je veux parler de la grossesse ovarique. Le follicule de Graaf peut devenir — exceptionnellement — le siège d'une grossesse. La règle, c'est la grossesse tubaire. La grossesse ampullaire évolue généralement plus loin que la grossesse isthmique ; celle-ci ne va pas, la plupart du temps, au-delà du 3e ou du 4e mois. Il faudrait signaler encore la grossesse développée dans un utérus didelphe, cloisonné, ou dans une corne utérine anormale.

Tels sont les principaux sièges que peut occuper l'œuf quand il ne se développe pas dans la cavité intra-utérine. Reste une dernière variété, non primitive, toujours consécutive à des ruptures. Il arrive quelquefois que l'œuf extra-utérin se rompt vers la partie inférieure, dans le ligament large, et peut même continuer à s'y développer un certain temps. C'est la grossesse sous-péritonéale, sous-péritonéo-pelvienne.

Les grossesses extra-utérines donnent lieu à des troubles divers : troubles de la menstruation, crises douloureuses.

Nous trouvons ces troubles chez la malade que nous avons opérée hier. Cette femme avait été soignée pour de la métrite. Elle avait eu une infection. Il paraît certain que les infections, plus ou moins atténuées, sont causes des grossesses extra-utérines. Les infections légères restent insuffisantes pour fermer la trompe. Quand celle-ci est fermée, il n'y a plus de grossesse ; mais, lorsque, tout en restant ouverte, la muqueuse a été plus ou moins altérée, le cheminement de l'ovule est rendu plus difficile et l'ovule a des chances d'être arrêté dans sa migration. Outre ces petites infections qui altèrent l'épithélium, il y a peut-être aussi des adhérences qui empêchent la trompe de se contracter. Sont-ce les seules causes ? Il est difficile de le dire. Cependant, Freund a décrit une trompe particulière, la trompe annelée qui s'accompagne ordinairement d'aplasie génitale. Lorsque l'aplasie génitale est complète, il n'y n'y a pas de grossesse, mais il est possible que la trompe reste annelée chez une malade dont les ovaires sont suffisants. Toutefois, c'est là une cause peu commune de grossesse extra-utérine, et les petites infections restent la cause principale.

Chez notre malade, il semble que la grossesse remonte à 4 mois. Elle a eu, à ce moment, des symptômes généraux, du développement des seins, de l'arrêt des règles. Les symptômes généraux, lorsque l'œuf est en dehors de l'utérus, peuvent être aussi nets que dans la grossesse utérine normale. Il n'en est pas toujours ainsi et il est des cas où l'écoulement de sang persiste. Il n'a plus les caractères des règles, leur régularité.

Habituellement, donc, on note dans la grossesse extra-utérine la cessation des règles et des symptômes de grossesse. Une des difficultés, au début, est de reconnaître que la grossesse n'est pas utérine. Les femmes disent qu'elles sont enceintes comme d'ordinaire. A la période tout à fait initiale, on peut sentir une tumeur fœtale indépendante de l'utérus.

Une autre difficulté, au début, ce sont les modifications utérines, qui sont semblables à celles de la grossesse normale. Le corps de l'utérus s'hypertrophie et le col se ramollit, moins que dans la gestation utérine, mais assez nettement encore. Autour de ces grossesses, se forment des adhérences, de sorte que l'utérus et la tumeur extra-utérine ne constituent qu'une seule masse. Aussi, les difficultés du diagnostic sont-elles extrêmes quelquefois. En voici deux exemples :

Dans le premier, il s'agissait d'une femme qui avait eu deux enfants et une poussée de salpingite. Elle avait conscience d'être enceinte. Un jour, elle fut prise de pertes et un accoucheur consulté n'émit aucun doute sur la grossesse ordinaire. L'écoulement du sang continua, mais par petites quantités et avec ce caractère particulier qu'il était formé de petits caillots noirs, de la grosseur du pouce ou de moitié. Au bout de quelques jours, la femme ayant de la température, l'accoucheur pratiqua un curage de l'utérus et retira des cotylédons et une partie de caduque. Or, 21 jours après, des incidents de rupture de grossesse extra-utérine éclataient.

Dans le second exemple, il s'agissait de la femme d'un médecin. Elle avait été atteinte d'accidents infectieux bénins. Elle devient enceinte. Notre confrère conduisit sa femme à un de ses maîtres, accoucheur, lequel diagnostiqua une grossesse normale de 2 mois 1/2. Rentrée chez elle, la malade recommença à perdre et à souffrir. La perte était composée de petits caillots noirâtres. On était en présence d'une grossesse extra-utérine. Vous voyez combien ce diagnostic peut être difficile, puisque des praticiens de haute expérience s'y sont trompés

Que deviennent ces grossesses extra-utérines ? La grossesse infundibuliforme et ampullaire va quelquefois à terme. C'est rare, d'autant que, aussitôt le diagnostic posé, il faut intervenir, sauf peut-être pour les fœtus arrivés au huitième ou neuvième mois. Que peut-il se passer ? Dans un bon nombre de cas, la tumeur fœtale s'atrophie et s'arrête dans son évolution. Il se fait une petite hémorrhagie dans la trompe. C'est là l'origine du plus grand nombre des hémato-salpinx. Doit-on dire que tous les hémato-salpinx reconnaissent pour point de départ une grossesse extra-utérine ? Pratiquement cette opinion est exacte pour la

majorité des cas. L'œuf meurt (avortement tubaire) et les symptômes sont alors ceux d'une salpingite kystique.

L'œuf peut être expulsé par la trompe dans le péritoine. C'est le moins grave des accidents de la grossesse extra-utérine. Le placenta saigne un peu, il se forme une hématocèle qui peut se résorber ou commander une intervention. Quelquefois, l'œuf expulsé se greffe.

L'accident le plus redoutable est la rupture. Dans l'avortement, l'œuf est expulsé par le pavillon de la trompe. Dans la rupture, c'est la paroi du kyste fœtal qui se rompt. Au moment de la rupture, il se fait une hémorrhagie cataclysmique, qui remplit l'abdomen en quelques minutes et est capable d'entraîner une mort rapide. Les ruptures se font souvent en plusieurs temps, par petites fissurations ; celles-ci déterminent un peu de réaction péritonéale et tout rentre dans l'ordre. Ces fissurations peuvent se succéder jusqu'à la grande rupture. On pourrait penser à la salpingite simple et différer l'opération, tandis que, s'il y a fissuration, il faut intervenir immédiatement.

Chez la malade que j'ai opérée hier, il y a eu un écoulement sanguin au troisième mois de la grossesse. J'ai dit que l'utérus subit des modifications comme dans la grossesse normale. Au moment de l'écoulement sanguin, la caduque est expulsée. Cela signifie-t-il la mort du fœtus ? C'est difficile à dire. La malade a présenté depuis des petites pertes et une série de crises douloureuses. Il s'est fait des petites fissurations de l'œuf.

Toutes les grossesses extra-utérines diagnostiquées commandent l'intervention immédiate, sauf pour les grossesses très avancées, éventualité rare. Mais la question importante est de savoir qu'elle sera la nature de l'intervention. Doit-on se borner à enlever le kyste fœtal en gardant les annexes ? On a constaté que les récidives de grossesses extra-utérines étaient fréquentes. On a vu des malades revenir quelque temps après avec une grossesse extra-utérine du côté opposé. Ceci n'est pas pour nous surprendre de par ce que nous savons sur les causes de ces grossesses et sur la bilatéralité habituelle des infections légères des trompes.

Doit-on délibérément enlever les annexes opposées ? Non, certes, mais dès que l'on trouve une altération de la trompe opposée, il faut la sacrifier et faire l'exérèse totale. De même si l'on trouve des adhérences. Donc, toute grossesse extra-utérine commande l'intervention par laparotomie avec exérèse totale des deux trompes et de l'utérus, — ce dernier étant inutile après l'ablation des trompes — sauf le cas, rare, où la trompe opposée est saine.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le traitement préventif de l'asystolie.

Le Médecin Praticien nous donne sous la rubrique « Notes de thérapeutique » un excellent résumé de la méthode employée par le Professeur Mayor, de Genève, pour prévenir la crise d'asystolie chez les cardiaques.

« Depuis une douzaine d'années, l'auteur a recours à l'administration méthodique et régulière de digitale, à petites doses et à intervalles fixes. Dans la grande majorité des cas, la dose utile et suffisante est représentée, pour chaque traitement, par 30 centigr. de poudre de feuilles de digitale, répartis en trois journées.

« Par mesure de commodité, M. Mayor remplace la poudre de feuilles par l'extrait fluide qui se conserve facilement, et pour éviter qu'une goutte en plus du nombre prescrit n'augmente trop sensiblement la dose, il utilise le mélange :

Extrait fluide de digitale.......	4 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis	4 gr.
Glycérine	2 gr.

« Dix gouttes de ce mélange offrent une activité sensiblement égale à 10 centigr. de poudre de feuilles.

« Chaque mois, le 1, le 2 et le 3 ; le 11, le 12 et le 13 ; le 21, le 22 et le 23, le malade prendra, le soir, au coucher, et dans un peu d'eau ou de tisane, *dix gouttes du mélange prescrit.*

« M. Mayor préfère l'extrait fluide aux autres préparations et surtout à la teinture ; la macération de poudre de feuilles, préparation de choix dans l'asystolie, est ici moins indispensable ; on peut aussi avoir recours, à la rigueur, au glycoside, sous forme de granules de 1/10 milligramme.

« Grâce à ce traitement, on a pu observer des rémissions très longues, et, dans certains cas favorables, on a pu, par la suite, augmenter les périodes intercalaires (deux prises par mois au lieu de trois) ; la plupart du temps cependant, sous l'influence de l'âge ou de l'évolution du mal, on voit reparaître des manifestations d'hyposystolie pendant les périodes intercalaires.

« On peut alors augmenter les doses quotidiennes, mais on obtient habituellement de meilleurs résultats en réduisant graduellement la durée des périodes intercalaires, qui de 7 jours sont ramenées à 6, à 5 ou à 4 jours.

« Si malgré cela, l'aggravation continue, on emploiera la méthode d'administration continue, en donnant chaque jour une dose qui ne doit que rarement dépasser 5 à 10 ctg. de poudre de feuilles (1/10 de milligr. de digitaline). A cette dose, les phénomènes d'intolérance et d'accumulation sont exceptionnels ; certains malades ont pu employer la digitale, à dose quotidienne de dix centigrammes de poudre de feuilles, pendant dix à douze ans. En tous cas, le malade doit être prévenu de ces accidents (nausées, ralentissement du pouls, éblouissements, vertiges, cauchemars,

défauts de mémoire, confusion dans les idées), pour pouvoir cesser immédiatement le médicament dès leur apparition.

« Il est des cas (hypertrophie essentielle avec dilatation très manifeste et rapidement récidivante, symphyse péricardique, insuffisances aortiques à la période de décompensation, certaines associations morbides comme la bronchite chronique, sclérose p ulmonaire disséminée, etc.) où le traitement doit d'emblée être continu ».

Les injections vaginales après l'accouchement.

Les praticiens qui ont déjà 25 années d'exercice ont assisté à cet étrange revirement dans l'obstétrique, de l'abus inouï des injections vaginales après l'accouchement, à la suppression systématique presque absolue de ces mêmes injections. Beaucoup se demandent encore de quel côté est la vérité et de quel côté la juste mesure.

Dans une communication récente à une séance de la Société médicale de la Vienne, insérée au *Poitou médical*, notre confrère, M. le Dr ROLAND, a essayé de remettre la question au point.

« Que faut-il penser des injections vaginales faites dans les jours qui suivent l'accouchement, se demande le Dr Roland.

« Tous les traités modernes d'accouchement signalent le danger des injections vaginales mal faites.

« Le professeur Bar, dans son *Traité*, conseille de donner aux femmes accouchées les soins les plus simples. « La tendance actuelle, dit-il, de plus en plus suivie est de ne donner des injections que d'une façon tout exceptionnelle. On préfère ne pas risquer de contaminer la malade ; on préfère aussi laisser intacte et normale la vitalité des tissus qui seraient plus ou moins altérés par des solutions antiseptiques. Dans le cas où on voudrait faire une injection, il serait préférable de ne se servir que d'eau stérilisée ou bouillie, sans adjonction de médicaments. Quelques accoucheurs font faire à leurs accouchées un tamponnement vaginal à la gaze stérilisée ou iodoformée et déclarent se trouver bien de cette méthode ».

« Voici maintenant ce qu'enseigne le docteur Fabre dans son « Obstétrique » parue l'année dernière :

« La température étant normale, au-dessous de 37°5, surtout pendant les premiers jours, l'injection vaginale est inutile et dangereuse.

« Si tout permet de penser à des suites de couches absolument normales, les injections vaginales sont inutiles, et dans nombre de cas, on peut s'en dispenser. Elles sont nuisibles si elles ne sont pas pratiquées avec une asepsie parfaite de tout les instruments et des liquides injectés, condition qu'il n'est peut être pas très facile de réaliser. Vers les huitième et neuvième jours, les lochies deviennent quelquefois brunâtres, légèrement fétides, sans élévation de température ; quelques injections vaginales sont indiquées et sans danger ».

Or, de ses recherches et observations personnelles, le Dr Roland conclut :

« L'injection vaginale doit être soumise à des règles absolues, sous peine non seulement de ne pas rendre de services, mais même d'être dangereuse. C'est là un point bien établi.

« Pratiquée avec toute l'antisepsie qu'un chirurgien s'impose, peut-elle être utile et apporter de sérieuses garanties ?

« Elle lave le canal vaginal, modifie avantageusement le milieu, aide à la réparation des éraillulures, en tant que soins de propreté donne satisfaction, et fournit même quelques renseignements plus précis sur l'état des lochies.

Sans doute les injections vaginales ne peuvent pas désinfecter un vagin ensemencé par des colonies microbiennes ayant eu le temps de se développer et s'étant bien et profondément établies dans la cavité génitale ; mais est-il impossible de penser qu'un lavage fait précocement après la possibilité d'une contamination, comme dans les heures et jours qui suivent l'accouchement puisse parfois être utile ? Le développement des microbes ne peut-il être contrarié par une solution antiseptique ? Je pose ces questions sans les résoudre scientifiquement, mais avec cette idée préconçue qu'une antisepsie bien combinée et pratiquée, même pour le vagin, peut être profitable.

« Sans doute poursuivre la lutte contre les microbes est évidemment faire œuvre bien souvent stérile. Il ne faut pas espérer par des antiseptiques aller détruire chacun des germes vaginaux ; car il faudrait une solution polyantiseptique et celle-ci ne saurait agir sur une muqueuse comme dans un tube à ensemencement. La combinaison des antiseptiques doit être une vue de l'esprit ou du moins une expérience de laboratoire.

« La désinfection du vagin s'impose en gynécologie chirurgicale. Elle a été obtenue, comme on sait, avec l'iode. Dans ce cas elle est relativement facile à atteindre.

« En passant et à propos de technique, je dirai que je suis surpris que la canule vaginale ne soit pas plus souvent en métal nickelé. Il serait ainsi bien facile de la flamber avant de s'en servir.

« La canule en verre doit séjourner dans le sublimé, mais entre le moment où on la prend et celui où on introduit dans le vagin elle peut être souillée par un contact quelconque ».

En résumé, les lavages externes dans la plupart des cas n'offrent pas de garanties suffisantes parce qu'ils ne sont pas assez fréquents et ne sont pas faits non plus suivant l'art. En principe, il conviendrait, après un savonnage sérieux de la région, de raser et de pratiquer une désinfection méthodique.

Il y a lieu de parfaire l'instruction et l'éducation des sages-femmes à ce sujet.

On peut se dispenser de faire des injections vaginales à la suite d'un accouchement normal ; il suffit de veiller avec le thermomètre et d'examiner avec soin les lochies

Toutes les fois qu'il a été fait une intervention, il convient de donner des injections vaginales en exigeant l'application des règles les plus rigoureuses, non pas que ces injections vaginales soient une garantie absolue et dispensent de veil-

ler, mais parce qu'elles ne paraissent pas dépourvues d'une valeur préservatrice.

Les injections devront se composer de solutions antiseptiques d'un taux bien établi.

Après l'accouchement, elles peuvent aller à l'encontre du but qu'elles veulent atteindre, si elles ne sont pas faites avec toute la rigueur de l'asepsie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte. — Corps étranger (fragment d'adénotome) de l'œsophage. — Kystes du pancréas. — Invagination intestinale chez le nouveau-né. — Nécrose cranienne par électrocution. — Névrotomie pour gangrène par endartérite, — Corps étrangers de l'urèthre. — Psychopathies et indications opératoires.

A la *Société de chirurgie*, M. Tuffier parle du *traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte*. Il relate l'histoire d'un malade chez lequel les douleurs vives provoquées par un anévrysme volumineux de l'aorte s'amendèrent à la suite d'une intervention sur le thorax.

M. Delorme rappelle qu'il a proposé, il y a vingt-cinq ans, dans des cas analogues, de pratiquer une section des côtes, pour donner du jeu au poumon comprimé et à l'étroit dans le thorax, en même temps que pour libérer dans une certaine mesure des nerfs supposés tiraillés et distendus.

M. Lejars ajoute un fait à l'histoire des opérations libératrices en question. Chez un malade du service de M. Hayem qui portait un volumineux anévrysme de la crosse aortique et qui souffrait terriblement, il pratiqua la section des cartilages costaux. Elle se fit sans incident et le soulagement fut remarquable.

— M. Sieur rapporte à la *Société de chirurgie* une observation de *corps étranger (fragment d'adénotome, de l'œsophage)*.

Au cours d'une opération de végétations adénoïdes, au moment d'appuyer l'instrument contre la voûte du cavum, M. Sieur entendit un bruit sec produit par la rupture de l'adénotome au niveau de son anneau. Il mit immédiatement le doigt dans le naso-pharynx pour rechercher le corps étranger représenté par le fragment de métal, mais il ne trouva le corps du délit ni dans le cavum ni dans le pharynx. L'examen radioscopique montra qu'il était accroché dans l'œsophage. L'auteur pratiqua une œsophagotomie ; au cours de l'opération le corps étranger fut rejeté au dehors dans un vomissement.

La fracture des adénotomes n'est pas une chose très rare. Dans les cinq cas qui ont été publiés, deux fois le fragment de curette a pu être retiré avec le doigt ou avec une pince et trois fois il fut rendu par les selles après avoir été dégluti.

— M. E. Potherat présente à la *Société de chirurgie* un travail sur les *kystes du pancréas*.

La symptomatologie comprend des troubles fonctionnels et des signes physiques. Les troubles fonctionnels sont des douleurs siégeant à la région épigastrique qualifiées par les malades de crampes d'estomac, et un amaigrissement parfois notable, sans altération bien accusée des fonctions digestives. L'exploration de l'abdomen permet de constater, par la vue, le palper, et les autres moyens physiques d'examen, la présence d'une tumeur arrondie, globuleuse, plus ou moins considérable, tendue, rénitente, quelquefois même nettement fluctuante, ayant son siège soit à l'épigastre, soit un peu à droite de l'épigastre, plus rarement à gauche.

Le diagnostic est dans certains cas difficile. En face de lésions de ce genre, on pense plutôt à un kyste hydatique du foie. On s'aidera des signes aujourd'hui connus des kystes hydatiques (éosinophilie abondante, réaction de Weinberg positive). On recherchera dans les urines la présence de pigments biliaires. On aura recours à la radioscopie et à l'insufflation de l'estomac. Les kystes du pancréas sont situés dans l'arrière-cavité des épiploons et au devant d'eux se trouve l'estomac : insufflez celui-ci et tout ou partie de la matité perçue précédemment fera place à de la sonorité.

M. Schwartz pense également que le diagnostic trouvera des appuis précieux dans l'insufflation de l'estomac et la radioscopie. Il a pu observer cinq malades atteints de kystes et de tumeurs kystiques du pancréas. Chez les uns, il s'agissait de lésions kystiques pures, bénignes ; chez d'autres, il s'agissait de véritables cancers kystiques.

— M. Kirmisson fait, à la *Société de chirurgie*, un rapport sur un travail de M. Guibé, relatif à l'*invagination intestinale chez le nouveau-né*.

M. Guibé a opéré deux petits enfants, de quatre mois et de sept mois, atteints d'invagination intestinale. Le premier, opéré huit heures après le début des accidents, a guéri. Le second, opéré plus tardivement, a succombé.

M. Kirmisson insiste sur l'importance de l'intervention précoce. Il est péniblement affecté de voir les conséquences déplorables de cette affection dans les hôpitaux de Paris, alors qu'à l'étranger, en Angleterre surtout, sa gravité est bien moindre, l'opération étant faite de plus bonne heure. Il convient d'établir un diagnostic précoce.

Pour tout médecin averti, le diagnostic de l'invagination intestinale, chez les jeunes enfants ne présente pas de difficultés particulières. Le signe donné par Cruveilhier, l'évacuation de glaires sanguinolentes par l'anus, ne fait presque jamais défaut. Le moment de l'intervention, sans être évidemment le seul facteur en cause, est néanmoins le facteur principal.

M. Savariaud pense qu'outre la promptitude du secours chirurgical, il faut également tenir compte de la marche de la maladie. De même que pour la hernie, il est des étranglements plus ou moins serrés.



— M. Guinard (de Saint-Etienne) a envoyé à la *Société de chirurgie* une observation de *nécrose des os du crâne par électroculion*, qui fait l'objet d'un rapport de M. Quénu.

Le blessé, un homme de 33 ans, fut atteint par le courant pendant qu'il travaillait à la réparation d'une ligne aérienne de distribution de force motrice. M. Guinard, appelé à le voir douze jours seulement après l'accident, le trouva dans un état grave avec de la fièvre et des signes d'infection générale. Des brûlures occupaient les deux membres supérieurs et le crâne. Au membre supérieur droit, existaient une momification des deux dernières phalanges de l'auriculaire et une plaie du creux de l'aisselle. Au membre supérieur gauche on notait une destruction des parties molles de la paume de la main. Au crâne, deux brûlures très étendues, l'une à la région occipitale,— l'autre à la région fronto-pariétale. M. Guinard dut amputer l'avant-bras gauche, en raison d'accidents septiques. Trois mois après, il fut amené à réséquer les parties osseuses craniennes mortifiées. Les plaies, non encore cicatrisées, se comblent lentement.

A cette première observation, M. Guinard en ajoute une autre, de brûlure électrique du crâne, terminée par la mort. Il s'agit d'une dame qui, étant dans son jardin, vit tomber près d'elle un câble servant au transport de force motrice. Elle saisit l'extrémité du câble rompu de la main droite, mais par suite des secousses du courant, son corps entra en contact avec le câble en de nombreux points. Elle eut la main et le poignet carbonisés, des brûlures des talons et une large escarre noire du cuir chevelu. Elle succomba.

— M. Mauclaire fait un rapport sur une obvation de M. Marquis (de Rennes) ayant trait à un cas de *névrotomie pour gangrène par endartérite*.

La névrotomie a été proposée par M. Quénu comme traitement des gangrènes douloureuses de l'endartérite. C'est une intervention palliative qui a procuré de bons résultats, du moins quant aux phénomènes douloureux . Il faut avoir vu, dit M. Quénu, les malheureux en proie aux crises douloureuses provoquées par la gangrène de l'endartérite, crises rebelles à tout traitement, même à des doses formidables de morphine, pour apprécier les bienfaits de la névrectomie. Comme il s'agit généralement du pied ou des orteils, il suffit de sectionner le nerf tibial postérieur derrière la malléole, le tibial antérieur, les nerfs saphènes et le musculo-cutané à la jambe. Loin de nuire à la vitalité des tissus, les névrectomies paraissent plutôt la favoriser ; elles suppriment les spasmes vasculaires, spasmes dont l'inconvénient est d'exagérer l'action oblitérante de l'endartérite.

M. Mauclaire ajoute que les anastomoses artério-veineuses proposées dans le traitement de la gangrène oblitérante, n'ont pas donné les résultats que l'on espérait.

— M. Routier présente à la *Société de chirurgie* une observation de *corps étranger de l'urèthre*. Ce corps étranger eût comme particularité la longue durée de son séjour. Le malade a pu pendant quatre années porter dans son urèthre trois grosses épingles à cheveux sans en être autrement incommodé. L'affection s'est terminée par un phlegmon diffus, avec fistule, qui a obligé le patient à recourir aux conseils du chirurgien.

— M. Picqué fait à la *Société de chirurgie* une communication sur les *psychopathies et les indications opératoires*.

L'effroyable tragédie de l'Hôtel-Dieu, dit-il, ramène cruellement l'attention sur la question des psychopathies en chirurgie et des contre-indications opératoires d'ordre mental qu'elles peuvent entraîner.

M. Picqué a eu l'occasion d'observer, ces jours-ci, à Lariboisière, un malade de ce genre, un paralytique général au début, avec état hypochondriaque, qui se plaignait d'avoir des hémorroïdes, de souffrir en allant à la garde-robe, etc. Le patient a, en outre, des idées de persécution, et il déclare que le médecin de Lariboisière lui a fait des piqûres inutilement. M. Picqué, après un examen mental, s'est abstenu de toute opération, qui n'avait pas d'utilité absolument démontrée et qui aurait pu exagérer les idées de persécution.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

Œdème aigu des poumons.

L'œdème aigu du poumon est dû à la transsudation, à travers les parois des capillaires, du plasma sanguin, débarrassé de ses éléments fibrinogènes. C'est un accident fort grave, le plus souvent à marche rapide, foudroyante, mais qui peut donner également lieu à des résultats très favorables si la thérapeutique a pu intervenir à temps.

On doit tout d'abord distinguer deux modalités cliniques de l'œdème pulmonaire : 1° l'œdème chronique par stase sanguine, très fréquent chez les cardiaques et les brightiques, dont nous ne nous occuperons pas ici et 2° l'œdème aigu congestif dû à l'apport brusque d'une quantité considérable de sang artériel dans les poumons et l'hypertension consécutive par paralysie vasomotrice, dans un territoire plus ou moins étendu.

Huchard en a décrit trois formes :

1° *L'œdème suraigu foudroyant.* — Le malade est un cardiaque ou un rénal ancien. Brusquement, il est pris d'angoisse respiratoire, de dyspnée aiguë, avec expectoration rare, rosée et spumeuse ; il n'a quelquefois pas le temps de se lever ni d'appeler, et meurt presque subitement.

2° *L'œdème aigu.*— L'accès en débute par une sorte de constriction thoracique ; peu à peu la toux s'accentue, devient fréquente et quinteuse et elle s'accompagne d'une oppression qui va sans cesse grandissant.

L'expectoration plus ou moins pénible est mousseuse, spumeuse, aérée ; sa teinte est légèrement rosée. Rare au début, elle peut parfois devenir considérable.

La dyspnée, légère au début, augmente parallèlement et devient rapidement alarmante. Le malade ne peut rester couché, il est assis sur son lit, les jambes pendantes au dehors, la tête penchée en avant. Il est pâle, la sueur perle sur la face ; peu à peu l'asphyxie gagne et la mort survient.

L'auscultation fait entendre des râles fins et humides perceptibles aux deux temps de la respiration et siégeant particulièrement aux bases. La percussion donne une sonorité un peu exagérée ; le pouls, tout d'abord plein et bondissant, devient peu à peu faible et imperceptible.

3° *L'œdème broncho-plégique*, attribué à la paralysie des bronches. Dans ce cas l'expectoration est minime ou nulle et la tension artérielle est au-dessous de la normale.

Etiologie. — Les causes de l'œdème aigu des poumons sont, d'après les auteurs, soit d'origine rénale, chez les brigthiques, soit d'origine cardiaque, principalement chez les malades atteints de lésions aortiques, associées ou non à de la néphrite interstitielle, soit d'origine infectieuse, au cours de la rougeole ou chez les alcooliques et les intoxiqués par poisons végétaux ou minéraux ; soit d'origine mécanique par décompression brusque du poumon à la suite d'une thoracentèse abondante.

Traitement. — L'indication primordiale, à quelque moment de l'accès que l'on soit appelé, consiste à pratiquer une saignée copieuse de 200 à 300 gr. et même davantage. Si le malade est en période asphyxique, que le pouls soit à peine perceptible, injecter une bonne dose (2 à 5 cc.) d'huile camphrée et saigner ensuite. Si l'asphyxie ne disparaît pas, on peut renouveler la saignée cinq à six heures après la première. On complétera son action par des applications de ventouses sèches en avant et en arrière du thorax.

La saignée diminue immédiatement l'hypertension pulmonaire, elle diminue l'afflux du sang dans la circulation pulmonaire déjà très encombrée et soustrait des principes toxiques.

On donnera en même temps quelques boissons alcooliques, un peu de champagne et on stimulera la contraction des fibres lisses par l'administration de la potion suivante :

Ergotine........................	2 gr.
Liqueur d'Hoffmann	2 gr.
Julep gommeux...................	125 gr.

pour une potion à donner par cuillerée à soupe d'heure en heure.

Quelques auteurs conseillent les inhalations d'oxygène et au besoin des injections sous-cutanées de ce gaz suivant la technique de Ramond.

Si l'œdème est un accident au cours d'une bronchite diffuse, on administrera l'ipéca.

Ipéca..........................	1 gr. 50

en 2 paquets à donner à dix minutes d'intervalle.

Si le cœur faiblit, il est urgent de le soutenir au moyen d'injections d'huile camphrée au 1 /10 ou au 1 /20, de la spartéine, de l'éther.

La caféine est nettement contre-indiquée, car elle entretient le spasme cardiaque.

Pour combattre l'état parétique des bronches, on injectera un demi-cent. cube de la solution suivante :

Sulfate neutre de strychnine.....	0 gr. 01
Eau distill e....................	10 gr.

Instituer la diète hydrique avec de l'eau d'Evian ou de Vittel légèrement lactosée.

Dès que l'accès sera calmé on instituera le traitement des diverses lésions qui ont provoqué la crise.

Chez les brightiques on administrera le lendemain un purgatif drastique :

Eau-de-vie allemande...........	} ââ 20 gr.
Sirop de nerprun	

à prendre le matin à jeun dans un peu de thé léger, ou bien les paquets suivants :

Calomel à la vapeur............	} ââ 0 gr. 50
Scammonée......................	

Mêlez et divisez en 2 paquets.
à prendre à un quart d'heure d'intervalle.

Régime lacté exclusif pendant les premiers jours, puis lacto-végétarien, achloruré.

Dans l'œdème du poumon qui survient au cours de la rougeole, on se trouvera bien des bains froids.

Dans l'œdème des cardiaques, on donnera pendant quatre à cinq jours une macération à froid de feuilles de digitale à *la dose de 0 gr. 30 pro die*, puis on administrera les cachets suivants :

Théobromine....................	0 gr. 50
Benzoate de soude	0 gr. 25

un cachet trois fois par jour.

L'iodure de potassium ou de sodium et les dérivés iodés sont absolument contre-indiqués chez ces malades, ainsi que les injections de morphine.

Il semble inutile de rappeler que le vésicatoire ne peut provoquer que des désastres (anurie, etc.).

Le régime achloruré étant de règle, ne pas injecter de sérum artificiel.

Dr Delpeut,
de Saint-Chéron
(Seine-et-Oise).

MÉDECINE PRATIQUE

Etude clinique des réactions générales d'origine colique.

Le Dr *Marre*, dans sa thèse inaugurale, fait l'étude clinique des réactions générales d'origine colique. Sous ce titre, il classe les troubles morbides transitoires, dont un critère clinique ou

thérapeutique permet de démontrer l'origine colique ; ces troubles, à localisations diverses, sont d'allure variable suivant les sujets, mais ils revêtent généralement le même type chez un sujet donné. D'autre part, ils s'observent presque exclusivement chez des sujets nerveux et atteints de troubles intestinaux.

Plusieurs *formes cliniques* existent dans les réactions coliques :

1° *La crise à forme d'indigestion simple.*

Au cours d'une constipation ancienne et récemment accentuée, la crise débute brusquement, soit au milieu du repas, soit pendant la nuit. Elle se traduit par les phénomènes ordinaires de l'indigestion, auxquels s'ajoutent des vomissements, des douleurs abdominales, et le besoin impérieux d'aller à la selle, qui aboutit à une débâcle fécale. Les selles, et c'est là un caractère important, ne sont pas des selles diarrhéiques vraies, mais des selles pseudo-diarrhéiques. L'évacuation intestinale est rapidement suivie d'une sédation ; la crise ne dure guère plus de 4 à 5 heures.

2° *La crise à forme d'indigestion grave.*

Les accidents intestinaux sont ici légers, par contre les réactions nerveuses sont très marquées. On observe, suivant les cas, la simple lipothymie passagère, parfois la syncope vraie et prolongée, peut-être même exceptionnellement la syncope mortelle.

Les petites crises sont confondues avec l'épilepsie larvée et les syncopes souvent rattachées à tort à une affection cardio-artérielle ; enfin les grandes crises peuvent en imposer pour une embolie ou une hémorragie cérébrale.

3° *La crise à forme d'indigestion avec vomissements paroxystiques.*

Des vomissements périodiques à la suite d'une phase de constipation prolongée, et s'accompagnant de douleurs abdominales et de débâcles pseudo-diarrhéiques. Ce sont aussi sans doute certains cas de vomissements périodiques des enfants ;

4° A ces formes principales, l'auteur ajoute quelques *équivalents cliniques*, qui se présentent sous des types assez variés : *crises d'angine de poitrine, crises d'angoisse nocturne, douleurs gastriques* ;

6° Enfin, il existe des *crises complètes survenant au cours d'un état colique* permanent et *simulant l'appendicite* ; ces crises pseudo-appendiculaires sont très utiles à connaître, mais il n'est guère possible de les reconnaître avant l'opération.

Le *pronostic* immédiat de ces réactions coliques est généralement bon ; elles sont beaucoup plus inquiétantes que graves ; mais le pronostic ultérieur n'est pas sans gravité, car, non reconnues et mal traitées, elles aboutissent à des troubles intestinaux graves et chroniques, et elles créent un état de déséquilibre nerveux important.

Quant au *diagnostic*, l'origine colique des crises est démontrée par :

1° L'existence constante d'une période de constipation préalable ;

2° La concomitance, constante également, d'une ou plusieurs débâcles diarrhéiques, qui marquent tantôt le début, tantôt la fin de la crise, et qu'il importe beaucoup de savoir distinguer de la diarrhée vraie ;

3° Accessoirement, par l'existence d'un état spasmodique plus ou moins accentué du gros intestin ;

4° Enfin, par l'efficacité rapide d'un traitement approprié à l'état intestinal.

Dans la *pathogénie* de ces réactions coliques figurent, entre autres facteurs, la prédisposition nerveuse du sujet, l'intoxication lente consécutive à la constipation, et l'intoxication massive qui peut se produire au début d'une débâcle.

On n'oubliera jamais tout l'intérêt du diagnostic de ces différents types cliniques de réactions coliques, et l'on cherchera à combattre par un traitement approprié l'influence des différents facteurs en cause. Au cours des crises, la thérapeutique sera purement symptomatique.

Dr FISER.

DIÉTÉTIQUE PATHOLOGIQUE

L'alimentation des typhiques.

L'alimentation dans les infections gastro-intestinales en général et dans la fièvre typhoïde en particulier est un problème compliqué qui se pose souvent à l'esprit du praticien, et dont la solution est loin d'être aussi aisée qu'on pourrait le croire au premier abord, les règles générales étant ici subordonnées aux réactions de chaque cas pris individuellement.

Il fut un temps où la diète était de rigueur et où la moindre prise d'une substance alimentaire, quelle qu'elle fût, était considérée comme une faute de tactique impardonnable.

Puis, les idées évoluant et les théories pastoriennes se substituant peu à peu aux doctrines humorales en faveur il y a quelque quarante ans, on se départit de cet exclusivisme étroit, quand il fut établi que, s'il est indiqué de ne pas encombrer le tube digestif d'aliments susceptibles de se prêter à des fermentations excessives, ou d'imposer à l'organe un surmenage que sa fragilité momentanée ne lui permet pas de supporter, il est non moins nécessaire de soutenir les forces du malade, pour l'aider à lutter contre l'infection ; on inaugura alors le régime des boissons abondantes, de l'alcool sous forme de champagne, du thé additionné de rhum, et du lait. C'est la méthode actuellement adoptée par la majorité des médecins, et qui semble avoir pour elle la sanction de l'expérience.

Cette méthode vient de faire l'objet d'une intéressante étude du Dr Milhit, dans le service du Dr Caussade à l'Hôtel-Dieu, et dans laquelle l'auteur entre dans le détail des précautions néces-

saires pour que l'alimentation soit bien supportée. En voici le résumé :

Le premier soin à prendre pour que l'absorption alimentaire se fasse dans les meilleures conditions consiste à nettoyer la bouche, la langue et le pharynx du malade avant toute prise de nourriture ou de boisson. Ce nettoyage sera renouvelé immédiatement après la prise. C'est le seul moyen d'éviter en effet que des parcelles de lait, par exemple, ne séjournent dans les replis de la muqueuse et dans les interstices dentaires où elles subissent une décomposition qui provoquerait rapidement la répugnance. A cet effet, on utilisera des tampons d'ouate stérilisée, imbibés d'une eau alcaline telle que la Reine de Vals, additionnée ou non d'eau oxygénée neutre et montés sur une pince hémostatique, et, si la chose est possible, les grandes irrigations locales avec le même liquide lancé en jets intermittents à l'aide d'une canule reliée à un bock suffisamment élevé pour que la pression soit assez forte. On fera boire le malade abondamment et souvent. Les boissons les mieux indiquées et les mieux tolérées sont les tisanes, le thé léger aromatisé de rhum, les citronnades, les orangeades peu sucrées. Le lait bouilli sera plus facilement accepté, s'il est coupé d'une eau alcaline faiblement minéralisée (Reine de Vals). La quantité de lait quotidienne ne doit pas être inferieure à un litre ; elle peut sans inconvénient être portée à deux litres, à la condition que les prises en soient suffisamment espacées. Si, malgré ces artifices, le lait n'est pas digéré, on le remplacera par du képhir, du babeurre du bouillon de légumes, de l'eau d'orge ou de l'eau albumineuse, selon la tolérance propre à chaque malade.

On peut ajouter à ce régime deux ou trois cuillerées de jus de viande soigneusement préparé, à condition qu'il ne survienne pas de diarrhée.

Ce n'est qu'en cas de flux diarrhéique rebelle qu'on serait autorisé à recourir à la diète hydrique avec la Reine de Vals, telle qu'elle se pratique chez les nourrissons atteints de gastro-entérite.

Les hémorragies intestinales imposent la réduction des boissons, qui seront administrées glacées et par petites doses.

La maladie évoluant vers la guérison, la reprise d'une alimentation plus copieuse et plus variée devra se faire avec la plus grande prudence et suivant une progression très lente. On diminuera la quantité de liquide, en même temps qu'on augmentera la proportion de lait ; à quoi on ajoutera des bouillons, des petits potages, des jaunes d'œufs, pour arriver à l'usage de la viande et du pain vers le dixième jour de la convalescence.

La maladie terminée, le rôle du médecin n'est pas fini. Il doit surveiller l'alimentation de son malade, afin de prévenir les dyspepsies et les entérites secondaires auxquelles il reste exposé, en maintenant le fonctionnement de son estomac et son chimisme gastrique en état d'intégrité, par l'usage suffisamment prolongé de l'Eau de Vals (La Reine), dont les propriétés eupeptiques et digestives sont bien connues des praticiens.

En opposition complète avec cette diététique de la fièvre typhoïde, toujours en grande faveur auprès de la majorité des médecins, M. le Dr Vaquez, au cours d'une récente communication à l'Académie de médecine, se déclare partisan d'un régime infiniment plus varié, et dans lequel on donne aux malades, en dehors du lait qui reste à la base de l'alimentation, des potages, des œufs, des purées, des crèmes, de la viande crue ou très peu cuite. Au dire de l'auteur, qui alimente ainsi ses typhiques depuis dix ans, cette méthode, non seulement ne provoquerait pas les méfaits dont on l'a accusée, mais serait, au contraire, capable de favoriser l'évolution favorable de la maladie et de mettre les malades à l'abri des complications secondaires.

En dépit de la haute autorité qui s'attache à la parole du Dr Vaquez et à son expérience, il est à supposer que la masse des praticiens hésitera longtemps avant d'adopter cette manière de faire qui peut être mise assez facilement en pratique à l'hôpital, mais qui risquerait de se heurter, dans la clientèle privée, à l'opposition de l'entourage des malades. D'autant que les cas mortels seraient mis immanquablement sur le compte de l'emploi d'un régime en complet désaccord avec les idées généralement reçues, et qu'on ne se risquerait à combattre qu'avec une témérité dangereuse ou une indépendance d'esprit dont on s'explique à bon droit la rareté chez la plupart des médecins.

S'il est cependant un moyen d'essayer le régime du Dr Vaquez, en mettant de son côté toutes les chances possibles de succès, c'est de faciliter de toutes les façons la digestion des aliments ingérés par le malade et de réduire au minimum l'état d'infection de son tube digestif. L'usage ininterrompu de la Reine de Vals nous paraît à cet égard indispensable, non seulement en raison de son action directe sur l'estomac, mais encore parce qu'elle neutralise l'acidité anormale de l'intestin, si favorable aux pullulations microbiennes et aux fermentations putrides provoquées par les germes pathogènes et aussi parce qu'elle est douée de propriétés diurétiques indéniables qui assurent la perméabilité du rein et facilitent ainsi l'élimination des toxines dont l'organisme est encombré.

E. D. GASTON.

Petite correspondance de médecine pratique

La posture à faire prendre au malade pour lui administrer un grand lavement

Cauterets, le 13 juillet 1911.

Je pense que la posture à conseiller au malade qui va prendre un lavement est en général indifférente. Il faut qu'elle soit à la fois commode pour le patient et pour l opérateur.

S'il s'agit d'un individu habituellement bien portant, voulant remédier à de la coprostase banale ou à des fermentations excessives du

gros intestin, le lavement peut être pris debout, le bock à injection étant placé à une hauteur suffisante pour vaincre tout juste la pression intra-colique (gaz et contraction réflexe), sans violence. Il y a bien un peu de difficulté parfois au passage du coude gauche du côlon ; mais, avec de l'habitude, on arrive facilement à irriguer jusqu'au cæcum.

Dans certains installations hydrominérales, le malade est assis ou couché. L'irrigation se fait presque également bien dans les deux postures lorsque l'intestin n'est pas douloureux.

Si un opérateur est nécessaire, la position du malade sera la plus confortable pour lui. Faible ou condamné à l'immobilité, il restera couché sur le dos ou, s'il le préfère, dans le décubitus latéral. Facilement mobilisable, il se mettra comme il voudra, même dans la position dite « à quatre pattes », reproduite dans certaines gravures du XVIIIe siècle.

Un enfant, surtout un petit enfant, beaucoup plus aisé à manier qu'un adulte, pourra être posé à plat ventre sur les genoux d'un aide, en ayant soin que l'abdomen ne soit pas comprimé à l'excès, les jambes étant pendantes. Ou bien il sera placé sur le dos, les jambes relevées. Si l'enfant est plus âgé, il pourra être debout, le corps fléchi et reposant sur les genoux d'un aide.

Dans toutes ces circonstances, l'irrigation pénétrera presque toujours bien, si l'on est patient et prudent.

Voyons maintenant pourquoi le décubitus latéral droit a été conseillé de préférence au décubitus latéral gauche.

Le côlon constitue un tube irrégulier très grossièrement comparable au périmètre d'un quadrilatère dont le côté inférieur manquerait.

Si le patient est couché horizontalement (sur le dos ou sur le ventre), le liquide pénétrera facilement. S'il est couché sur le côté droit, la pénétration sera également aisée, puisque le cæcum se trouvera dans le point le plus déclive. Mais si le décubitus est latéral gauche, le liquide, après avoir buté contre l'angle colique gauche, devra, pour atteindre le cæcum, suivre une voie verticalement ascendante, en sens inverse de la pesanteur.

Le décubitus latéral gauche est donc théoriquement le plus défavorable à la bonne pénétration des liquides jusqu'à l'origine du gros intestin. Aussi, bien qu'en pratique cela n'ait pas toujours grande importance, faut-il suivre le précepte classique. C'est d'ailleurs ce qu'a fort bien expliqué le *Concours médical* dans sa réponse à la garde-malade.

Nous avons jusqu'ici parlé du patient. Il est juste de ne pas oublier l'opérateur. Si le premier est au mieux sur le dos, le second, faute de jour et de place, est gêné pour introduire la canule. Au contraire, dans le décubitus latéral, la jambe supérieure étant fléchie ainsi que la cuisse, il manœuvre avec commodité, surtout si la position du malade est légèrement ventrale.

Les considérations précédentes me paraissent répondre d'une façon suffisante à la question posée par le *Concours médical* en expliquant et justifiant le précepte traditionnel.

D^r^ Ch. MALIBRAN.

Quel est le moyen le plus pratique pour débarrasser un enfant de la phtiriase ?

Nous trouvons la réponse à cette question dans un article du Dr Rostaine (*Revue des hôpitaux*, mai 1911). Le meilleur moyen pour se débarrasser des poux de la tête consiste à imbiber les cheveux d'alcool camphré, à appliquer ensuite durant toute une nuit des compresses à l'alcool camphré recouvertes d'un taffetas gommé ou d'un bonnet imperméable. Le lendemain, faire des lavages au savon ou à la décoction de bois de panama, imbiber ensuite les cheveux de vinaigre chaud et peigner avec un peigne fin imprégné de vinaigre chaud pour enlever les lentes.

Pour les poux du pubis, l'*onction* (et non la friction pour éviter l'hydrargyrisme) à la pommade mercurielle, suivie d'un bain savonneux est suffisante.

On peut encore faire des lotions avec :

Sublimé................. 1 gr.
Vinaigre................ *300* gr.

ou appliquer :

Baume du Pérou............ } ââ
Pétrole.................. }

Quand les poux se logent dans les cils chez les enfants, faire des applications de pommade à l'oxyde jaune de Hg à 1 p. 10.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons élémentaires de Microbiologie générale. — par Emm. POZZI-ESCOT, professeur de Chimie et de Microbiologie. Paris 1908, 1 vol. 8 cartonné, 336 pages avec 102 figures dans le texte. Prix : 9 fr. (Jules ROUSSET, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris VIe.)

Cet ouvrage est la reproduction des leçons de microbiologie générale professées par l'auteur à l'École nationale d'agriculture et de médecine vétérinaire du Pérou en 1907. Il a pour but d'initier le lecteur à l'étude des infiniment petits et de lui permettre d'aborder ensuite fructueusement l'étude des ouvrages spéciaux en vue de spécialisations médicales ou industrielles.

L'ouvrage se divise en deux parties. Dans la première, après un rapide aperçu du phénomène vital, l'auteur traite de la cellule chez les êtres unicellulaires, c'est-à-dire chez les microbes et les bactéries. Il étudie leur morphologie et les variations qu'elle subit suivant les milieux de culture, leur structure, anatomie, leur physiologie et leur nutrition. Les microbes et les bactéries sont particulièrement intéressants par les produits de leur activité vitale : les levures secrètent des diastases susceptibles d'applications industrielles, les microbes malfaisants secrètent des toxines qui déterminent des maladies. L'étude de ces toxines se rattache étroitement à celle des anti-toxines et des sérums dont l'emploi en thérapeutique a été si fécond en résultats pratiques.

LIBRAIRIE DU "CONCOURS MÉDICAL"

BROCHURES DIVERSES

Les médecins et la mutualité, par le Dr Pierre Darin. Brochure. Prix : 1 fr. franco.

Le Service Médical des Mutualités : ses défectuosités ; le peu de garanties qu'il offre aux Sociétaires au point de vue de l'efficacité des soins, par le Dr Vimont.— Prix franco : 0 fr. 25 (par cent : 10 fr.)

Les honoraires médico-légaux et l'Exercice de la médecine légale, par le Dr Lande. Franco, 0 fr. 25.

L'inspection médicale des Ecoles, par M. le Dr Jeanne. Prix : 0 fr. 50 franco.

Renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux, par G. Gatineau, avocat à la Cour d'appel, conseil judiciaire du « Sou Médical ». Prix : 0 fr. 10 franco.

Statuts-type d'un Syndicat médical (Syndicat de l'arrondissement de Versailles) et **Comment doit naître et vivre un Syndicat médical**. Les deux plaquettes. Prix : 0 fr. 10 franco.

Les lacunes de la loi sur les accidents du travail. *Exploitation des industriels, des blessés et des médecins.- Modifications à insérer dans la loi pour faire cesser les abus*, par le Dr Ch. Diverneresse (de Saint-Mandé), 5e édition. Brochure de 158 pages de texte compact. Prix : 1 fr. 50 franco.

Vade-mecum du médecin dans ses interventions pour les accidents du travail régis par les lois de 1898-1902-1905, par le Dr G. Duchesne ; revu et augmenté par J. Dumesny. Prix : 2 fr. 50.

Les accidents du travail : Manuel à l'usage de la victime ou de ses ayants droit, par M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine. Prix : 0 fr. 15 franco.

Barème minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr Diverneresse. Prix : 1 fr. franco.

Modèles d'assignation et Jurisprudence : 1° à propos de la question du cumul des visites ou consultations avec les autres interventions ; 2° avec demande de dommages-intérêts pour résistance injustifiée de paiement.— Prix : franco : 0 fr. 50.

La cession des clientèles médicales, par les Drs de Grissac et Duchesne. Prix : franco : 0 fr. 25.

Petit code juridique et technique à l'usage des propharmaciens, par le Dr G. Duchesne. Prix franco : 0 fr. 25.

Les obligations militaires du médecin, par le Dr G. Fischer, médecin major de 2e classe. Prix franco : 1 fr.

TARIFS

Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux, par le Dr Jeanne, Rédacteur en chef du *Concours Médical*. 3e Edition, refondue et augmentée. Prix : 0 fr. 75 franco.

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les accidents du travail. Franco, 0 fr. 25.

Tarif pharmaceutique pour les accidents du travail. Franco, 0 fr. 75.

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces différents imprimés sont envoyés franco au prix de :

Les 50	1 fr. 50	Les 500	10 fr. »
Le 100	2 fr. 50	Les 1000	15 fr. »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix de médecin. Prix franco : les 50, 3 fr., le cent, 5 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco ; 2 fr. 50 les 50 et 4 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires.) **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront le mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 francs le cent.

Adresser les commandes accompagnées du montant à l'Administrateur du « Concours Médical », 132, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

Cette première partie se termine par la technique microbiologique, la culture des microbes et leur examen microscopique.

La seconde partie est consacrée à la description des principaux groupes de microbes, des industries agricoles et des ferments alcooliques, à leur application dans la laiterie, la fromagerie, la fabrication de l'alcool et de la bière. L'ouvrage se termine par l'étude des ferments du sol et par des notes sommaires d'analyse bactériologique.

L'auteur a su éviter tous développements inutiles et on ne peut que le féliciter de la clarté et de la précision qu'il a apportées dans ses leçons. L'ouvrage est d'ailleurs bien présenté et d'une lecture facile.

Thérapeutique usuelle du praticien, par le professeur Albert ROBIN, de l'Académie de Médecine, *Deuxième série*. — Vigot, frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-8º de 530 pages. 8 fr.

Cet ouvrage forme la deuxième série du Traité qui sera constitué avec les matières qui servent chaque année à l'enseignement de la Clinique Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, dans les leçons professées à l'hôpital Beaujon, par M. Albert Robin. Cette série comprend 26 leçons, la rédaction est faite suivant le programme qui a été tracé par le professeur au commencement de son premier volume. Chaque chapitre est une étude de thérapeutique pratique qui a pour but de mettre le praticien à même d'instituer dans les meilleures conditions le traitement des différentes affections. Pour arriver à ce résultat, M. Albert Robin fait abstraction de toutes les considérations exclusivement scientifiques qui n'ont pas de valeur pratique. Il ne s'agit pas, en effet, d'étudier le malade au point de vue de l'explication plus ou moins rationnelle des causes de la maladie, mais bien d'élucider le programme dans l'intérêt du malade. Le but est donc d'arriver à la guérison ou tout au moins à l'amélioration des phénomènes morbides. Pour cela, le Professeur Albert Robin s'est astreint à faire ce qu'il appelle de la *thérapeutique fonctionnelle*, c'est-à-dire à mettre bien en évidence les troubles des diverses fonctions qui s'observent au cours des affections. Ceci fait, il établit scientifiquement les meilleurs procédés qui permettent actuellement de modifier favorablement l'organisme.

Dans l'étude des traitements, M. Albert Robin a toujours le soin d'étudier avec autant de détails que possible l'action des médicaments en fonction des résultats à obtenir, il arrive ainsi à poser d'une façon absolument logique les bases du traitement, de manière à donner à l'esprit du médecin la plus complète satisfaction.

Le présent volume est consacré aux MALADIES INFECTIEUSES (fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme blennorragique) ; — aux MALADIES DE LA NUTRITION (polyarthrite déformante, goutte articulaire aiguë et chronique, diabète sucré, albuminurie diabétique) ; — aux MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (pneumonie, œdème aigu du poumon, pleurésie gauche à grand épanchement, bronchite diffuse et emphysème pulmonaire, bronchite et broncho-pneumonie fétide) ; — aux MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (ramollissement cérébral, ictus apoplectique de la syphilis cérébrale, paralysie agitante) et à une MALADIE DE LA PEAU, le prurigo.

Comme on le voit, dans son dernier semestre, M. le professeur a embrassé un grand nombre de questions dans le champ de la pathologie et, par conséquent, le praticien est sûr de trouver des conseils immédiatement applicables au traitement des maladies qui s'offrent à lui tous les jours dans cette pratique courante. Depuis l'apparition des cliniques de Dujardin-Beaumetz, aucun ouvrage n'a été écrit pour le médecin qui puisse lui offrir autant d'avantages pour le guider dans l'exercice si difficile de sa profession. Tous les détails de la thérapeutique sont envisagés de manière à ne rien laisser de côté ; les médicaments et leur mode d'administration, les règles d'hygiène et l'utilisation des eaux minérales et des cures physiothérapiques sont envisagés de la façon la plus claire et la plus complète, sans perdre jamais la préoccupation qu'il s'agit de faire une œuvre exclusivement pratique, appuyée à la fois sur l'observation et sur les dernières acquisitions scientifiques, justifiant, en un mot, complètement son titre de *Thérapeutique usuelle du praticien*.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place.

(*Suite.*)

C'est le dimanche, jour de fête, qui nous trouva réunis aux amis de Brest : et ils en firent vraiment une fête inoubliable. Nos correspondants ont voulu en faire eux-mêmes le récit. Ils ont dit le vouloir et nous sommes heureux d'acquiescer à leur désir en leur laissant la plume.

Le dimanche 2 juillet, dans le cours d'une longue campagne de propagande à travers les départements de l'Ouest, les apôtres militants du *Concours médical*, en l'espèce le Dr Jeanne et le Dr Boudin, sont venus porter la bonne parole de l'union confraternelle aux médecins de la ville de Brest et des environs.

Le Dr Jeanne s'y retrouvait avec un sensible plaisir ; n'y avait-il pas fait ses premières armes, ses premières études ? Aussi ce fut une vraie joie pour les vieux camarades retrouvés de se serrer la main avec une effusion non déguisée et de faire revivre les souvenirs agréables des premières années de médecine.

Un nombre encore trop restreint de confrères avait répondu à l'appel des convocations : le Dr Jacq, président de la société locale de l'Association générale, le Dr Allain, président du syndicat local, le Dr Houdart membre correspondant du *Concours médical*, puis les Drs Tanguy, Abarnou, Pouliquen, Bonain, Aubineau, Quelmé, Landouaré, Marchais, Feillard, Rousseau, Lesur, Keranguyader, Galés, Guyader, Guyader (Paul), Hunaut, Hébert et Moran. Un trop grand nombre avait dû s'excuser pour raisons d'obligations professionnelles urgentes.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr Jacq qui prononce l'allocution suivante :

Allocution du Dr Jacq.

Quelques mots de bienvenue, mes chers confrères, à nos bons amis de Paris, au Directeur, — et à son brillant collaborateur—, du *Concours médical*, aux Drs Jeanne et Boudin !

Vous connaissez presque tous ce « brave *Concours* » Son âge ? 33 ans. C'est vous dire qu'il doit être dans toute la force de la vie. Et je vous certifie qu'il est joliment vigoureux !

Il n'a fait, d'ailleurs, depuis sa naissance, que croître et embellir.

Son unité de croissance, c'est le lecteur :

De 88 à 1900, il a cru de 1.500 unités ; de 1900 à 1910, de 3.000.

Ce n'est pas si mal !

Aujourd'hui, il compte environ 8.000 adhérents. S'il vit, comme je l'espère, comme nous le souhaitons tous, autant que Mathusalem, vous pouvez juger de quelle armée il disposera dans quelque 900 ans, même dans 900 périodes lunaires.

C'est qu'il est issu d'un père qui, en le mettant en chantier, en le fabriquant, en l'élevant ensuite avec autant de sollicitude que de science et d'expérience a donné, pour lui seul, tout l'effort dont il était capable, et vous savez quel entrain, quelle flamme l'animaient pour créer un être aussi solide qu'éminemment utile.)

Et puisque j'évoque le souvenir de Cézilly, qu'il me soit permis, en passant, de m'incliner respectueusement devant la mémoire vénérée du fondateur du *Concours médical* !

Quelle brillante phalange d'excellents nourriciers préside et veille aujourd'hui au développement de cet enfant de Cézilly arrivé à ce moment à la pleine maturité.

Quelle poussée merveilleuse ils savent, ces hommes, donner à l'expansion de ses forces, à son perfectionnement dans le but unique, ardemment et perpétuellement poursuivi, de soutenir notre belle et noble corporation.

Chaque jour, dans le *Concours*, ils agrandissent le cadre de leurs études appliquées à des œuvres qui nous intéressent au plus haut point.

Par ailleurs, ils ont, pour lui permettre un plus vigoureux essor, donné à cet enfant chéri un lit plus spacieux que n'étaient ses premiers berceaux et même celui de la rue de Dunkerque où il commençait à se trouver trop à l'étroit.

Allez, chers confrères, quand vous serez à Paris, à ce nouveau, gai, joli local de la rue du Faubourg-Saint-Denis, vous serez vraiment impressionnés, malgré toute votre légitime attente, du sympathique et fraternel accueil qui vous y attend.

Tout de suite vous vous sentez là chez vous. Que dis-je chez vous ? Mieux encore ; — chez de vrais et sincères amis, qui en vous tendant leur main chaleureuse, n'ont qu'un désir, celui d'unir ardemment leur cœur au vôtre.

Mais il ne leur suffit pas de vous donner chaque semaine leurs feuillets, si bien remplis et si féconds en heureux résultats, de vous recevoir chez eux si cordialement....

Chaque jour à l'affût d'innovations pour parfaire leur œuvre de défense et de prévoyance, voilà qu'ils ont eu cette idée lumineuse : aller aux quatre coins de la France porter la bonne parole. Et c'est ainsi que cette année, dans l'Ouest de notre pays, ils accomplissent cette belle randonnée, au cours de laquelle, en dix ou douze jours ils vont dans 15 villes au moins faire pénétrer dans l'esprit de leurs confrères adhérents de leur œuvre et aussi bien dans celui de ceux qui l'ont jusqu'à ce jour ignorée, l'idée des bienfaits de leur magnifique et féconde entreprise confraternelle.

Pour les soutenir dans ce circuit fatigant, ils ont l'aiguillon de leur conscience du devoir, du sentiment d'un désintéressement personnel absolu, de leur amour de l'œuvre si profondément utile dont ils sont les apôtres convaincus et confiants.

Ecoutons-les, mes chers confrères, avec toute l'attention que mérite un si prodigieux effort, remercions-les des judicieux conseils qu'ils vont nous donner encore, profitons-en ; et unissons notre bonne volonté à la leur pour le plus grand bien de notre chère corporation, en présence des dangers grandissants dont elle est de plus en plus entourée, et au milieu desquels il serait bien périlleux que chacun de nous demeurât isolé.

Puis le Dr Jeanne prend la parole pour faire l'exposition documentée de l'organisation de la Société civile du *Concours médical*, société d'études à débuts très pénibles, œuvre d'abord personnelle au Dr Cézilly, et devenue, peu à peu assez puissante pour donner elle-même naissance à de fortes organisations, telles que les syndicats médicaux, l'Union des Syndicats, etc., etc. ; il attire avec beaucoup d'insistance l'attention des confrères brestois sur la nécessité absolue pour un Syndicat digne de ce nom d'être puissamment organisé avec des statuts sévères bien étudiés, allant jusqu'à la sanction pénale contre les syndiqués qui manqueraient aux règlements syndicaux et même contre les non-syndiqués qui porteraient atteinte aux intérêts et au bon renom du corps médical — et il montre la fortune grandissante des Syndicats de Versailles, de Saint-Mandé et de Gex du jour où des mesures énergiques et effectives sont appliquées aux délinquants.

Le Dr Jeanne parle avec beaucoup d'abondance, obéissant aux inspirations d'une mémoire très documentée, jamais prise au dépourvu pour trouver des exemples appropriés. Sa parole simple, prenante, se nuance parfaitement sur les variétés du sujet avec une note émotive au sujet de l'hommage à la mémoire du regretté Dr Cézilly, et avec un ton suffisamment impérieux à propos des mesures nécessaires à prendre pour la bonne direction des affaires syndicales.

Il fait remarquer qu'il est devenu un vétéran dans l'organisation de la défense professionnelle avec Maurat et Gassot, et ce n'est pas sans grand plaisir qu'il voit pousser des générations nouvelles avec Noir, Diverneresse, Mignon, Boudin, qui servent de garantie pour la continuation dans l'avenir des œuvres du *Concours médical.*

Le Dr Jeanne, avec une apparence de grande simplicité et de bonhomie souriante, passe en se jouant sur les questions les plus épineuses et les plus ardues et fait voir et comprendre que la solution est le plus souvent aisée, car il suffit de toujours passer à l'application des conventions arrêtées dans les statuts du Syndicat modèle.

L'attention avec laquelle la conférence a été écoutée a dû être une compensation aux fatigues que s'est imposées l'orateur pendant une longue heure et l'impression a été que, si ces paroles si simples nous étaient souvent répétées et soufflées par une voix aussi convaincante, personne ne saurait échapper à l'influence impérieuse de l'Union confraternelle.

Puis c'est le tour du Dr Boudin qui, avec un tempérament plus ardent et la même force de conviction, parle de l'œuvre chère entre toutes, le « Sou médical » et de la Mutualité familiale ; il montre aux confrères, présents la nécessité de s'assurer contre la maladie la vieillesse et l'ingratitude des clients.

Le « Sou médical » retient son attention et sa complaisance; il développe son sujet avec une abondance de détails et un talent d'avocat qui fixent l'intérêt et entraînent la conviction : des exemples vivants et vécus sont apportés, donnant la preuve de l'utilité de l'œuvre et de sa puissance et de son autorité judiciaire, elle est accessible à tous les praticiens sur simple demande avec la signature de deux parrains.

Le Dr Boudin montre la complexité de la procédure, l'énormité des frais judiciaires et l'impossibilité pour un confrère isolé, sans compétence et sans autorité, de poursuivre en justice une cause juste en elle-même : l'organisation du « Sou médical » répond à tous ces besoins, jouit auprès des tribunaux et des compagnies d'assurances d'une réputation parfaitement assise et très bien respectée.

Le Dr Boudin, désireux de mener tout au mieux des intérêts de la profession médicale, a consenti (c'est du vrai sacrifice) à faire ses études de droit et est déjà en possession de ses premiers degrés universitaires.

Quel soutien d'une valeur considérable pour le « Sou médical » à l'avenir ! N'est-il pas déjà, cet heureux mâtiné de droit et de médecine, un maître de la parole, n'a-t-il pas l'ardeur d'un convaincu et le tempérament d'un apôtre ?

Toutes ces conditions d'ensemble assurent au *Concours médical* un avenir brillant, plein de sécurité pour tous ceux qui se seront rangés sous le palladium de sa tutelle.

Si de trop nombreux confrères restent sourds au pressant appel de Boudin en faveur de ces œuvres, ce sera le rôle des correspondants du *Concours*, de continuer à leur prêcher la bonne parole et à vaincre leur apathie.

Le Docteur Jeanne propose ensuite d'adjoindre au Dr Houdart, déjà correspondant du *Concours*, deux nouveaux confrères : les Drs Abarnon et Moran sont élus à l'unanimité.

Un dîner confraternel a suivi la réunion et des toast aussi éloquents qu'applaudis ont été portés par les Drs Jacq, Houdart, Hébert, Jeanne et Boudin. Le Dr Moran a terminé la série des toasts. On se sépare assez tard avec la promesse de revenir en plus grand nombre au prochain voyage du Comité de propagande du *Concours médical*.

Dr Houdart,
Dr Abarnon,
Dr Moran,
Membres correspondants du *Concours médical*,

Toast du Dr Hébert.

Mon cher Jeanne,

Quelques-uns de nos confrères ont fêté le Directeur du *Concours médical*, l'apôtre zélé autant qu'infatigable de nos légitimes revendications ; moi, je viens simplement adresser mes meilleurs souhaits de bienvenue à l'ami, au vieux camarade de l'Ecole de Brest, dont nous suivions ensemble les cours en 1872.

Que de changements survenus depuis cette époque déjà lointaine ! Tu as dû constater que notre ville se transforme lentement ; le vieux quartier des Sept-Saints a disparu, on pratique de larges trouées dans nos murailles ; la petite place La Tour-d'Auvergne en train de devenir un riche pâturage.

Tout cela n'est rien auprès de notre Ecole. Je ne te rappellerai pas nos farces d'étudiants. Je scandaliserais certainement ceux qui nous ont remplacés, bons et honnêtes petits élèves, bien tranquilles, travailleurs acharnés et consciencieux, qui ne manifestent guère leur jeunesse qu'une fois par an, lorsque se déroule dans nos rues le cortège du légendaire Angiboust.

Mais gardons pour nous au fond du cœur ces souvenirs d'un passé dont nous fûmes jadis les acteurs bruyants, et laisse-moi seulement lever mon verre à notre bonne camaraderie et formuler en terminant un vœu, c'est que, pendant longtemps encore, vingt ans, trente ans, nous puissions, au hasard d'une nouvelle rencontre, évoquer encore cette mémoire du cœur qui sommeille souvent mais ne s'efface jamais.

Toast du Dr Houdart.

Chers confrères et amis,

Il n'y a pas à nier l'action syndicale, elle existe évidemment ; mais à ceux qui se rappellent ces efforts de haute lutte qu'il a fallu soutenir en 1892, avec Chevandier de la Drôme pour valoir aux médecins le bénéfice de la loi de 1884 sur les syndicats, les résultats paraissent bien minimes à comparer à ceux que l'on escomptait à cette époque déjà éloignée de notre passé médical.

Et encore où serait-on ? Combien en arrière ne serait-on pas si les œuvres d'avant-garde du *Concours médical* n'étaient venues faire acte effectif de confraternité et de défense professionnelle pour résister aux terribles effets des difficultés accumulées de jour en jour devant le modeste praticien de plus en plus menacé dans ses intérêts par l'encombrement professionnel, l'énormité des exigences de la vie moderne et la diminution progressive des revenus de la profession.

Mais peut-être encore la tâche principale la plus difficile et la plus délicate reste encore à faire; d'aucuns pensent en effet que de nouveaux efforts sont nécessaires pour conduire à la conception d'un règlement intérieur auquel personne ne saurait et ne pourrait se dérober, pour assouplir le médecin, frondeur de nature, à l'esprit de discipline syndicale indispensable au respect de la réglementation, sans restriction et sans arrière-pensée possible.

En effet, en dehors de la discipline, pas de cohésion intérieure possible en vue des manifestations extérieures ; sans elle, les forces s'immobilisent en vaines discussions sans issue, en rivalités mesquines et stériles ; elle seule est capable de donner à la profession l'énergie et la force d'expansion utile pour qu'elle se maintienne dans la société au rang qui lui est dû et qui ne lui est déjà presque plus réservé.

Puisque la crise existe, puisque la situation offre quelques dangers, c'est aux médecins à chercher les moyens d'écarter ces dangers. Mais pour cela il ne faut pas craindre de regarder les choses en face, il faut agir avec une égale loyauté, une égale sincérité pour éloigner toutes questions d'antagonisme, d'égoïsme féroce qui ne sont expression que de basse animosité de la vie matérielle, pour au contraire s'élever par l'abstraction à l'étude de l'idée générale, afin de pouvoir considérer l'équité, l'égalité et la vérité dans toute la splendeur et l'éclat de leur beauté et condescendre à en faire ensuite des applications réelles, concrètes, particulières avec l'empreinte encore persistante du charme de la haute influence morale des idées de loyale confraternité vraie.

Combattre et bannir l'arbitraire, l'exclusivisme et le monopolisme, prêcher la modération et la fraternité.

La profession médicale est à la hauteur de ces belles destinées par la valeur et la sélection à l'entrée de la carrière, par la nature même de ses fonctions quotidiennes journalières, supérieures. N'est-elle pas chaque jour l'arbitre de la destinée des autres et on nous fera croire qu'elle ne peut pas être l'arbitre de ses propres destinées ? Cela nous est pourtant facile

de nous placer sous l'égide tutélaire protectrice et conciliatrice du *Concours médical*, d'adopter le programme idéal des travaux tel qu'il est exposé à la page 271 de l'*Agenda Memento* et vous serez certains que, sans tarder, l'esprit de concurrence fera place à un esprit d'excellente confraternité.

Je porte la santé du *Concours médical* et du vrai syndicalisme.

Nos confrères brestois nous permettront de leur redire ici combien bonne et réconfortante fut la journée qu'ils nous firent passer.

Mais ils ont été les premiers à nous demander d'écrire aussi avec sincérité, dans le *Concours médical*, quelles impressions nous laissaient les conversations de cette bonne soirée. Exécutons-nous, en affirmant notre désir de ne blesser personne et de ne dire les vérités nécessaires que dans l'intérêt général.

A certaines époques, peut-être même encore à l'heure actuelle, l'influence des personnalités, trop grande dans le syndicat et dans l'organisation de la défense commune, nous a paru dangereuse parce qu'elle peut préparer les voies à l'esprit de coterie. Plus de nivellement, plus d'égalitarisme donneraient plus de puissance pour résister à des abus comme ceux qu'on nous signalait, celui, par exemple, que préparait la commission administrative de l'hôpital.

Trop de place aussi pour les assauts de rhétorique sur les règles surannées d'une déontologie que les lois de solidarité sociale ont modifiées complètement.

Les médecins de la marine en retraite n'ont rien à perdre en donnant un concours plus actif au Syndicat ; ils s'isolent trop et privent la masse d'une force précieuse.

Gare au relèvement exagéré des honoraires et surtout des honoraires pour grandes opérations, au milieu d'une population si nombreuse de gens peu aisés touchant à la marine. On donnerait facilement prétexte à des empiètements abusifs de l'Assistance, soit à domicile, soit surtout à l'hôpital, et c'est un grave écueil syndical à éviter.

L'école préparatoire de médecine navale coexistant avec les écoles de Rennes et de Nantes, il se créera bientôt un dangereux encombrement régional. Trois centres d'enseignement médical pour une seule province ! C'est une question à ne pas perdre de vue au Syndicat afin de provoquer des mesures préventives bien et confraternellement étudiées.

Pour la bonne organisation du syndicalisme, le syndicat de l'arrondissement de Brest devra s'affilier à la Fédération départementale et même aider celle-ci à se constituer rapidement.

Telles sont les observations que nous a suggérées l'examen de ce que nous avons vu à Brest. Nous prions nos confrères d'orienter leurs efforts de ces divers côtés : ils sont sûrs du succès dans un milieu tel que celui qui fêta notre passage le 2 juillet.

Dr JEANNE, Dr BOUDIN.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'encombrement médical. Comment y remédier ?

La médecine ne nourrit plus son homme ; tel est le cri d'alarme poussé par les Syndicats, les différentes Associations professionnelles, par les médecins quand ils ne mettent pas un point d'honneur à faire croire qu'ils font plus d'affaires qu'ils ne le disent.

Les médecins non seulement ne gagnent plus de quoi assurer leurs vieux jours, de quoi préserver de la misère leurs femmes et leurs enfants, s'ils viennent à décéder de bonne heure, mais en ore n'arrivent pas à joindre les deux bouts dans la vie usuelle.

Et cependant dans le public règne encore cette idée que les médecins font toujours fortune ; il n'est pas rare d'entendre dire en parlant d'un médecin : « Oh ! il gagne tout ce qu'il veut » ; ou bien quand on envoie sa note, on fait attendre le paiement d'une façon indéfinie en disant : oh ! il gagne assez celui-là, et comme tout le monde fait de même, vous voyez ce qui en reste à la fin de l'année pour le médecin.

Des parents imbus de l'idée que le médecin est toujours riche, ou que c'est par incapacité qu'il ne gagne pas d'argent, dirigent leurs enfants qui paraissent intelligents vers cette carrière si enviée, au lieu d'en faire des commerçants, des industriels, des agriculteurs ; ils dépensent une grosse somme pour les instruire et s'étonnent ensuite que les sacrifices faits ne soient pas en rapport avec les résultats obtenus, alors que l'encombrement médical en est la cause.

Et cependant la crise médicale est évidente ; tout dernièrement encore le président du Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine l'exposait dans un discours reproduit par le *Concours médical* : sur soixante-cinq médecins qui exerçaient à Rennes, dix faisaient de bonnes affaires, vingt-cinq vivotaient : quant au reste, leur condition était misérable. Il en concluait que pour faire de la médecine, il fallait avoir de la fortune.

Plusieurs causes s'ajoutent pour accentuer cette crise médicale :

1° D'abord l'augmentation croissante du nombre des médecins. Il y a trop de Facultés, trop d'Ecoles de médecine avec les moyens actuels de communication ; plusieurs facultés ou écoles pour démontrer leur utilité, ont tendance à se montrer trop faibles dans les examens. Il en résulte que l'on fait deux ou trois fois plus de médecins qu'il n'est nécessaire ; et il faut bien que ces malheureux trouvent moyen de gagner leur existence au prix des plus grands rabais.

2° L'exploitation de plus en plus grande des médecins par l'Etat, les collectivités, les mutualités de toutes espèces.

La misère médicale est si grande qu'une place, si peu rétribuée qu'elle soit, trouve toujours preneurs (non pas un seul mais plusieurs).

3° L'audace sans cesse grandissante des illé-

gaux de la profession, dont les annonces s'étalent à la quatrième page des journaux, contre lesquels ne font rien les pouvoirs publics, et qui s'exercent aux dépens de la santé publique.

Malgré tout il faut cependant vivre, et comment fera le médecin s'il ne trouve pas dans sa profession les éléments nécessaires à son existence ?

Plusieurs se tournent vers la politique ; le nombre des médecins ministres, sénateurs, députés, préfets, gouverneurs de colonies, etc., montre que la pratique médicale ne suffit plus et que la médecine mène à tout à condition d'en sortir.

D'autres se font commerçants ; aux dernières pages des journaux médicaux s'étalent des annonces qui se rapportent peu ou prou à la médecine.

Tel docteur vend son vin ; tel autre vend son huile ; tel autre est hôtelier, tient une maison de santé, un pensionnat et fournit les soins médicaux en même temps que le vivre et le couvert ; tel autre s'occupe d'automobiles plus ou moins médicaux, bientôt d'aéroplanes construits spécialement pour l'exercice de la profession.

Tel autre est administrateur d'une banque, représentant d'une société financière, agent d'assurances.

On ne s'en étonne plus ; car la première chose à faire est de vivre et avec la concurrence vitale actuelle, tous les moyens sont légitimes pourvu qu'ils soient honnêtes.

A cette situation y a-t-il un remède ?

1° Diminuer le nombre des Facultés et écoles. Il y a tellement d'intérêts en jeu que cette diminution est une chose difficile sinon impossible ; néanmoins, l'affaire peut être étudiée à condition de ne rien brusquer, ni de léser les droits acquis.

Pour remédier à l'encombrement, plusieurs ont réclamé la limitation des médecins ; je ne suis pas partisan de cette mesure qui n'empêcherait pas l'encombrement dans un pays, tout en privant d'autres des médecins nécessaires ; elle ne convient pas dans un pays démocratique comme le nôtre où les intelligences capables doivent se développer librement, et où le commerce, l'industrie ne doivent subir aucune entrave.

Mais il est un remède qui ne froisse en rien nos sentiments et qui permet aux capables d'arriver quand même : c'est de rendre les conditions d'accès aux examens plus dures, d'augmenter leurs difficultés. Les divers baccalauréats et le P. C. N. ne suffisent plus pour arrêter les candidats, ajoutez-y la licence physique et naturelle. Ce fut une faute d'abandonner les humanités sources de la gloire littéraire de notre pays ; revenez-y, exigez le vieux baccalauréat ès lettres de nos aïeux dont l'obtention était nécessaire au début des études médicales.

Il serait utile que les candidats aux divers examens de doctorat ne pussent jamais passer un examen devant les professeurs dont ils suivent les cours, mais qu'un ou plusieurs jurys mobiles se transportassent d'école en école à des moments déterminés de l'année.

Demandez un examen qui porte sur les diverses spécialités, tout médecin doit en avoir une teinte et savoir manier un ophtalmoscope, un miroir frontal, etc.

L'instruction pratique des médecins étant insuffisante au moment où ils abordent les difficultés de la carrière, exigez un stage hospitalier dans les hôpitaux après la réception au doctorat. C'est une condition admise par plusieurs de nos sociétés savantes avant la réception des jeunes (sociétés d'otologie, d'ophtalmologie.)

Supprimez les équivalences, les dispenses d'examen.

Vous diminuerez de cette façon le nombre des candidats en conservant les plus dignes, sans entraver la liberté de personne.

3° Au point de vue des collectivités, tous les abus cesseraient si les médecins voulaient mieux suivre les conseils du *Concours médical* et s'entendre entre eux : mettre les mutualités et collectivités quelles qu'elles soient au sort commun ; il n'y a pas de raison pour que nous consentions des rabais à des individus parce qu'il leur a plu de se mettre en société ; mais il est remarquable que l'entente des classes est d'autant plus difficile qu'elles sont plus instruites, chacun voulant toujours imposer ses propres idées, tandis que les illettrés se laissent mener par celui qui parle bien.

4° Quant à l'exercice illégal, la lutte est déjà commencée, et notre excellent confrère, le Dr Levassort, est déjà arrivé à de bons résultats.

Il faudrait vaincre l'inertie des pouvoirs publics par l'intermédiaire des médecins sénateurs et députés. Mais la lutte est difficile à cause des intérêts engagés.

Mais ce qui nous cause encore le plus de torts, c'est l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens. Il n'est pas une officine qui, vingt-cinq, trente fois par jour, ne donne une consultation dont le résultat est la délivrance d'un médicament plus ou moins cher, tandis que la moindre infraction pharmaceutique commise par un médecin est poursuivie par les syndicats de pharmaciens. Il faudrait interdire toutes ces pratiques sous les peines les plus sévères.

5° Fonctionnarisez à quelques exceptions près, au moins dans les villes moyennes, les divers services municipaux qui se rapportent à la médecine, en garantissant aux titulaires un traitement et une retraite convenables après un certain temps de service, mais *en leur défendant de faire de la médecine civile.* Aujourd'hui ces fonctions sont données (sauf quelques exceptions) à l'influence politique qui n'a rien à voir avec la médecine ; mais elles sont très partagées, elles ne permettent pas aux médecins qui les détiennent d'en vivre et les obligent à la clientèle civile. On les transforme en demi-fonctionnaires qui n'ont plus d'indépendance ; on les révoque quand ils ne plaisent plus aux sénateurs, aux députés, aux maires, aux conseillers municipaux ; et, quand la vieillesse arrive, après des services souvent pénibles, on les remercie en leur conférant l'honorariat, tandis que le moindre commis de mairie de même âge jouit depuis longtemps d'une retraite.

Des exemples récents prouvent que des médecins auxquels on avait déféré l'honorariat dans ces conditions sont morts de misère à côté de leur parchemin.

Les candidats ne manqueraient pas pour des fonctions qui assureraient la sécurité vitale quelque médiocre qu'elle soit.

Il est difficile qu'un médecin chargé du bureau d'hygiène ou de l'inspection des écoles par exemple et faisant de la médecine civile apporte dans ses fonctions toute l'impartialité désirable ; le médecin est homme après tout et est soumis malgré lui à diverses influences.

Cette fonctionnarisation doit d'ailleurs s'accomplir sans secousses et sans léser les droits acquis.

6° Insérez dans les statuts des sociétés de retraite médicale que tout pensionné de ces sociétés ne peut faire de médecine civile, comme à la Mutuelle de Saumur, en respectant toutefois les droits des anciens. Vous diminuerez à la fois l'encombrement en augmentant la retraite de ceux qui en jouiront et qui n'auront plus besoin de faire de médecine civile, et en permettant aux Sociétés de remplir leurs engagements.

7° Que tout médecin militaire donnant sa démission, avant d'avoir atteint l'âge de la retraite, soit tenu de rembourser non seulement les frais de scolarité (il ne le fait pas s'il démissionne quelques années après le doctorat, et ce n'est pas suffisant), mais encore ceux qu'il a occasionnés dans les écoles militaires comme boursier ou non boursier. Les médecins de cette catégorie ont reçu l'instruction professionnelle gratuite et n'ont pas le droit de s'en aller sans avoir accompli leurs engagements (ou du moins sans avoir donné une juste indemnité à l'Etat qui les a nourris). La perspective de payer une grosse somme arrêterait peut-être quelques sujets.

Tel est l'ensemble des mesures qui, sans coûter un sou à l'Etat, sans froisser personne, en conservant la liberté de tous, pourrait arrêter l'encombrement médical sinon y remédier. J'estime, sans avoir de données précises, que l'on arriverait en quelques années à diminuer d'un quart le nombre des médecins.

Dr DE CHAMPEAUX
(de Lorient).

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration, 20 juillet 1911.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir, Mignon, Gassot, Diverneresse, de Grissac.

Excusés : MM. Jeanne et Boudin.

Le procès-verbal de la séance du 29 juin 1911 est lu et adopté sans observations.

Sur le rapport du Secrétaire général, le conseil alloue les indemnités suivantes en rectification d'erreurs :

585	33 j.	330 »
695	53 j m/m 8 jours chr.	556 65
		886 65

Il prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison MA

MM.

Charles, à Blanc-Misseron-Quiévrechain (Nord).
Moreau, à Saint-Etienne (Loire).
Mabilais, à Vallet (Loire-Inférieure).
Planques, à Moux (Aude).
Godefroy, à Laires (Pas-de-Calais
Mossé, à Perpignan (Pyrénées-Orientales).
Poirson, à Medjez el Bab (Tunisie).
Goizet, à Galgou (Gironde).
Pissard à Ruffec (Charente).
Carcy, à Vignory (Haute-Marne).
Vaucaire, à Paris.
Charlin, à Morez (Jura)
Bories, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Caillon, à Lyon (Rhône).
Mouret, à Beauvoisin (Gard).
Lancet, à Ardres (Pas-de-Calais).
Cohan, à Charleval (Eure).
Guilbard, à Chavanges (Aube)
Signoret, à Paris.
Prat, à Nice (Alpes-Maritimes).
Mignard, à Brest (Finistère).
Riou, à Chambon (Haute-Loire).
Vernet, à Castets-en-Dorthe (Gironde).
Burgard, à Champs (Yonne).
Fotiadès à Mailly-Maillet (Somme).
Rambaud, à l'Hermenault (Vendée).
Dehenne, à Paris.

1/2 *MA*

Mme Monnier, née Clauzel, à Alais (Gard).

Passage de B à MA

Lapeyre, à Meyrueis (Lozère).

Combinaison P

Gallois, à Dijon (Côte-d'Or).
Lancet à Ardres (Pas-de-Calais).
Cohan, à Charleval (Eure).
Prat, à Nice (Alpes-Maritimes).
Roussel à St.-Max-Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Mourié à Surgères (Charente-Inférieure).
Lapeyre à Meyrueis (Lozère)
Pujos à Auch (Gers).
Rambaud, à l'Hermenault (Vendée)
Mourre, à Lorgues (Var)

Passage de C. à P.

Micolier, à Rive-de-Gier (Loire)
Vitry à Cette (Hérault).
Cousin à St-Galmier (Loire).

Combinaison R.

Luigi à Barrettali (Corse).
Davet, à Epinac-les-Mines (Saône-et-Loire).
Malot, à Ville-Dommange (Marne).
Briffaut, à Gérardmer (Vosges).
Signoret, à Paris,

Combinaison V.

Gallois, à Dijon (Côte-d'Or).
Roche, à Sorgues (Vaucluse).
Delthil, à Briare (Loiret).
Lancet, à Ardres (Pas-de-Calais)
Rayneau, à Orléans (Loiret).

Le trésorier communique la liste des valeurs composant le portefeuille de l'Association amicale, valeurs qui resteront déposées à la Société générale, agence BN à Paris, sous le contrôle de M. le Dr Vimont, trésorier-adjoint.

Le secrétaire, Ch. Divernéresse. *Le Président* A. Maurat.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'administration des 27 juillet et 3 août 1911.

Séance du 27 juillet.

Le Dr L. annonce, que grâce à l'appui du « Sou », il a pu se défendre contre la demande en dommages-intérêts qui était dirigée contre lui en *responsabilité professionnelle,* et que l'assistance judiciaire a été refusée à son adversaire.

Le Dr S. informe le Conseil qu'il ne donne plus suite au *procès en diffamation* qu'il devait entreprendre avec l'appui moral et pécuniaire du « Sou », contre un journal, qui l'avait attaqué. Voici d'ailleurs sa lettre et la rectification du ournal

J'ai l'honneur de vous informer que, grâce à l'appui du « Sou médical », j'ai obtenu gain de cause dans la lutte que j'avais à soutenir contre le journal la *R.* En effet l'avocat de mes adversaires a d'abord essayé de bluffer en disant que si ses clients étaient condamnés ils n'hésiteraient pas à aller jusqu'en cassation, ce qui m'occasionnerait de gros frais. J'ai alors fait montrer la lettre du « Sou médical », indiquant que j'étais couvert et devant ce fait, voyant que je ne risquais absolument rien et que, par conséquent, je poursuivrais jusqu'au bout, mes adversaires sont venus à composition, m'ont fait des excuses et ont payé tous les frais.

Je vous envoie ci-inclus l'article de rétractation publié dans le journal.

Avec tous mes remerciements agréez mes sentiments les plus dévoués

Rectification. — Dans notre numéro du 30 juin nous avons publié un entrefilet intitulé : « le Bon Dieu fera le reste ». que nous devions à un collaborateur occasionnel. Cet entrefilet, plutôt « humoristique » que méchant, tendait à représenter M. le Dr S., médecin de l'hospice, comme un « bondieusard », qui aurait soigné ses malades, selon la formule « à la grâce de Dieu ». Cette note, d'ailleurs, nous avait passé inaperçue, et ce n'est que sur les remarques d'un grand nombre de nos amis que nous en avons pris connaissance. Nous fûmes aussi peinés que surpris, car le Dr S., que nous connaissons depuis tantôt vingt ans, est un excellent républicain doublé d'un praticien émérite autant que probe et consciencieux. Nous regrettons donc très sincèrement l'entrefilet que nous avons publié à notre insu et prions instamment l'honorable Dr S. d'agréer toutes nos excuses et de croire à nos meilleurs sentiments.

N. D. L. D.

Le Conseil ne s'étonne pas de ce résultat, mais manifeste une fois de plus le regret de ne pas avoir à soutenir plus d'affaires de ce genre. Trop d'adhérents du « Sou » font souvent le poing dans leur poche et avalent trop de couleuvres sans protester. Qu'ils se servent donc du « Sou », non seulement pour se défendre, mais encore pour attaquer quiconque les moleste.

Les médecins de S. soulèvent une question de *secret professionnel* à l'occasion des certificats délivrés pour les sociétés de secours mutuels. Le Conseil décide de publier la consultation de Me Gatineau.

Le Dr R. se voit refuser ses honoraires par une compagnie d'assurances, pour soins donnés à un *accidenté du travail, dans une clinique privée.* Jouant sur les mots, la compagnie parle d'hospitalisation et du « tout compris ». Enfin, on reproche au médecin l'abus des visites et consultations. Le Conseil accorde son appui moral au confrère et lui fait parvenir tout documents de jurisprudence nécessaires à faire triompher sa cause ; mais estimant que la jurisprudence s'est maintes fois prononcée sur la question, le Conseil n'accordera son appui pécuniaire que s'il y avait lieu, ultérieurement, d'aller en appel.

Séance du 3 août.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire des nouveaux *membres ci-après qui ont payé leur* cotisation

MM. les Docteurs :

2347 Martin, à Chantenay (Loire-Inférieure).
2348 Gascon fils, à Redon (Ille-et-Vilaine
2349 Gringoire, à Redon (Ille-et-Vilaine).
2350 Schall, à Chambéry (Savoie).
2351 Quantin, à Heyrieux (Isère).
2352 Lechaux, à Dingé (Ille-et-Vilaine)
2353 Le Pontois, à Vannes (Morbihan).
2354 David, à Vannes (Morbihan).
2355 Thiel, à Montgeron (Seine-et-Oise)
2356 Hunant, Lambezellec (Finistère).
2357 Lahaye, à Sarzeau (Morbihan).
2358 Romieux, à Groix (Morbihan).
2359 Aillet, La Gacilly (Morbihan).
2360 Allard, à Grenoble.
2361 Barbier, à Grenoble
2362 Mlle Bruyant, Grenoble.
2363 Cros, à Vif (Isère).
2364 Giraud, à Vinay (Isère).
2365 Groll à Grenoble.
2366 Guillermin, au Grand-Lemps (Isère).
2367 Pallud, à Vif (Isère).
2368 Perrier, à Pontcharra (Isère).
2369 Ricard, La Motte-d'Aveillans (Isère).
2370 Roux, à Grenoble.
2371 Tête, à Voiron (Isère).
2372 Vauquelin, à Grenoble.
2373 Torte, à Mézin (Lot-et-Garonne).

2374 Fort, à Cerisiers (Yonne).
2375 Houdé (P.), à Auxerre (Yonne).
2376 Houdé (E.), à Coulanges-la-Vineuse (Yonne).
2377 Recouly, à Ancy-le-Franc (Yonne).
2378 Rey, à St-Laurent-du-Médoc (Gironde).
2379 Chont, à Etain (Meuse).
2380 Schmitt, à Grenoble (Isère

Le Dr X. est poursuivi pour injures à un magistrat dans l'exercice de ses fonctions : le Conseil lui envoie son avis et les indications de Me Gatineau, pour sortir son adhérent de ce mauvais pas.

Le Conseil ordonnance un bordereau de 628 francs pour solder les frais d'avocat et d'avoué, dans un procès de *responsabilité professionnelle,* que le Dr L. vient de gagner.

Le Dr V. est menacé par une compagnie d'assurances, parce qu'il a conseillé à un blessé du travail de se faire soigner par le medecin de son choix au lieu d'aller au dispensaire de la Compagnie.

Le Conseil estime que notre confrère doit attendre les poursuites judiciaires dont il est menacé et ne pas s'en émouvoir.

CHRONIQUE SYNDICALE

Le libre choix et les Industries laitières de l'Ouest.

Le 23 juillet, à 2 heures de l'après-midi, 22 confrères se réunissaient à Surgères, (Charente-Inférieure), chez le Dr Audry, 20 autres, empêchés, avaient envoyé leur adhésion aux décisions de la majorité.

Sur le libre choix l'accord est unanime Tous prennent l'engagement d'honneur de ne plus connaître les laiteries si en quelque région celles-ci voulaient imposer un médecin ; de n'avoir aucun rapport confraternel avec celui qui aurait accepté un tarif inférieur.

Les laiteries pourront établir un contrôle médical sur leurs blessés à la condition expresse que, si c'est en cours de traitement, le médecin de l'accidenté sera prévenu par son confrère des laiteries dans les conditions prévues par la loi sur les accidents du travail.

Le principe de deux tarifs est accepté, l'un minimum pour les ouvriers, journaliers ; l'autre, moyen pour les cultivateurs. Les docteurs Rogée, de St-Jean, et Métais, de Surgères, s'entendront avec les délégués des départements voisins pour établir les tarifs applicables aux laiteries.

Si l'Association centrale prend pour toutes les laiteries l'engagement de payer intégralement nos honoraires, si elle accepte le libre choix et l'arbitrage, une réduction, dont le quantum sera fixé, lui sera accordée.

A l'arbitrage seront soumises les notes contestées. Le comité d'arbitrage d'un département jugera les différends du département voisin, ce qui assurera plus d'impartialité. Les experts seront nommés en nombre égal par les médecins et les laiteries avec tiers expert choisi parmi les présidents de Syndicat.

Dr Métais

CORRESPONDANCE

« Optima medicorum concordia » n'est pas une utopie.

C'est de grand cœur que je réponds à votre consultation, car j'en vois toute l'utilité et j'admire en même temps votre façon d'organiser la défense de nos intérêts professionnels. Votre Agenda du Praticien est une trouvaille, et ce bréviaire du médecin était plus qu'utile, il était urgent.

C'est avec une véritable confiance que le petit praticien isolé et faible entrevoit désormais l'avenir, et nous pouvons être une force formidable si nous voulons simplement nous unir. Nous avons d'ailleurs besoin d'être forts, car de toutes parts nous sommes assaillis. C'est l'État qui veut nous fonctionnariser en nous donnant des traitements dérisoires, ce sont les Sociétés de secours mutuels qui veulent faire de la mutualité sur notre dos et les compagnies d'assurances remplir leur caisse à nos dépens. Il était temps de réagir, mais il n'était que temps !

En ce qui me concerne, je suis le plus rural des médecins. J'ai fondé en 1905 un poste de médecin à C., le plus infime chef-lieu de canton de France (1.100 habitants et 7.000 de rayon environ). Ce n'est point un poste brillant, il s'en faut et cependant l'on y vit. On peut y faire même quelques économies. Tous mes confrères se demandent avec stupéfaction comment je puis subsister en un pareil milieu, et cependant ils constatent que j'y vis confortablement sinon luxueusement. J'exerce aussi la pharmacie.

La clientèle est tout ce qu'il y a de plus épouvantable : ce sont des gens arriérés, malpropres, sordides même (le crétinisme est très répandu) ; mais beaucoup, sous cette misère apparente, cachent une véritable aisance, et vous êtes parfois très étonné d'apprendre que tel de vos clients, particulièrement récalcitrant et sourd à vos notes, vient de laisser en mourant dix ou quinze mille francs à ses héritiers. Aussi maintenant je ne m'y laisse plus prendre, et je fais rentrer mon argent grâce à ces deux auxiliaires dont le médecin n'use pas assez : l'huissier et le juge de paix. D'ailleurs la clientèle s'y est habituée et n'attend plus que j'en arrive là.

Je me suis heurté, à mon arrivée, à un vieux confrère des environs, solidement instruit, très expérimenté, très réputé, et par-dessus tout très jaloux. Quoique ayant passé ma thèse avec la mention « très bien », j'étais moi même très ignorant à ma sortie de la Faculté et je ne m'en suis que trop aperçu. Aussi ai-je eu à subir de la part de mon vieux confrère et en toute occasion des af-

fronts sanglants. Ah! il ne m'a pas ménagé, je vous assure, dans la clientèle, et tout ce qu'il a pu faire pour me déconsidérer, il l'a fait. Je n'ai point riposté, car son expérience et par cela même sa supériorité professionnelles étaient évidentes. Qu'ai-je fait ? Je l'ai appelé en consultation dans tous les cas difficiles. Cela a duré deux ans. Il a d'abord été stupéfait, car je ne lui laissais pas ignorer que j'étais au courant de ses agissements, puis un beau matin il m'a déclaré que j'étais un brave garçon et depuis ce temps nous sommes les meilleurs amis du monde. Au lieu de me combattre, il me fait de la réclame, et je n'hésite pas à dire de mon côté que j'ai appris avec lui beaucoup de choses dont je n'avais jamais entendu parler à la Faculté. J'ai appris mes accouchements avec lui ainsi que beaucoup de petites interventions chirurgicales d'urgence, et maintes autres choses encore. Enfin j'ai appris mon métier autre part que dans les livres, et cela valait bien les quelques assauts de mauvaise humeur, de jalousie, voire même de méchanceté véritable que j'ai eu à subir. Ma clientèle s'est augmentée et à l'heure actuelle, tout va pour le mieux.

Avis à nos jeunes camarades, ce n'est point là du roman, mais de la réalité. Faisons-nous payer d'abord de la clientèle et de mauvais postes se transformeront en très bons postes, et puis ne faisons pas grise mine à nos vieux confrères ! La Faculté nous lâche sur le pavé presque ignares et sans aucune pratique ! Nos anciens seront, si nous le voulons, nos meilleurs professeurs de clinique et nous serons pour certains leurs meilleurs professeurs de générosité.

Dr R...

***

Combien réconfortante est votre lettre, mon cher confrère. Vous êtes dans le vrai en disant que les jeunes doivent faire des concessions et vivre en bonne intelligence avec leurs aînés.

Moi-même, et je puis devant tous en faire la confession, je me croyais savant, lorsqu'en 1900 je me suis installé, je croyais à la supériorité que devait me donner sur mes voisins mon titre d'ancien interne de Lyon.

Au bout de quelques jours, je m'aperçus de mon erreur et que tel ou tel, qui n'avait même pas été externe (oui ! ma chère !), et qui, par conséquent, n'était pas officiellement capable de faire des diagnostics précis, était au contraire un clinicien de premier ordre. Ah, ce n'était plus ces diagnostics transcendants, coupés de mots savants, scientifiques et intelligibles pour un seul petit nombre de lettrés à boutons de cristal ; mais le bon sens, le flair clinique, l'esprit pratique, se révélaient au plus haut point.

Résultat : Mes années d'internat n'avaient eu qu'un seul avantage : me mettre d'emblée au niveau (et non pas au-dessus) de la science clinique de mes anciens. Eux, c'était au lit de leurs malades, moi c'était à l'hôpital, que nous avions fait notre instruction pratique.

Et, c'est pour cette raison que j'applaudis aux idées de Noir et de tant d'autres qui réclament l'internat, ou tout au moins l'externat, obligatoire pour tous les étudiants.

Pourquoi donc dédaigner, et mépriser ces anciens (ce que j'étais tenté de faire au prime abord) ? Pourquoi se laisser griser par les basses flatteries intéressées des mauvais payeurs, des amis politiques ou des mères ayant des filles à marier qui vont répétant partout que le nouveau médecin est un dieu sauveur : « Aucune maladie ne lui résiste ; il les tombe toutes ».

N'a-t-on pas avantage à fréquenter ces confrères, entrés avant nous dans la profession ? Ne gagne-t-on pas à leur commerce, comme vous le dites si justement ?

Après six années de lutte, nous fîmes la paix entre confrères d'Oyonnax. Notre syndicat fut le terrain d'entente, les règles et sanctions de nos statuts nous tracèrent notre ligne de conduite ; nous savions que notre conseil de famille syndical saurait nous rappeler, s'il y avait lieu, au respect des engagements réciproques.

C'est sur ces bases qu'au début se fit une paix armée : les anciens se méfiaient de ce nouveau qui n'avait pas encore donné de gages de sa bonne foi et dont les rabatteurs spontanés chantaient trop les louanges ; le nouveau était froissé de l'animosité des anciens et, en vertu du principe que le soleil luit pour tout le monde, entendait gagner sa vie.

Rapidement cette paix armée devient de la bonne confraternité, puis une franche amitié, à tel point que je retourne passer mes vacances dans l'Ain à cause de mes anciens confrères, mes amis

Tous les soirs à 6 heures nous nous retrouvions chez l'un de nous. Nous parlions de tout et de tous et surtout de nos malades. Nous nous apercevions souvent que tous les trois avions été appelés (mais en cachette) chez un même malade, dans la même journée. Nous discutions son cas, appuyions nos opinions par des recherches dans les livres. Si le malade était gravement atteint, nous allions tous les trois les voir ensemble, le lendemain.

Etait-il peu atteint, nous y retournions séparément. Pourquoi nous fâcher ? N'était-ce pas trois visites de plus pour le corps médical ? Le malade, qui paye est libre de commander ; mais notre discussion préalable sur son cas nous empêchait de lui donner des traitements en sens contraire. Quant à notre amour-propre, il n'avait pas à en souffrir, car nous ne supportions plus qu'on dise du mal au point de vue professionnel d'un médecin, en notre présence.

Et les consultations, les opérations, les accouchements faits ensemble à deux ou à trois ? Résultat : augmentation de notre chiffre d'affaires.

Oui, mon cher confrère, nous souffririons moins de la pléthore si nous consentions à nous entendre, au lieu de nous entre-déchirer. Mais, il y a ce sacré amour-propre professionnel.

Nous serions heureux que d'autres confrères imitent le Dr R. et moi, et viennent célébrer les avantages de la bonne confraternité. Cela convaincrait peut-être les égotistes qui haussent les épaules en me traitant de visionnaire ou d'uto-

piste lorsque je me fais, avec tant d'autres, le défenseur de l'*optima medicorum concordia*.

Confrères ! en matière de déontologie, vouloir c'est pouvoir.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Société d'hygiène de l'enfance.** — La Société met au concours la question suivante pour 1911 : « Les cantines scolaires, leur utilité, que doivent-elles être ? »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1911. Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.

Ils devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils ne seront pas signés, mais porteront en tête une devise ou épitaphe reproduite sur enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout auteur qui se fera connaître sera exclu du concours.

Les mémoires ne sont pas rendus : même non primés, ils deviennent la propriété de la Société et ne peuvent être publiés par leurs auteurs. La Société se réserve de tirer des meilleurs travaux la matière d'une brochure de propagande et d'enseignement.

Les prix seront décernés en 1912, dans la séance publique annuelle. Ils consistent en médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et en mentions honorables.

Adresser les mémoires avant le 31 décembre 1911, au président de la Société d'hygiène de l'enfance, 10, rue St-Antoine, Paris, 4e.

— **Loi portant augmentation du nombre des médecins militaires, arrêté par la loi du 15 avril 1904.** — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Le tableau arrêté par la loi du 15 avril 1904 et portant fixation du cadre des decins militaires est remplacé par le suivant :

Médecins inspecteurs généraux	5
Médecins inspecteurs	20
Médecins principaux :	
De 1re classe	50
De 2e classe	95
Médecins majors :	
De 1re classe	370
De 2e classe	580
Médecins aides-majors de 1re et de 2e classe (y compris les élèves de l'école du service de santé militaire)	590
Total	1.710

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

— **L'anatomie descriptive chez nos littérateurs.** — Le *Centre médical* relève dans *Le roman d'un spahi*, de Pierre Loti, les lignes suivantes (2e partie, IIe chapitre) : « Fatou-Gaye se chaussait d'élégantes petites sandales de cuir, maintenues par des lanières qui passaient entre l'orteil et le premier doigt, — comme des cothurnes antiques. » Nous savons bien que le public a compris ces lignes, mais, sous la plume d'un académicien, un peu plus d'exactitude ne messiérait pas. Les médecins, les naturalistes, comptent cinq orteils à chaque pied, dont le premier situé le plus en dedans s'appelle le *gros orteil*, les quatre autres sont numérotés 2e, 3e 4e, et 5e orteil ou petit orteil. Ce que Pierre Loti appelle l'orteil comme le vulgaire ignorant et imprécis, c'est donc le gros orteil et ce qu'il appelle le premier doigt est bien le 2e orteil. Ceci soit dit sans désir de pédantisme, sans prétention à la cuistrerie, mais tout simplement par amour de la netteté et de l'exactitude dans la langue française.

— **La vaccination contre la fièvre typhoïde.** — M. Messimy, ministre de la guerre, a confié au professeur Chantemesse et au médecin principal Vincent la mission d'aller installer parmi les troupes de la frontière algéro-marocaine la méthode de la vaccination antityphoïdique.

Cette vaccination préventive a rendu, en ces derniers temps, de grands services dans les armées étrangères, anglaise, allemande, américaine, et le principe a été établi, comme on sait, par les expériences de MM. Chantemesse et Widal faites au laboratoire du professeur Cornil, en 1888.

Cette décision du Ministre a été prise pour répondre à un vœu du Service de santé de la province d'Oran, vœu soumis par le médecin-inspecteur Février, directeur du Service de santé de l'armée, à la Commission facultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires qui a donné un vote très approbatif.

Voici que, pour la première fois en France, la défense contre la fièvre typhoïde, qui intéresse à un si haut degré la santé publique, vient d'entrer dans une phase nouvelle qui laisse prévoir un bénéfice de vies humaines inattendu et même inespéré dans notre pays.

— **La poliomyélite à l'Académie.** — Une commission nommée par l'Académie de médecine vient de conclure en faveur de l'inscription de la poliomyélite (paralysie infantile) parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire.

La déclaration devra porter sur les cas même suspects et sera faite même en dehors de la période épidémique. Elle aura pour conséquence l'exclusion des écoles non seulement des convalescents, mais aussi des frères et sœurs pendant trois semaines. On désinfectera, au cours de la maladie, les objets susceptibles d'être souillés par les sécrétions. On prescrira utilement au malade et à son entourage les gargarismes, pulvérisations ou lavages du nez au moyen de l'eau oxygénée, permanganate de potasse et de menthol dont l'action sur le virus de la poliomyélite est démontrée.

La déclaration, qui est d'ailleurs déjà obligatoire en Suède, en Norvège depuis 1905, et plus récemment aux Etats-Unis, en Autriche et dans plusieurs provinces allemandes, est justifiée par les notions épidémiologiques aussi bien que par les données expérimentales.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La nécessité de l'étude physiologique du travail pour arriver à l'élaboration et à l'application d'une législation sociale équitable.

Dans une séance récente de l'Académie, M. le Pr Imbert a fait un très intéressant exposé de ses recherches physiologiques sur un certain nombre de travaux professionnels. Au moyen de graphiques obtenus par l'application ingénieuse d'ergographes, M. Imbert est arrivé à démontrer la part prépondérante que prend tel ou tel groupe musculaire à un travail donné. Ses tracés indiquent quel est le degré d'habileté de l'ouvrier, enregistrent les tâtonnements et les maladresses des apprentis, révèlent la diminution de la valeur professionnelle d'un blessé après la consolidation de sa blessure. Au récent Congrès pour l'hygiène et la sécurité des travailleurs, où nous avons assisté comme délégué de Syndicat des Médecins de la Seine, nous avons eu le plaisir d'entendre M. le Pr Imbert exposer les surprises que révèle l'étude physiologique du travail. Il y cita un exemple qui montre éloquemment combien les experts, qui fixent le taux des incapacités, peuvent marcher dans leurs appréciations en aveugles, et combien capricieuse est trop souvent la réparation du dommage dans l'application de la loi du 9 avril 1898. Dans les régions vinicoles du Midi, on emploie pour tailler la vigne des ouvrières qui se servent du sécateur. On serait tenté de croire que les muscles les plus importants dans l'exécution de ce travail sont les muscles de la main et de l'avant-bras, qui permettent de rapprocher les branches de l'instrument ; or, une étude graphique minutieuse démontre qu'il n'en est rien. L'ouvrière qui taille rapproche bien, en serrant les doigts, les branches du sécateur ; mais, pour couper le sarment dans un travail rapide, elle doit exercer surtout un mouvement

brusque de tout le membre supérieur en extension, qui exige principalement la contraction du triceps brachial. Il s'en suit qu'une ouvrière qui présente une atrophie musculaire ou une lésion du bras, est frappée d'une incapacité beaucoup plus grande que celle qui est atteinte d'une affection de la main ou de l'avant-bras. Et M. Imbert, qui a choisi cette petite observation, pour la citer à la séance du Congrès, parce qu'elle était la plus démonstrative, aurait pu multiplier les exemples.

Les réflexions du Pr Imbert nous rappelèrent un de nos sujets de discussion avec notre ami Diverneresse. Certes, il n'y a pas de plus énergique, de plus convaincu défenseur du libre choix du médecin par le blessé, dans les accidents du travail, que Diverneresse, et cependant, il nous affirmait que la médecine des accidents du travail devait être une véritable spécialité.

Le paradoxe n'est qu'apparent.

La thérapeutique des accidents du travail est celle et doit être celle de tous les accidents, de tous les traumatismes. On ne conçoit pas qu'on puisse appliquer des traitements différents à une fracture, selon qu'elle aura été produite au cours du travail professionnel, sur la voie publique, ou dans toute autre circonstance. Tout médecin praticien doit donc pouvoir soigner ces accidents.

Mais où le praticien, même instruit et habile, peut ne pas pouvoir suffire, c'est quand il s'agit d'apprécier l'incapacité qui résulte d'un accident. Pour cela, il faut s'être livré à des études spéciales. En un mot, il ne saurait y avoir une spécialisation de la chirurgie des accidents du travail, mais il doit exister une spécialisation de la médecine légale des accidents du travail.

Le Pr Imbert, dont la compétence n'est guère discutable et qui nous paraît en outre un modèle de modestie et de haute conscience, racontait, en toute simplicité et comme une chose toute naturelle, au Congrès d'hygiène des travailleurs, qu'il avait dû examiner et étudier pendant plusieurs jours, peut-être même pendant plusieurs semaines, des victimes du travail avant de se prononcer comme expert sur leur degré d'incapacité (1). Cela prouve qu'à Montpellier, les experts ont une conscience suffisante de leur rôle et ne rédigent pas, comme trop souvent ailleurs, des rapports à la grosse, après avoir vu à distance les blessés, en passant, un peu comme un général voit les soldats au cours d'une grande revue. Cela encore nous explique comment M. le professeur Grasset, de Montpellier, peu au courant de la mentalité et des mœurs parisiennes, s'est étrangement mépris sur les causes du conflit qui, l'an dernier, a creusé un si profond fossé entre les praticiens et certains membres du corps enseignant.

Les travaux du Pr Imbert démontrent bien qu'il est impossible, sans une étude physiologique approfondie du travail, dans chaque profession, d'appliquer d'une façon équitable la loi sur les accidents du travail. Nous dirons plus, toujours en nous basant sur les travaux du Pr Imbert : le seul moyen de résoudre les conflits sociaux du travail et de faire à ce sujet une législation efficace c'est de réaliser l'organisation physiologique du travail. Une modification de détail dans le matériel d'une industrie peut parfois permettre à la fois un rendement plus grand et une diminution de fatigue de l'ouvrier.

Ainsi encore M. Imbert, croyons-nous, obtint une amélioration de ce genre en conseillant de diminuer la hauteur des bennes dont on se servait pour décharger des bateaux, cette hauteur obligeant les ouvriers débardeurs à un effort violent et inutile pour élever leurs pelles chargées au dessus des parois.

Dans un intéressant mémoire sur l'organisation physiologique du travail paru dans la *Nouvelle Revue* de 1907, le Dr René Laufer a montré, avec des observations à l'appui, tout l'intérêt qu'il y aurait à étudier scientifiquement le travail ; par des pauses intelligemment réparties, selon chaque profession, on arriverait à un rendement supérieur, le travail serait exécuté plus soigneusement, et l'ouvrier, soustrait à la fatigue, qui a pour compagne l'inattention, serait bien moins souvent victime d'accidents. C'est cette étude scientifique que nos industriels devraient encourager, faciliter et même provoquer. Ils obtiendraient ainsi indubitablement de meilleurs résultats qu'en se bornant, avec leur indifférence coutumière, à chercher à se décharger de toute responsabilité sur le dos des sociétés d'assurances, dont le métier est de se livrer à une exploitation intensive de cette mine d'or d'un nouveau genre, ce dont, somme toute, on ne saurait les blâmer, puisqu'elles sont constituées pour cela.

J. Noir.

---

(1) Le Pr Imbert faisait aussi remarquer qu'il était rarement désigné comme expert. Est-ce parce qu'il pousse trop loin le scrupule ? Est-ce parce qu'il est trop consciencieux ?

Election du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité. — Nous sommes heureux d'annoncer que notre ami, M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, a été élu à la presque unanimité des voix : 187 sur 198 votants. Ont en outre obtenu : M. Bonnard, dentiste, 4 voix ; M. le Dr Retrouvey 2 voix ; MM. les Drs Bobrie, Coppens, Lecerf (d'Asnières), Longchamps et M. Mabilleau, chacun une voix.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE CHIRURGICALE

Le traitement opératoire du goitre exophtalmique,

Par J. DE FOURMESTRAUX,
Chirurgien de la Maison de Santé de Chartres

Le traitement de la maladie de Basedow a été, pendant de longues années, exclusivement médical, et il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle, nombre de cliniciens de valeur répugnent à confier leurs malades au bistouri du chirurgien. Il nous semble cependant logique d'intervenir, non seulement dans les cas de goitres basedowifiés, mais encore dans les goitres exophtalmiques purs, où le syndrome basedowien fait son apparition en même temps que le goitre. L'intervention, qui compte à son actif de réels succès dans les cas très avancés de l'évolution de l'affection, doit permettre aux chirurgiens français d'obtenir des statistiques semblables à celle de Kocher (de Berne) qui, en 1910, pouvait réunir 376 cas opérés avec une mortalité de 4 %, alors que dans tel service hospitalier parisien au recrutement de malades très étendu, on n'opérait pas dans l'année un seul cas de goitre exophtalmique. Répugnance du médecin, répugnance du malade à une intervention pénible, terriblement sanglante à la vérité, mais qui, entre les mains de professionnels avertis, doit néanmoins donner des résultats excellents.

Si l'on s'en rapporte aux statistiques de Mayo (Rochester), de Kocher (Berne), de Rochard, et de Pauchet rapportées par Lenormant au dernier Congrès de chirurgie, la mortalité opératoire est de 4 à 9 pour cent, et la guérison définitive se produit dans 70 pour cent des cas (1).

Deux procédés opératoires visent tous deux à parer aux accidents graves de la maladie de Basedow : les interventions sur le sympathique ; les interventions sur la glande thyroïde.

Le goitre exophtalmique reproduit en sa symptomatologie les divers phénomènes produits par l'excitation du sympathique cervical. Il y a déjà de longues années que Brown Séquard et Vulpian ont provoqué de la dilatation pupillaire, de l'écartement des paupières, de l'allongement de la fente palpébrale, de l'exophtalmie, des troubles vaso-moteurs parotidiens et sécrétoires par l'excitation du sympathique cervical chez le chien.

De là, est née logique, séduisante, l'idée de traiter le syndrome basedowien par la section du sympathique cervical ou son ablation. C'est en 1896 que Jaboulay fit la première sympathitectomie. La technique opératoire de la recherche et de la résection des ganglions sympathiques cervicaux a été magistralement précisée par le chirurgien lyonnais. La thèse du regretté Herbet (Paris, 1900) en a fixé le manuel opératoire en ses moindres détails. Il ne semble malheureusement pas qu'un succès définitif ait couronné les efforts des chirurgiens qui, pour éviter les accidents de thyroïdisme aigü post-opératoire, ont attaqué le goitre exophtalmique loin du goitre. Jonnesco seul, au dernier Congrès, est venu défendre la résection cervico-thoracique du ganglion inférieur ; sa statistique ne paraît pas assez étendue pour avoir une valeur réelle.

Qu'il s'agisse d'un goitre basedowifié ou d'une maladie de Basedow, dans laquelle les divers éléments, qui constituent le complexus symptomatique de l'affection, aient apparu en même temps, il semble logique de considérer la lésion thyroïdienne comme primitive. C'est donc au goitre lui-même qu'il faudra s'attaquer.

Indications. — Lenormant classe les contre-indications du traitement opératoire en contre-indications absolues et contre-indications relatives, et il nous semble avoir parfaitement raison. Ce qui doit surtout préoccuper le chirurgien, ce sont les contre-indications absolues, et parmi elles, les lésions hépatiques, rénales, les œdèmes, la myocardite avec asystolie.

Il est important, si on le peut, de vérifier à l'écran radioscopique l'état du thymus ; il semble qu'un certain nombre de morts précoces aient été dues à la coexistence d'un gros thymus et de lésions surrénales. Eiselberg a cependant pratiqué avec succès la thyroïdectomie chez des basedowiens à gros thymus. Il serait logique, dans de semblables cas, de pratiquer une thymectomie préalable, intervention dont Veau tout récemment a précisé la technique opératoire. La limite de l'opérabilité du goitre exophtalmique nous semble être assez étendue et personnellement, dans ces 6 derniers mois, nous avons opéré deux goitres exophtalmiques chez lesquels le traitement médical avait complètement échoué et dont l'état général était extrêmement précaire.

L'intervention de choix nous semble devoir être la thyroïdectomie ou mieux, l'hémi-thyroïdectomie sous-capsulaire avec ligature d'une ou de la totalité des artères thyroïdiennes du côté opposé.

La technique en a été exposée longuement dans

(1) LENORMANT. — Rapport au Congrès français de Chirurgie, 1910, p. 114.

les travaux de Delore, Widehen, Alamartin (Thèse de Lyon, 1910), Lenormant.

La question de *préparation* du malade est capitale. Là comme partout ailleurs, le médecin a un rôle prépondérant, quand il associe ses efforts à ceux du chirurgien. Certains médicaments sont prescrits avec des résultats heureux, et Kocher recommande spécialement l'emploi du phosphate de soude et de l'iode à petites doses. Le cœur des basedowiens, qui a produit un travail considérable, demande à être mis en état de soutenir le traumatisme opératoire, et la digitale pourra dans certains cas être employée avec avantage. En dehors des cas d'urgence, il convient d'isoler le malade pendant quelques jours avant l'acte opératoire, avec repos au lit, physique et psychique. Eloigné de ses préoccupations familiales, il doit pouvoir prendre place sur la table opératoire dans un calme relatif. Le médecin aura là un rôle particulièrement intéressant à jouer, il a une influence évidente sur son malade puisqu'il a pu le décider, lui et son entourage, à affronter un acte opératoire grave ; il doit user de cette influence là plus que partout ailleurs, pour montrer que l'intervention n'est pas cette chose épouvantable que le futur opéré considère avec terreur. Il nous semble contraire à la logique et presque immoral d'opérer, avec le consentement de sa famille, un basedowien à son insu (1). Mais le médecin doit nous l'amener, ce qui à la vérité sera toujours chez de tels malades une tâche difficile, dans un état d'*éréthisme et d'excitation psychique minimum*.

La question de l'*anesthésie* a soulevé des controverses. La plupart des chirurgiens américains emploient l'anesthésie générale, chloroforme ou éther.

Kummel et Garré, en Allemagne, en sont partisans. Comme dans toutes les interventions portant sur la zone cervicale, il nous semble logique d'employer l'anesthésie locale. Quand elle est bien maniée, la cocaïne à 1 pour 200 est un admirable anesthésique. Dans deux cas récents, chez des basedowiens présentant un éréthisme psychique considérable, l'anesthésie locale nous a permis de mener à bien deux thyroïdectomies difficiles. Sous réserve de quelques modifications de détails, la technique préconisée par Delore et Alamartine nous semble pouvoir être employée dans la grande majorité des cas. On peut la résumer de la façon suivante :

1er *temps*. — Incision des plans superficiels, incision en V ou en cravate, l'incision de Kocher dans les goitres ordinaires, section de la peau du peaucier, ligature des jugulaires antérieures.

2e *temps*. — Ouverture de la gaine des sterno-mastoïdiens qu'on fait récliner en dehors par son aide.

3e *temps*. — Libération extra-capsulaire de la face antérieure du lobe à enlever. Ligature et section des pédicules vasculaires.

La thyroïdienne supérieure est facile à trouver au niveau de la grande corne de l'os hyoïde (Farabeuf). La thyroïdienne inférieure est plus difficile à découvrir. Après avoir récliné le sterno-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux, on reconnaît le tubercule de Chassaignac (6e cervicale). Immédiatement au-dessous et en dedans, on doit tomber sur l'artère ; elle doit être dénudée soigneusement à cause des filets sympathiques qui l'enserrent.

4e *temps*. — Section de l'isthme ; libération sous-capsulaire du segment postérieur du lobe. On sectionnera d'abord l'isthme ; la manœuvre de l'écraseur nous semble inutile. Ligature avec catgut ou soie. Une incision est faite sur la capsule propre ; il faut maintenant déposer le bistouri et avancer lentement, décortiquer, faire son possible pour trouver un plan de clivage à la sonde cannelée et au doigt. Le meilleur instrument nous semble, dans ce cas, l'index revêtu d'une compresse ; le port de gant de fil facilite singulièrement les manœuvres opératoires ; chez une de nos opérées, les plans pré et latéro-thyroïdiens étaient extrêmement épaissis, et l'énucléation, loin d'être facile et élégante comme dans un goitre non basedowifié, fut pénible et sanglante. Quand on est parvenu dans l'angle trachéo-œsophagien, il vaut mieux, à l'exemple de Kocher, abandonner un segment glandulaire que de provoquer une lésion nerveuse ou vasculaire grave de conséquence.

5e *temps*. — Avec plus ou moins de difficulté, l'exérèse du lobe thyroïdien a été pratiquée ; il faut, avant de fermer, faire là plus que partout ailleurs, une hémostase minutieuse. La plupart des chirurgiens conseillent de drainer. Il faut, à ce point de vue, à notre avis, ne pas avoir de règle absolue. Si l'hémostase a été minutieuse, alors que nous sommes sûrs de notre stérilisation, il n'y a aucune raison pour drainer. S'il y a le moindre doute, drain en verre ou en caoutchouc pendant 48 heures.

L'hémi-thyroïdectomie pour goitre exophtalmique est sans aucun doute une intervention grave, mais sa technique en est bien réglée. Entre les mains de professionnels avertis, *anesthésie locale et technique précise*, elle doit donner une proportion extrêmement réduite de morts opératoires ou post-opératoires.

Après un essai sérieux de traitement médical,

(1) Ceci a été sérieusement proposé par quelques chirurgiens américains ; cela nous paraît illogique et serait en tout cas chez nous, avec les tendances actuelles du public, une cause presque certaine de poursuite en responsabilité professionnelle, agrémentée d'une demande en dommages et intérêts.

l'application de l'un quelconque des agents thérapeutiques dont le nombre suffit assez à montrer l'impuissance, les médecins doivent amener leurs goitres exophtalmiques purs ou basedowiés sur la table opératoire, avant que, devenus cachectiques, ils n'aient passé l'heure chirurgicale.

ACTUALITÉS MÉDICALES

La menstruation pendant la grossesse et l'allaitement.

En principe, nulle femme enceinte et même nulle nourrice ne doit avoir ses règles ; c'est, en effet, le cas de la grande généralité ; mais il existe de fréquentes exceptions à ces types normaux. C'est ce que M. le Dr A. Grosse, de Nantes, vient de rappeler à l'attention du public médical dans la *Gaz. méd. de Nantes.*

Tout d'abord, avec Pinard, Ribemont-Dessaignes, Lepage, Wallich, M. Grosse nie la possibilité de considérer comme une persistance des règles l'écoulement sanguin vaginal au cours de la grossesse. Les écoulements sanguins qui viennent à se produire pendant la gestation ne sont pas des règles, mais des hémorragies liées à une insertion basse du placenta, au décollement de l'œuf, à de l'endométrie.

La menstruation est de même le plus souvent supprimée pendant l'allaitement, et il est admis qu'une bonne nourrice n'a pas ses règles.

Nous sommes souvent interrogés à ce point de vue en clientèle, et les nourrices, imbues elles-mêmes de ce préjugé et craignant de perdre leur place, s'efforcent de dissimuler leurs règles, lorsqu'elles en ont constaté le retour intempestif.

Il ne faut pas généraliser. Si l'existence des règles provoque chez certaines nourrices un état de dépérissement et de faiblesse, qui les oblige à cesser l'allaitement, ou détermine une diminution de la quantité de lait et une altération de ses qualités, qui le rend impropre ou insuffisant à la nutrition de l'enfant, il en est d'autres chez lesquelles la sécrétion lactée est peu ou pas modifiée par la menstruation. Beaucoup de femmes qui allaitent revoient leurs règles au bout d'un temps plus ou moins long après l'accouchement, et cela, tout en continuant à être d'excellentes nourrices. Nous connaissons des femmes qui ont nourri leurs enfants exclusivement au sein pendant plusieurs mois, bien que régulièrement réglées pendant la lactation. Toutefois, les règles chez les nourrices sont souvent irrégulières, variables d'aspect et d'abondance, différentes de ce qu'elles sont d'ordinaire. Il n'est pas rare non plus de voir l'enfant présenter au moment des règles quelques troubles digestifs : vomissements, diarrhée, refus du sein ; mais ceux-ci sont le plus souvent passagers et peu intenses.

Une nourrice peut donc être réglée sans qu'il en résulte pour elle et pour son nourrisson aucune modification fâcheuse.

Auscultation des sommets : Bruits pseudo-pulmonaires.

La *Pédiatrie pratique* analyse un article de M. Allard, dans le *Berlin Klin. Woch.*, n° 32, sur les bruits extra-pulmonaires au voisinage des sommets.

« Ces bruits, dit l'auteur, peuvent venir troubler l'auscultation des sommets et en imposer parfois pour des râles ou des frottements. Ce sont surtout les muscles et les articulations du voisinage qui interviennent dans leur production, lorsqu'ils sont le siège de myosite, d'arthrite ou de périarthrite. Bien des moyens ont été proposés pour éviter ces erreurs. Celui que décrit M. Eduard Allard « oberarzt » à la Clinique du professeur Minkowski, à Breslau, est simple et facile ; il donnerait des résultats parfaits.

« On commande au malade d'étendre l'avant-bras sur le bras et d'imprimer au membre une forte rotation en dedans au niveau de l'articulation scapulo-humérale, puis de porter le bras en arrière et d'abaisser l'épaule ; de cette façon, tous les bruits d'origine périphérique disparaîtraient. En effet, cette attitude du membre supérieur est due à l'action simultanée et associée du sous-scapulaire et du grand dorsal. Or, grâce au matelas musculaire formé par le sous-scapulaire, l'omoplate est isolée de la paroi postérieure du thorax d'autre part, la partie supérieure du trapèze est allongée, et, comme la ceinture osseuse omo-claviculaire est suffisamment fixée dans cette position, les fortes contractions sont supprimées pendant l'inspiration profonde. Naturellement, il faut laisser le sujet imprimer lui-même cette attitude à son bras et ne pas en faire un mouvement passif, sinon le but ne serait pas atteint. »

Vomissements nerveux prolongés guéris par la narcose éthyl-méthylique.

M. le Dr P. Farez a fait à la Soc. de Psychothérapie une curieuse communication sur un cas de vomissements survenant après chaque repas pendant 4 ans, chez une personne de quarante ans, et ayant cédé à la narcose éthyl-méthylique.

Cette dame avait été opérée de l'hystérectomie et de l'appendicectomie, il y a quelques années. Or, depuis quatre ans, elle vomit, chaque jour, après chacun des trois repas, la plus grande partie des aliments qu'elle vient d'ingérer. Elle est amaigrie et sans forces. C'est en vain qu'on a tenté toutes sortes de traitements, pendant ces quatre années. Désespérant de la guérir par les seules ressources de la médecine, on prend jour pour lui faire une gastro-entérostomie.

Toutefois un consultant émet l'opinion que ce sont peut-être là des vomissements nerveux, par spasme du pylore, et l'on m'appelle. A vingt-quatre heures d'intervalle, je fais deux séances de suggestion pendant la narcose éthyl-méthylique, et, après la seconde séance, les vomissements ont totalement disparu ; il y a de cela deux mois et il n'y a pas eu la moindre rechute. Cette femme digère bien et a engraissé.

✦✦

« La rapidité et la persistance de cette guérison tiennent à ce qu'on a appliqué, non pas une psychothérapie, à l'eau de roses —, par des exhortations, des conseils, des raisonnements, des démonstrations, de la dialectique à l'état de veille, mais une psychothérapie vigoureuse, réalisant d'abord un état passif avec exaltation de la suggestionnabilité, et permettant une suggestion impérative, autant qu'efficace ».

L'Invagination intestinale.

M. le Dr Ombrédanne a récemment rappelé à l'attention des médecins d'enfants, dans une leçon clinique publiée par la *Pédiatrie pratique*, l'intéressante question de l'invagination intestinale.

« N'oublions pas, dit-il, que l'invagination intestinale est presque la seule cause d'occlusion intestinale dans le bas-âge.

« Elle se manifeste toujours de la même façon.

« Un nourrisson de 4 à 7 mois, superbe, sans le moindre trouble intestinal antérieur, brusquement un beau soir, se met à vomir, premier vomissement dont la famille ne s'inquiète pas. La nuit, il ne dort pas, crie, refuse le sein qu'on lui offre, vomit encore un ou deux fois, présente deux, trois, quatre crises de douleur coupées par des intervalles de repos. Retenez ces poussées douloureuses, paroxystiques, séparées par des périodes de calme absolu.

« Six à sept heures plus tard, un nouvelle crise de colique est suivie de l'expulsion par l'anus, de glaires sanguinolentes ou de sang pur. Tel est le tableau classique de l'invagination intestinale de l'enfant et plus particulièrement du nourrisson.

« Dès que s'est produite cette évacuation de glaires sanguinolentes ou de sang, le petit sujet ne rend plus (il n'en rendait pas depuis quelques heures) ni gaz, ni matières fécales. A l'issue de glaires et de sang près, c'est là une occlusion intestinale typique.

« Le deuxième jour, les vomissements deviennent fétides, prennent un caractère fécaloïde ; les rejets néanmoins ne sont pas brunâtres, ils sont jaune clair et exhalent une odeur moins désagréable que celle dont s'accompagnent les vomissements analogues de l'adulte. La température est montée à 38°.

« Le troisième jour se déclare de l'hypothermie descendant jusqu'à 36°, 35° ; le facies se grippe, le pouls devient misérable et vers le troisième ou le quatrième jour, rarement vers le cinquième ou le sixième, le malade meurt avec tous les signes de l'occlusion intestinale.

« Le plus souvent (70 fois sur 100), il s'agit d'un nourrisson de 4 à 7 mois. L'accident se rencontre aussi chez les enfants de 5 à 10 ans, mais avec une forme un peu spéciale. Au-dessous de 4 mois, l'invagination intestinale est très rare.

« Le garçon y est plus sujet que la fille ; les deux tiers des cas appartiennent au sexe masculin. »

M. Ombrédanne insiste pour la confirmation du diagnostic sur le caractère paroxystique des crises de l'enfant, sur l'absence d'évacuation de gaz ou de matières fécales et l'apparition à l'anus de mucosités sanguinolentes ou de sang pur ; enfin, contrairement à l'adulte qui a immédiatement un abaissement de température, l'enfant fait d'abord un peu d'hyperthermie. Il est bon de savoir que, dans de très rares cas, la présence de bols fécaux énormes et durs peut simuler l'invagination et provoquer presque les mêmes symptômes.

Comme traitement, le lavement est absolument sans action et même contre-indiqué.

« Il n'est qu'un traitement de l'invagination ; c'est la laparotomie.

« Ouvrez l'abdomen, recherchez le siège de l'invagination. De grâce ! dès que vous l'avez découvert, ne vous laissez pas aller à la tentation de tirer sur le segment invaginé ; vous risqueriez de provoquer une rupture productrice de péritonite fatale.

« Il n'est encore qu'un procédé pour désinvaginer le segment intéressé ; c'est de prendre avec votre main l'intestin, en l'enserrant avec vos doigts, en avant de la tête de l'invagination, et de refouler cette dernière, par expression, expression patiente, attentive, progressive, continue. Quelquefois votre mouvement sera arrêté en cours de route par une bride ; persistez, et vous arriverez le plus souvent à vaincre cet obstacle, à ramener en ses lieu et place votre segment invaginé.

« Dès lors, vous avez devant vous une région rouge, gonflée ; surtout ne l'ouvrez pas.

« Allez-vous maintenant refermer le ventre ? Oh ! non, les matières fécales ne tarderaient pas à reproduire l'invagination.

« Mais alors, que faire ? Passez trois fils sur le côlon ascendant, trois fils qui traverseront la séreuse et la musculeuse et fixez-les sur une des lèvres de votre incision opératoire, de façon à ce qu'ils maintiennent solidement cette portion du gros intestin. Passez-en trois autres de la même manière sur l'intestin grêle, que vous fixerez sur l'autre lèvre de votre incision, de façon à ce que ce dernier soit aussi bien tendu, solidement fixé. Ainsi vous vous opposerez à toute récidive du seul fait que vous aurez immobilisé les segments invaginé et invaginant.

« Pour si rapide qu'ait été votre intervention, votre petit malade présentera, le soir même, une fièvre s'élevant à 41°. Ne vous alarmez pas outre mesure ; c'est souvent là l'effet de la résorption des produits éminemment septiques qui s'étaient formés dans la cavité close ; ce n'est pas toujours un indice de mort prochaine. Quand vous le jugerez bon, vous procéderez par la suite à la suture des lèvres de la paroi abdominale. N'oubliez pas que, comme tous les porteurs de hernie étranglée, votre opéré est exposé aux complications pulmonaires les plus sérieuses.

« Le nourrisson a un mode de réaction qui lui est spécial ; il pousse à tout propos, il pousse toujours. S'il se tire d'affaire, il ne se privera pas de couper sa paroi et de chasser son intestin à travers ses sutures. Malgré son éventration, vous l'aurez sauvé ; et, grâce à des emplâtres caoutchoutés, enserrant fortement son ventre, vous obtiendrez une guérison secondaire.

« Vos manœuvres d'expression n'ont-elles abouti à aucun résultat, à quelle résolution vous déciderez-vous ?

« A la constitution d'un anus iliaque ? Tous les invaginés du bas-âge soumis à cette intervention ont succombé.

« A une antéro-anastomose consécutive à une resection de l'intestin ? Jusqu'ici on n'a obtenu par ce moyen que quatre ou cinq guérisons. Essayez-en ; c'est la seule chance de salut qu'il vous reste à tenter ».

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement du Choléra

La *Vaccination* (Haffkine) paraît efficace.

La *Sérothérapie* (Salimbeni) n'a pas encore fait ses preuves.

Prophylaxie. — Faire bouillir l'eau de boisson.

Ne manger que des légumes et des aliments cuits. Faire griller le pain qui a pu être souillé chez le boulanger. Bannir de l'alimentation toute substance suspecte indigeste, provoquant la diarrhée (melon, concombre).

Eviter les purgatifs, surtout les purgatifs salins durant l'épidémie.

Soigner rigoureusement toute diarrhée dès son apparition.

Invasion de la maladie. — Pas d'alimentation durant le cours de la maladie.

Donner :

Calomel	0 gr. 30 à 0 gr. 60

en une fois ou :

Calomel	0 gr. 10 à 0 gr. 15

Pour 1 paq. n° 6, un toutes les 2 heures.

Chlorodine des Anglais : remède populaire en Angleterre.

Chloroforme	15 gr.
Ether sulfurique	10 gr.
Acide perchlorique	15 gr.
Teinture de chanvre indien	10 gr.
Teinture de capsicum	15 gr.
Acide cyanhydrique médicinal	5 gr.
Morphine	5 gr.
Essence de menthe poivrée	25 gr.
Mélasse	100 gr.

Bien agiter avant de s'en servir, de V à XX gouttes.

ou :

Teinture de valériane	10 gr.
Laudanum de Sydenham	ãã 6 gr.
Alcoolature de mélisse	ãã 6 gr.
Essence de menthe	X gouttes

XXV à XXX gouttes après chaque garde-robe dans un peu d'eau sucrée. (LEREBOULLET.)

Contre les vomissements. — Glace. Eau de Seltz. Champagne frappé. Potion de Rivière. Eau chloroformée.

ou :

Laudanum de Sydenham	XV gouttes
Ether sulfurique	4 gr.
Eau de fleur d'oranger	ãã 30 gr.
Sirop de limons	ãã 30 gr.
Eau de tilleul	90 gr.

1 c. à s. toutes les heures ou les 2 h.

(CONSTANTIN PAUL.)

Contre l'algidité. — Maintenir le malade couché et le réchauffer. Frictions sur le corps en évitant les rubéfiants qui détermineraient des lésions de la peau. Bains chauds à 40° de 20 minutes. Boissons stimulantes chaudes. Thé alcoolisé, etc.

Acétate d'ammoniaque	8 gr.
Liqueur de Hoffmann	ãã 4 gr.
Teinture de cannelle	ãã 4 gr.
Elixir parégorique	6 gr.
Rhum	60 gr.
Sirop de punch	40 gr.
Eau	200 gr.

1 c. à s. toutes les 1/2 heures.

(SALANOUE-IPIN.)

Injections hypodermiques d'éther, de caféine, d'huile camphrée.

Combattre la déshydratation (principale indication). — Injections hypodermiques ou intraveineuses de sérum artificiel de Hayem : 300 à 500 gr., 2 à 3 fois par jour.

Sérum artificiel de Hayem	300 à 500 gr.

Ou injecter 1 à 2 litres dans les veines à la température de 38° de :

Chlorure de sodium	4 gr.
Sulfate de soude	10 gr.
Eau stérilisée	1000 gr.

(HAYEM.)

ou de :

Chlorure de sodium	3 gr. 50
Carbonate de soude	3 gr. 50
Eau stérilisée	1000 gr.

(P. MAUSON.)

Eviter l'introduction de l'air dans les veines. Renouveler jusqu'à cinq ou six fois si besoin l'injection.

Lavage de l'intestin avec 2 à 6 litres de :

Eau bouillie tiède	1000 gr.
Tannin	50 gr.

En cas de dyspnée. — Inhalations d'oxygène. Ventouses sur la poitrine.

Si la réaction se produit. — Lactose. Eaux minérales ou tisanes diurétiques. Veiller à la miction ; le cathétérisme peut s'imposer.

En cas d'accidents méningitiques, glace sur la tête.

Durant la convalescence. — Alimentation très lente et progressive : Régime lacté. Bouillon aux légumes, etc.

J. NOIR.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

L'hygiène des œufs.

Autrefois, les œufs étaient considérés comme un aliment sain pour le sujet bien portant, comme un reconstituant sûr pour le malade. A la ville et à la campagne, c'est avec une quiétude entière que l'on consommait les œufs ; tout au plus dans la saison automno-hivernale, époque à laquelle on est obligé de manger des œufs conservés, vous arrivait-il d'acheter parfois un œuf altéré, mais c'était chose rare. On jugeait d'ailleurs « à première vue » de l'état de fraîcheur des œufs, et l'on ne savait pas, comme aujourd'hui, que ceux-ci étaient capables de déterminer des intoxications alimentaires. Cependant la consommation des œufs a notablement augmenté ; elle atteint aujourd'hui chaque année près de trois milliards, et la production de la France étant devenue insuffisante, on doit recourir, plus qu'autrefois, à l'importation, aux œufs de conserve.

Dès lors, il est de tout intérêt de voir comment les œufs s'altèrent, comment on peut éviter leur altération.

I. — *Les altérations des œufs.*

A priori, il semblerait que l'œuf, protégé par une coquille intacte, soit à l'abri de tout danger ; mais la coquille est un élément poreux, qui peut laisser passer les germes de l'air, et, qui plus est, toutes les coquilles n'ont pas la même épaisseur ni la même résistance les unes que les autres ; cela dépend de la quantité de sels de chaux dont dispose la poule ; dans les pays granitiques, contrairement à ce qui se passe dans les pays à sol calcaire, la chaux est rare, par suite les coquilles sont généralement minces et friables.

Cependant, les modifications qui se produisent dans l'œuf, dans les conditions naturelles, tiennent : 1° d'une part, à un phénomène physique : l'évaporation d'une partie de l'eau de constitution de l'œuf qui s'effectue à la faveur des pores de la coquille ;

2° D'autre part, à un phénomène chimique : la fermentation des milieux de l'œuf, occasionnée par des diastases ou par des micro-organismes.

1° Les matières albuminoïdes entrant dans la composition de l'œuf normal, contiennent une proportion d'eau qui est d'environ 80 %. Au fur et à mesure que l'œuf vieillit, une partie de cette eau de constitution s'évapore, grâce à la perméabilité de la coquille, et la perte de volume qui résulte de ce fait, entraîne une concentration des milieux de l'œuf ; il se produit consécutivement une augmentation de plus en plus considérable de la chambre à air, les chalazes se détortillent, et la membrane vitelline, qui enveloppe le jaune, se plisse. Si l'air, qui pénètre dans l'œuf, pour combler ce vide, est vicié par une odeur quelconque, celle-ci se communique à l'œuf. Nous verrons d'ailleurs combien est fréquente l'imprégnation des œufs par l'odeur désagréable de cetaines matières d'emballage : paille, foin, fibre de bois, etc.

2° A mesure que ces changements physiques se produisent, il s'opère, dans la substance intime de l'œuf, des phénomènes chimiques d'oxydation et de fermentation diastasique, qui se traduisent objectivement par l'odeur et le goût de *vieux,* que prennent les œufs pondus depuis un certain temps.

Mais, en plus de ce processus de vieillissement, qui est absolument normal, et qui n'entraîne que des modifications insignifiantes dans les qualités organoleptiques des œufs, des altérations plus graves et plus profondes peuvent survenir du fait de leur envahissement par certaines moisissures ou par certains microbes (1).

Dès le moment de la ponte, en effet, la coquille de l'œuf se trouve fatalement souillée à son passage dans le cloaque, réceptacle excessivement riche en germes de toutes sortes, qui, venus de l'intestin ou du dehors, se déposent en grand nombre pendant le travail d'expulsion de l'œuf sur la surface gluante de la coquille. Après la ponte encore, l'œuf se trouve souillé forcément au contact des excréments, des déjections ou des germes, ordinaires, qui existent dans les pondoirs, les nids, sur le fumier ou sur la paille.

Cependant la pénétration des *moisissures* n'a lieu que chez les œufs souillés par un enduit humide, propice à la végétation de ces champignons inférieurs, et cette pénétration ne peut s'effectuer si la coquille est propre et sèche.

Il en est autrement pour la pénétration des *microbes.* Celle-ci se produit sous l'influence des abaissements de température, qui provoquent une contraction des milieux de l'œuf : dans ces conditions, les microorganismes déposés à la surface de la coquille se trouvent entraînés à l'intérieur en même temps que l'air et les buées.

Des œufs ne portant aucune maculature peuvent donc suivant ce mode recevoir des germes ; mais qui plus est, au moment de la ponte, des œufs sont parfois déjà contaminés intérieurement, des œufs frais contiennent déjà dans leur substance des éléments de décomposition ; les microorganismes du cloaque sont en effet susceptibles de passer dans l'oviducte et de se trouver emprisonnés dans l'œuf avant la formation de la coquille. Cette pénétration s'opère surtout pendant l'accouplement, et il est facile d'en saisir le mécanisme. On s'explique ainsi que l'on trouve, parmi les

(1) Lorsque ces microorganismes végètent en quelques points isolés, ils forment des plaques, noires ou verdâtres, localisées ; les œufs sont dits *tachés.* Il existe aux Halles centrales de Paris toute une corporation, celle des *compteurs-mireurs,* dont le métier est de déceler ces taches pour juger de la qualité des œufs. Ces « mireurs » s'installent dans un sous-sol, en pleines ténèbres, et ils « mirent » les œufs à la lumière d'une bougie, placée devant eux, dans un chandelier à ressort, de façon que le niveau de la flamme, reste constant. Avec une vitesse remarquable, avec une précision presque infaillible, à la simple inspection de la forme et de la couleur des taches qui transparaissent à travers la coquille, ils reconnaissent si l'œuf est « étalé », « galeux », « gelé », « frisé », « sanglant », « humide », etc.

Lorsque les germes ont envahi toute la substance de l'œuf, il se produit une décomposition profonde des matières albuminoïdes avec dégagement de gaz nauséabonds ; les œufs sont alors dits *pourris.*

œufs fécondés, un plus grand nombre d'œufs frais contenant déjà des germes, et l'on comprend la raison de ce fait bien connu que les œufs non fécondés sont d'une conservation bien plus facile que les œufs fécondés.

***

II. *La conservation des œufs.*

Les facteurs qui favorisent les altérations des œufs étant connus, il est facile d'en déduire les principales indications qui doivent être réalisées pour *conserver* autant que possible aux œufs, les qualités qu'ils possèdent à l'état frais. Ces conditions sont au nombre de quatre :

1° S'efforcer d'empêcher la pénétration des germes à l'intérieur de l'œuf ;

2° Détruire les germes microbiens qui s'y trouvent, ou mettre obstacle, tout au moins, à leur développement ;

3° Réduire au minimum l'évaporation de l'eau de constitution de l'œuf ;

4° Eviter le contact de matières odorantes.

Il convient tout d'abord de s'adresser aux germes extérieurs pour éviter leur pénétration éventuelle, et pour cela, de débarrasser par un brossage léger les coquilles des souillures excrémentielles et des taches de sang qui peuvent s'y trouver. On tue également les germes qui adhèrent à leur surface par la chaleur (ébullition de quelques secondes dans l'eau), ou par un lavage avec une solution d'une substance antiseptique, inodore et inoffensive.

Mais il est plus difficile d'agir sur la vitalité des germes abrités à l'intérieur de la coquille, sans nuire à l'œuf lui-même ; tout au plus cherchera-t-on à entraver leur développement. La plupart des agents chimiques utilisables dans ce but doivent être éliminés, parce qu'ils porteraient atteintes aux qualités alimentaires de l'œuf ; il faut des antiseptiques sans aucune toxicité, sans aucune action sur l'albumine, complètement inodores et insipides. On emploie le sel marin, la chaux, le silicate de potasse, en solutions étendues, ou le gaz carbonique ; qu'il s'agisse de liquides ou de gaz, la pénétration s'opère par osmose, grâce à la perméabilité de la coquille.

Conservation des œufs à l'état sec. — Certains procédés, basés sur l'empirisme, consistent à mettre les œufs dans la cendre de bois, dans le blé, dans la farine, ou plus simplement encore dans du papier ; ils ne permettent évidemment qu'une très brève conservation ; mais on peut cependant en tirer un parti avantageux pour la consommation domestique.

Pour obtenir une conservation de longue durée susceptible d'une utilisation commerciale, on est obligé de mettre en œuvre des procédés un peu plus compliqués, qui tous se proposent, en obstruant les pores de la coquille, d'arrêter la perte en eau par évaporation et d'empêcher l'accès de l'air et des microoganismes. Ici encore un certain nombre de procédés ne donnent que des résultats douteux : la paraffine, même stérilisée, ne conserve pas les œufs au-delà de deux mois ; — la *gomme laque, la colophane, donnent* des résultats peut-être un peu meilleurs, mais elles communiquent aux œufs un goût résineux très désagréable, — les solutions d'albumine, de gomme, de dextrine, ont le grave inconvénient de constituer autour de l'œuf un milieu de culture très propice aux germes ; — le silicate de potasse est peu pratique.

Quant au *saindoux*, il semble donner toute satisfaction ; les pores de la coquille sont devenus imperméables à l'air, aux gaz et aux microbes. D'autre part, l'air qui se trouve naturellement dans l'œuf n'est pas suffisant pour faire vivre les germes de l'intérieur. Cependant il faut avoir soin, en préparant les œufs, de les enduire uniformément de graisse, sans en mettre trop. En outre, pour éviter qu'aux points de contact ne se développent des moisissures, des taches grises, il est bon — en les déposant dans les corbeilles ou des caisses de bois — de les séparer avec de l'étoupe pour qu'ils ne se touchent pas entre eux, et de les coucher sur une légère épaisseur d'étoupe ou de frisure de bois. Enfin, peu importe la température du *milieu* dans lequel on dépose les œufs à conserver, *pourvu qu'il soit sec.*

Des résultats inconstants sont donnés par le procédé qui consiste à soumettre les œufs à une ébullition de quelques secondes ; 12 à 15 secondes stériliseraient la couche extérieure de la coquille et renforceraient sa protection par une couche d'albumine coagulée. (En Allemagne, cette méthode donna un déchet de 50 % après huit mois de conservation).

On peut encore se contenter de détruire les germes de la coquille en trempant l'œuf dans une solution antiseptique (silicate de potasse à 10 %, acide borique à 5 %), et, après l'avoir séché, l'envelopper dans du papier de soie pour ralentir l'évaporation de l'eau.

Conservation dans les liquides. — L'immersion des œufs dans un liquide antiseptique constituerait une méthode idéale, car, en empêchant l'évaporation de l'eau constitutive de l'œuf, elle détruirait les germes déposés à la surface de la coquille et gênerait le développement des microbes contenus dans l'œuf ; malheureusement une partie de l'antiseptique passe à l'intérieur de l'œuf par suite des échanges osmotiques qui se produisent entre le contenu de l'œuf et le liquide conservateur.

Comme conservateur on a essayé la glycérine diluée, l'eau salée, les solutions boriquées ; mais les plus employés sont l'eau de chaux et la solution de silicate de potasse.

Pour la chaux, on obtient de bons résultats en utilisant une solution de chaux éteinte à 10 p. 1000, à laquelle on ajoute 6 à 10 p. 100 de sel marin. Le déchet est d'environ 10 %, même pour une conservation de dix mois ; de plus, la méthode présente quelques inconvénients : la coquille devient mince et fragile, les œufs ne peuvent plus être consommés à la coque, et ils prennent un goût particulier, dû à la chaux qu'ils contiennent.

Aussi, tous les auteurs sont-ils unanimes à reconnaître que les solutions de silicate sont pré-

férables à l'eau de chaux ; on peut employer soit une solution faible à 3 %, soit une solution forte. Les œufs conservés dans les solutions silicatées ne possèdent aucun goût désagréable. La coquille est moins fragile que chez les œufs conservés à la chaux ; elle éclate cependant encore facilement lorsque les œufs sont plongés dans l'eau bouillante. Contrairement à ce qui a lieu pour les œufs conservés dans l'eau de chaux, les blancs peuvent être battus en neige.

Cependant les Sociétés coopératives du Danemark, qui ont porté à un si haut degré de prospérité le commerce d'exportation des œufs dans ce pays, emploient le procédé à la chaux de préférence au silicate, qui coûte plus cher, et qui, d'après elles, ne donnerait pas de meilleurs résultats.

Conservation par le froid. — Cette méthode ne peut être économiquement appliquée que par des entreprises commerciales, ayant à opérer sur des quantités considérables d'œufs. La température des chambres de frigorification doit en principe se maintenir, avec le moins d'écarts possibles, au voisinage de 1°. Si elle descend au-dessous de 0°, elle risque de congeler les œufs ; si elle monte au-dessus de 3°, elle n'empêche pas le développement des germes. Il faut que la ventilation des chambres soit assurée en permanence d'une façon suffisante, et que leur état hygrométrique varie entre 75 et 80 p. 100 afin de limiter les pertes par évaporation. L'air des chambres ne sera vicié par aucune odeur, aussi évitera-t-on d'entreposer des caisses de poissons, de fromages, etc., au voisinage des œufs.

Il convient enfin de prendre certaines précautions pour retirer les œufs des chambres froides : avant d'être exposés à la température ordinaire, ils seront maintenus quelque temps dans l'antichambre frigorifique dans le but d'éviter un changement trop brusque de température. L'air de cette chambre devra être suffisamment sec, afin qu'aucune buée ne vienne se condenser à la surface des œufs refroidis (1).

C'est grâce à l'emploi du froid, que les œufs provenant de pays éloignés, comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, peuvent aborder le marché anglais. En Amérique, on estime que la valeur des œufs conservés annuellement par le froid dépasse 250 millions de francs. En Autriche, en Allemagne, en Russie, en Bulgarie, l'utilisation du froid pour la conservation des œufs tend de plus en plus à se généraliser. Il en est de même en France, et il est à prévoir que bientôt le froid aura remplacé les procédés actuellement employés, et plus particulièrement l'eau de chaux.

De toutes façons, cependant, dit le Dr Bordas, l'œuf ayant subi longtemps l'action de basses températures doit être considéré comme *œuf de conserve*, quoiqu'étant d'une qualité bien supérieure à l'œuf conservé par l'eau de chaux. En effet, le froid, au bout de 5, 6 et même 7 mois n'altère pas sensiblement l'aspect et l'odeur de l'œuf, alors qu'au bout d'un laps de temps bien moindre, l'eau de chaux rend l'albumine jaunâtre et aqueuse et communique à l'œuf l'odeur caractéristique de la chaux. L'œuf conservé par le froid peut parfaitement être mangé à la coque au bout de 3 à 4 mois. Mais à partir du 4e mois, l'évaporation élargit la chambre à air de la coquille ; dès lors, son utilisation est plus indiquée pour d'autres usages culinaires et aussi pour la pâtisserie. Au point de vue hygiénique, il serait désirable que tous les œufs employés en pâtisserie fussent conservés par le froid (1).

Nous devons encore signaler un perfectionnement important, que vient d'apporter un ingénieur français, M. Lescardé, à la conservation par le froid. Il consiste à placer les œufs dans de grandes boîtes de fer blanc, dans lesquelles on remplace l'air par un mélange de gaz anhydride carbonique et d'azote. Les boîtes sont ensuite fermées hermétiquement et conservées dans des chambres froides, où l'on fait régner une température comprise entre 0° et 2°.

Grâce à ce procédé, les phénomènes d'oxydation étant supprimés, les œufs n'ont plus le goût de vieux ; leur albumine conserve la belle couleur blanchâtre que l'on remarque chez les œufs fraîchement pondus. La conservation ayant lieu en vase clos, il n'y a plus d'évaporation à la surface des œufs, qui conservent intégralement leur plein. Enfin ils peuvent être mangés à la coque même après dix mois de conservation, et même, leur chambre étant très petite, rien ne les distingue au mirage des œufs fraîchement pondus.

D'autre part, la conservation se faisant en vase clos, on n'a plus à s'inquiéter de la ventilation des locaux, ni du degré hygrométrique de l'air des chambres froides, questions d'ailleurs fort complexes ; on peut employer uniquement le mode de refroidissement basé sur la circulation d'un liquide incongelable. La dépense supplémentaire occasionnée par ce perfectionnement se monte en tout à 2 francs par mille. Elle est insignifiante, si on la compare à la plus-value donnée aux œufs.

Dr Fiser.

(1) Les œufs peuvent être conservés pendant une semaine à la température extérieure sans subir aucune altération.

(1) Toutefois, l'usage des œufs de conserve a rencontré dans ces dernières années en France, surtout dans les régions de Bordeaux et de Lyon, une concurrence déloyale dans la vente des jaunes d'œufs d'origine exotique ; et l'on connaît tous les dangers des jaunes d'œufs ainsi vendus séparément.

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

IX. — Prélèvements d'air et de terre.

Air. — Dans la très grande majorité des cas le praticien est dépourvu de toute espèce d'appareil pouvant servir de près ou de loin à faire un prélèvement d'air. Ce n'est pas tant le récipient qui constitue la grosse difficulté que la nécessité d'assurer l'arrivée ou mieux le passage d'une quantité déterminée d'air dans un appareil donné.

Cependant, ici, tout comme en chirurgie, il faut savoir improviser un moyen de fortune. Le laboratoire enverra volontiers un employé faire un prélèvement d'air, mais il peut n'en pas avoir un de libre au moment voulu; il peut envoyer deux ballons contenant le vide de la capacité de 10 litres, mais le réemballage est bien délicat. On demandera donc seulement au laboratoire deux tubes à bourre soluble stérilisés. On appelle ainsi un tube contenant 5 à 10 centimètres cubes de sulfate de soude, ou de chlorure de sodium, ou de sucre, pilé, desséché, fermé d'un côté par un bouchon de coton, de l'autre par une effilure, le tout stérilisé.



a. Bourre soluble (NaCl, sucre, sulfate de soude).
b. Bouchon de coton.

On en demandera deux de peur que si le prélèvement ne réussit pas pour une cause quelconque avec le premier, on en ait un second à sa disposition.

Il s'agit de faire passer 10 litres d'air — à la rigueur 5 suffiraient — à travers le sel contenu dans le tube. Il faut réaliser une aspiration d'air. Il suffit pour cela de monter l'aspirateur de l'appareil Potain sur un litre vide et de relier l'effilure du tube (pipette) contenant la bourre soluble au robinet au moyen d'un tube de caoutchouc assujetti à ses deux extrémités par une ficelle bien serrée. La pipette avec sa bourre représente en somme le malade. Lorsque le vide est fait dans le litre on le laisse se remplir de l'air qui traverse la pipette préalablement débouchée. On recommencera l'opération cinq fois par exemple. On rebouchera ensuite la pipette avec le tampon de coton qui n'aura rien touché pendant ce temps et on flambera l'extrémité dépassante du coton en l'éteignant aussitôt, en l'enfonçant entièrement (en étouffant la flamme) dans le tube; on pourra coiffer ou non avec un capuchon de caoutchouc.

Le procédé consistant à déboucher un flacon plein d'eau, qui en se vidant laisse entrer l'air, dont il se remplit, n'a pas de valeur au point de vue bactériologique à moins d'avoir opéré avec de l'eau stérilisée et d'assurer le bouchage stérile du flacon.

Si l'on possède un aspirateur quelconque de laboratoire de physique, de bactériologie ou de chimie, on s'en servira, bien entendu, de préférence.

La pipette remplie est soigneusement emballée dans une boîte garnie de papier froissé. On indiquera toujours, au moyen d'une étiquette collée sur la pipette, le volume d'air qui aura traversé la bourre soluble.

Cette dernière est dissoute au laboratoire dans une quantité d'eau stérile connue et on est ramené à l'analyse d'une eau déterminée.

Terre. — On peut faire l'analyse bactériologique de la surface du sol ou de la profondeur.

Dans le premier cas, il s'agit d'un prélèvement en surface : l'échantillon est recueilli avec une cuiller préalablement flambée et versé dans un tube à essai stérile fermé par un bouchon de caoutchouc stérile aussi, tel que celui décrit art. III, p. 62, nº 8, 1911, du *Concours.*

Dans le second cas, il s'agit d'un prélèvement en profondeur : demander au laboratoire l'appareil du Dr Fränkel, ou mieux demander au laboratoire d'envoyer quelqu'un pour faire le prélèvement. A propos de ce prélèvement, il ne faut pas oublier qu'il y a dans le sol des zones stériles dont la profondeur peut être variable et que les résultats sont différents suivant que l'on opère en été ou en hiver. L'appareil de Fränkel est une sonde perforante, munie d'un pas-de-vis à son extrémité, et, un peu au-dessus de celle-ci, d'une chambre munie d'un volet qu'on ne fait s'ouvrir que lorsqu'on a atteint la hauteur voulue.

Dr René MARTIAL.

Petite Correspondance de Médecine pratique

Comment doit-on prendre un bain de mer ?

Nous empruntons, pour répondre à cette question, un article, écrit par un de nos confrères dans le *Coutainvillais*, journal d'une des plus belles et des plus *sablonneuses plages du Cotentin* :

Pour retirer tout le bénéfice cherché d'une saison balnéaire, il ne suffit pas de vivre seulement au grand air ; le bain de mer est indispensable presque à tous ; j'en excepte les personnes trop âgées, les enfants au-dessous de deux ans et certains malades.

Dans les plages mondaines, il existe un certain snobisme *qui pousse à l'abandon du bain* comme de la danse du reste, mais le réveil formidable des sports aura bientôt balayé cet usage grotesque.

Ne croyez pas que le bain consiste — suivant la croyance quasi générale — d'entrer doucement dans l'eau, de faire une trempette tranquille et prolongée et de sortir en claquant des dents. Certaines règles sont nécessaires ; ainsi il ne faut se baigner que trois à quatre heures après un repas copieux, deux heures après le petit déjeuner.

Une fois couvert d'un costume de laine d'une ampleur raisonnable, exempt de certains impedimenta que suggère trop souvent la mode, courez au-devant de la mer montante, en dévalant la pente douce du sable de la grève afin que le corps soit en légère moiteur, affrontez d'un seul coup la vague qui déferle et mousse autour de vous, la tête en avant, ce fouettement de la lame est un massage excellent et réchauffant. L'eau est-elle calme ? Remuez le plus possible : le

rêve est de nager. Si vous ne savez, demandez des leçons à votre maître nageur. La natation est en plus un exercice d'assouplissement incomparable.

Restez au bain jusqu'au deuxième frisson, car le premier au contact de l'onde ne compte pas, en tout cas c'est affaire de sensation ; une moyenne de dix minutes est suffisante pour les adultes, cinq à six pour les enfants.

Couvrez-vous d'un peignoir en sortant, activez le pas pour avoir chaud en entrant dans votre cabine. Si la réaction se fait mal, buvez un Porto, les pieds dans de l'eau chaude, et, après une friction au gant de crin, marchez vivement.

Il est bon de ne pas s'essuyer, après le bain, l'eau de mer en s'évaporant dépose son sel sur la peau et la tonifie.

Nous dirons la prochaine fois les avantages que procure le bain.

UDOR.

HYDROLOGIE

La chloro-anémie et les eaux chlorurées *bicarbonatées sodiques*

Le traitement de la chloro-anémie doit remplir une double indication. Il faut d'une part, redonner au malade les divers éléments qui lui manquent ; il faut d'autre part donner à l'organisme l'excitation, le coup de fouet pour ainsi dire, qui lui est nécessaire pour qu'il se suffise à lui-même. Le chloro-anémique n'est pas seulement en effet un affaibli, un débilité, c'est un malade chez lequel existe un trouble de la nutrition se traduisant par une désassimilation intense. Ainsi posées les conditions du traitement de la chloro-anémie, nous pouvons envisager les ressources de la thérapeutique.

On oppose à la chloro-anémie, la suralimentation associée à divers médicaments tels que l'oxyde de fer, l'arséniate de soude, le phosphate de chaux. Mais nous voyons bien que ce traitement est incomplet puisqu'il ne vise qu'à redonner à l'organisme les principaux éléments qui lui manquent sans lui fournir le moyen de les assimiler, de les utiliser. La cure marine paraît réaliser bien davantage les indications que nous avons posées. Toutes les fonctions de l'organisme sont excitées : l'iode, l'arsenic, le chlorure de sodium agissent puissamment puisqu'ils sont absorbés non seulement par inhalation, mais directement par le tégument dans les bains. Néanmoins même à un traitement dont les résultats sont souvent merveilleux, il y a des reproches à adresser. D'abord, ainsi que nous l'avons déjà écrit : « l'eau de mer ne peut offrir aux praticiens désireux de refaire artificiellement la constitution de leurs clients, tous les éléments indispensables qu'ils désirent leur faire absorber ». En outre, on sait que nombre de lymphatiques, de chloro-anémiques, ne peuvent être envoyés à la mer pour des raisons de susceptibilité spéciale. Il n'y a ainsi, à proprement parler, qu'un seul traitement qui puisse être considéré comme spécifique de la chloro-anémie : c'est la cure aux eaux chlorurées sodiques. Gubler avait dit autrefois que certaines de ces eaux sont une véritable lymphe minérale. « Deux litres d'eau équivalent à peu près à 1 litre de sérum ». De cette merveilleuse propriété découle un procédé thérapeutique de premier ordre sur lequel nous reviendrons plus loin. Nous mentionnerons encore la teneur élevée en lithine, en gaz carbonique qui, au point de vue qui nous intéresse, est de toute première importance. De quelle façon le praticien peut-il utiliser la cure des eaux telles que Souitzmatt, Bussang, la Bourboule, St-Nectaire, dans la chloro-anémie ? Tout d'abord, il y a la simple ingestion d'eau ; son action est bien connue : décongestionnante, nutritive et stimulante. Mais cette dernière propriété, cette stimulation de l'organisme, c'est avant tout les bains qui nous la fournissent, et c'est à l'acide carbonique qu'il faut en rapporter tout le mérite. Ces bains seront pris à diverses températures ; il y a toujours une température optima par laquelle le malade retire de son bain les meilleurs résultats. Le plus objectif de tous ces effets se remarque après le bain ; tandis qu'après un bain ordinaire un homme normal et à plus forte raison un malade éprouve une impression de lassitude, de grande faiblesse ; ici rien de tout cela : on se sent réellement plus fort, il semble que les chairs aient acquis plus de vigueur et plus de consistance. Ainsi se traduit cette excitation de l'organisme qui est d'un si grand bienfait pour le malade. Mais, nous l'avons vu plus haut, une des plus curieuses et des plus remarquables propriétés de l'eau de St-Nectaire est l'analogie de composition qu'elle présente avec le sérum sanguin. Cette constatation nous a directement conduit à utiliser un procédé thérapeutique d'une grande efficacité ; nous voulons parler des injections hypodermiques de l'eau chlorurée sodique. Cette médication vient à son heure en un temps où la sérothérapie est si justement en honneur. Mais, remarquons-le bien, il s'agit ici d'une médication naturelle, nos expériences nous ayant montré que l'eau pouvait être injectée en nature. Nous avons d'ailleurs consigné nos recherches à ce sujet dans une brochure (A. VERSEPUY, *les eaux chlorurées sodiques de St-Nectaire en injections hypodermiques*, Paris, 1898).

Disons maintenant un mot des malades que nous aurons ainsi à traiter ; ce sont tous les anémiés, que ce soient des lymphatiques constitutionnels ou des convalescents. Dans l'anémie palustre, mêmes indications. Et, notons-le en passant, tous ces malades sont souvent à d'autres points de vue menacés : l'estomac fonctionne mal, sans être lésé, le rein laisse filtrer l'albumine sous forme d'albuminurie intermittente. Bref, il faut que le traitement que l'on opposera à la chlorose convienne aussi aux troubles de ces divers appareils. Or ces eaux s'adressent également à ces maladies.

Dr VERSEPUY
(de Saint-Nectaire).

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place

(*Suite*)

Réunion tenue à l'Hôtel de Ville de Quimper le 3 juillet 1911

Ici encore la parole est à nos correspondants.

Répondant à l'invitation si aimable qu'ils avaient reçue du *Concours médical*, une dizaine de confrères se réunissaient, le lundi 3 juillet 1911, à l'Hôtel-de-Ville de Quimper, sous la présidence du docteur Le Moaligou, de Quimperlé.

Déplorons tout d'abord l'abstention, coutumière, hélas ! de la majorité de nos confrères. La plupart sans doute n'avaient même pas lu l'invitation ; d'autres, l'ayant lue, s'étaient dit peut-être : « A quoi bon nous déranger : il ne sort jamais rien de ces réunions-là ! ».

C'est vrai, confrère, ce fut du moins vrai jusqu'ici. Et pourquoi ? Justement *parce que nous ne nous réunissions pas en réalité*. Quelques-uns d'entre nous, toujours les mêmes, se réunissent ; *ceux-là en tirent profit et reviennent.* Faites donc comme eux, dérangez-vous de temps en temps et nos syndicats prendront la vie qu'ils doivent avoir.

Ceux-là peuvent vivre ; ils sont bien viables en effet, puisque bien qu'à l'état de vie ralentie, ils subsistent quand même ; il faut maintenant les amener à la vie active, et ce sera facile.

Notez que tous nous avons besoin du Syndicat aujourd'hui, parce que tous nous avons à nous défendre, étant quotidiennement en butte à des attaques de tout genre, tous aussi nous le savons, mais pourquoi ne faisons-nous pas plus preuve de cohésion ? La présente réunion avait précisément pour but, ainsi que nous l'expliqua très clairement et sur un ton d'entretien chaleureusement amical, le docteur Jeanne, qui nous incitait à secouer notre torpeur syndicale en sachant qu'actuellement se dessine un peu partout un réveil qu'il faudrait généraliser. Et pour cela, faisons, il le faut, des syndicats moins vastes où nous ayons tous les mêmes intérêts locaux.

Nous y pourrons bien étudier et bien solutionner les questions de tous les jours, et ces Syndicats se montreront si vite utiles que tous y viendront. Faut-il mentionner aux confrères de la région que ceux de Quimper en ont ainsi fait ?

Tout en restant attachés au Syndicat du Sud-Finistère, ils ont constitué une sorte de *sous-syndicat*, ou, pour mieux dire, ils n'ont pas créé d'organisation, ils ont *créé des réunions*, ce qui vaut beaucoup mieux et *ils en tiennent souvent*, et ils en tirent de si grands avantages qu'ils y viennent tous. Un des principaux avantages qu'ils en retirent est le recouvrement commun de leurs créances donnant les meilleurs résultats. Nous sommes heureux d'apprendre à nos confrères que, s'ils le veulent, il leur est possible de bénéficier de leur organisation, en leur donnant la commission d'usage : 10 %. Ils pourront pour cela se renseigner près du secrétaire....

Nul doute que tous apprécient ce moyen commode et qui nous manquait jusqu'ici de recouvrer nos créances difficiles.

Quand, au lieu d'avoir à nous occuper de questions locales, ces petites questions de chaque jour si intéressantes pour nous, nous avons à nous occuper de grosses questions, tout en gardant notre autonomie : nous nous réunissons en une fédération de plusieurs syndicats, tantôt plusieurs arrondissements, tantôt un département, tantôt même une région.

Nous pouvons ainsi faire peser d'un poids bien plus imposant notre volonté et devenir bien plus certains de la réussite. Exemple local : La protestation des Syndicats de Brest et de Quimper l'an dernier, au sujet des certificats d'infirmités et d'incurabilité, a réussi parce que nous avons fait bloc une fois en protestant vigoureusement.

C'est le meilleur encouragement à continuer dans cette voie. Donc, confrères, venez le plus possible aux réunions de nos Syndicats : essayons de les rendre plus fréquentes et, à la prochaine rencontre, constituons cette entente départementale entre nos Syndicats qui nous rendra plus forts.

Et nous assurerons ainsi notre défense collective.

Mais, nous dit très bien le docteur Jeanne, si la défense collective est une belle chose, songeons aussi à notre défense individuelle et c'est là que le *Concours médical*, après nous avoir donné des conseils, nous donnera son appui. Connaissez mieux le *Concours* et ses filiales et voyez-y le moyen d'améliorer votre situation et de vous protéger.

Dans le *Concours* lui-même, journal hebdomadaire, vous trouverez une véritable agence de renseignements professionnels. Quelque difficulté que vous trouviez, quelque renseignement dont vous ayez besoin, adressez-vous au *Concours* dont vous serez l'abonné, et il vous sera toujours répondu de la façon la plus aimable ; ceux de vous qui en ont tâté pourront vous le dire. Et d'ailleurs le *Concours* publie tous les ans l'*Agenda Memento du praticien* que vous recevez gratuitement en plus du journal et qui vous donnera tout ou presque tout ce qui vous intéresse. C'est étonnant ce qu'on y trouve de choses, et il ne fera que s'améliorer en vieillissant.

Parlez-en encore à ceux qui le possèdent, et vous aurez aussitôt envie de vous abonner au *Concours* pour le posséder.

Mais, confrères, ce n'est pas tout, nous dit le docteur Jeanne, le *Concours médical* vient, en s'accordant avec l'Association générale des médecins de France, de fonder la *Mutualité familiale des Médecins français*, grâce aux diverses combinaisons de laquelle vous pourrez à peu de frais assurer vous et votre famille contre les aléas de la vie. Vous pourrez à peu de frais vous assurer par la branche M. A. une indemnité de 10 fr. par jour de chomage provoqué par une maladie ou un accident ; vous pourrez combiner cette assurance avec une pension de retraite moyennant une prime des plus modérées, et n'oubliez pas que tout ceci sera aidé par l'Association générale, laquelle aujourd'hui, grâce à cette entente, entre résolument dans sa voie de société de Prévoyance et de Secours mutuels, alors que, il faut le reconnaître, jusqu'ici, elle ne remplissait qu'assez vaguement ce rôle par les quelques indemnités et secours qu'elle distribuait à quelques-uns. Aujourd'hui ce n'est plus cela, il y en aura pour tous.

Elle interviendra pour nous aider tous à diminuer nos cotisations dans une intéressante proportion, et à nous garantir absolument ce qu'on nous promet.

Si vous voulez vous assurer une retraite et n'osez trop aller de l'avant, commencez par vous inscrire pour une part de 120 fr., ce ne vous sera guère sensible, mais vous fera voir les immenses avantages de la combinaison et vous en viendrez vite à cotiser pour dix parts, maximum statutaire, vous assurant une retraite de 1.200 fr. que vous pouvez combiner avec l'indemnité maladie.

Pour que nous puissions nous renseigner plus facilement encore, nos amis de Paris créèrent séance tenante un comité de propagande du *Concours médical*, où entrent pour cette région les docteurs Colin et Renaut, de Quimper, et Damey, de Douarnenez. A ceux-ci demandez tous renseignements, ils se feront un plaisir de vous les donner ; attendez-vous d'ailleurs à ce que parfois ils soient les premiers à vous parler de tout ceci.

Et sachez que maintenant tout médecin peut facilement, grâce au *Concours médical*, assurer sa tranquillité morale.

Il peut l'assurer complètement grâce à un autre fils du *Concours*, nous dit ensuite le docteur Boudin, en nous parlant à son tour du « Sou médical ». Sachez que cette branche filiale du *Concours* vous assure, moyennant le modique somme de 20 fr. par an, contre les procès et contestations, et même les condamnations à dommages et intérêts que peut vous valoir la reconnaissance de certains clients.

« Si l'on vous suscite une affaire d'ordre professionnel, en justice de paix, vous serez soutenu par les conseils juridiques du « Sou », venant de son excellent avocat, Me Gatineau, avec lequel bientôt je collaborerai, nous dit le Dr Boudin, car pour pouvoir m'occuper du « Sou » avec plus de compétence juridique, je fais mon droit, viens d'être reçu bachelier et serai licencié dans un an. Vous serez donc soutenus par des conseils, mais vous serez aussi soutenus pécuniairement et même, s'il le faut, le « Sou » prendra absolument l'affaire en main, la dirigera, la poussera jusqu'où vous, qui abandonnés à vos seuls moyens, ne l'auriez certes pas poussée, et ainsi vous vous sentirez forts, et ne vous laisserez plus berner, Le « Sou » ira en effet aussi loin qu'il le faudra pour soutenir vos intérêts qui sont ceux de tous, et vous pouvez être certains que, suivant son habitude, il gagnera à peu près tout ce qu'il entreprendra.

Si la question est d'intérêt général, tous vos frais vous seront payés, même votre avocat, même les dommages et intérêts si par hasard vous y êtes condamnés, jusqu'à 2.000 fr., chiffre d'ailleurs très rarement atteint.

Sachez d'ailleurs que le « Sou » s'est acquis une influence très grande et se permet déjà d'intervenir comme arbitre et comme soutien des médecins partout où ils en ont besoin. Relations en haut-lieu, fonds secrets, moyens d'action d'ordres divers, quoique toujours honorables et contrôlés, lui assurent de fréquents succès en mille matières qui ne sont pas du domaine de la jurisprudence.

En un mot, partout où un médecin, ou les médecins ont à se défendre, ils peuvent trouver le « Sou » qui vaincra pour eux. Et cela pour une cotisation de 20 fr. seulement ! Il suffit de le bien savoir pour y adhérer. »

C'est d'ailleurs le résultat qu'obtint le docteur Boudin par sa voix persuasive et quand nous nous séparâmes, nous étions tous du « Sou », ce qui nous fit encore regretter de ne pas avoir été plus nombreux. Il est vrai que ce sera maintenant l'affaire du comité de propagande qui ne se fera pas faute de vous en parler, confrères, jusqu'à ce que vous vous rendiez à ses raisons.

Quand nous nous séparâmes, cette réunion ne fut pas suivie d'un banquet, malgré *le désir que l'on éprouvait* de prolonger le contact avec les deux représentants du *Concours médical*. Mais savez-vous pourquoi ? C'est qu'ils nous avaient dit avec leur habituelle franchise : « L'argent que l'on consacre à de trop nombreux banquets ne serait-il pas mieux employé par l'abonnement au *Concours*, la cotisation au « Sou » et à la *Mutualité familiale* ? ». Et nous dûmes reconnaître qu'ils avaient encore une fois raison.

Pour le Comité de propagande.

Dr DAMEY.
(Douarnenez).

Ne tournons pas la page du Finistère sans avoir remercié notre ami Colin, de Quimper, de l'accueil qu'il nous avait préparé, et le Dr Le Moaligou (de Quimperlé) qui nous apporta, en présidant la dernière réunion, l'appui de son autorité de vieux membre pratiquant du *Concours Médical*.

Retenons aussi que la décision paraît bien prise de créer dans chaque arrondissement un syndicat autonome, après quoi ceux-ci feront la fédération départementale. Il nous a même semblé que notre si dévoué collègue du Conseil de l'Union, M. Dubuisson, avait toutes chances d'être porté à la présidence de celle-ci et qu'il serait appelé à provoquer la révision du tarif des interventions dans le service d'assistance médicale, lequel contient des lacunes et des insuffisances démontrées par la pratique.

Constatons enfin que l'activité syndicale est pour tous évidemment subordonnée à l'élection dans chaque bureau de confrères jeunes, non pourvus de monopoles, assez fréquemment renouvelés pour que le programme d'action embrasse successivement toutes les questions et donne satisfaction à tous les besoins.

Dr JEANNE et Dr BOUDIN.

(*A suivre*).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Sociétés de secours mutuels d'usine.

L'art de se faire 20.000 francs de rente en faisant de la philanthropie sur le dos des médecins *et la maladie des ouvriers.*

—Note sur la façon dont un puissant industriel à X. (Ardennes), préposé au sort de trois millions de capitaux et à l'existence d'un millier d'ouvriers, trouve le moyen de se faire des rentes non seulement avec le travail, mais encore avec la maladie de ses subordonnés.

Il existe dans les Ardennes une caisse de maladie clandestine, fonctionnant depuis vingt ou vingt-cinq ans, connue par les ouvriers sous le nom de « Caisse noire » parce que l'obscurité la plus complète n'a jamais cessé d'y régner sur l'emploi des fonds. Vainement vous tenteriez de connaître les statuts de cette Caisse ; il n'y en a pas. La Préfecture ne les connaît pas, les ou-

vriers pas davantage. Le patron seul connaît les statuts, mais le parquet n'a jamais eu l'indiscrétion de les lui demander. Il n'existe pas non plus de règlement connu par les ouvriers de l'usine.

Malgré plusieurs mises en demeure formelles, le patron n'a jamais eu la condescendance de fournir à ses ouvriers des comptes rendus financiers des exercices écoulés. A l'entendre cependant, sa générosité serait sans bornes, car elle seule, chaque année, subviendrait au déficit de la caisse, lequel s'élèverait annuellement, selon l'intelligence de ses interlocuteurs, de fr. 6000 à fr. 12.000 ou même fr.16.000.

Echo d'une conversation récente : L'ouvrier X. est nouvellement embauché à l'usine.

Au bureau :

« Voulez-vous faire partie de la Caisse de la maladie ? Grands avantages, etc.... »

Réponse — Montrez-moi les statuts.

— Il n'y a pas de statuts.

— Alors montrez-moi le règlement.

— Il n'y a pas de règlement, et après tout vous n'êtes pas obligé de faire partie de la Caisse.

L'ouvrier, à l'heure actuelle, ne fait partie ni de la Caisse, ni de l'usine.

Les versements des ouvriers participant à la Caisse s'élèvent à 3 % de leur salaire qui leur sont ponctuellement retenus sur chaque paiement de quinzaine.

Par le fait même, ces versements sont très inégaux à cause de la diversité des salaires. Tandis que certaines catégories d'ouvriers versent de cent à cent vingt francs par an, d'autres versent de trente à quarante francs par an. La moyenne des versements paraît être de fr. 50 environ. Elle est dans les Sociétés de Secours mutuels ordinaires, de fr. 24 environ, malgré l'existence habituelle d'une Caisse de retraite en surplus, dont il n'est pas question à l'usine en question.

Quels sont les avantages de la Caisse ? Ils sont bien petits, lorsque l'on songe à la grandeur du sacrifice consenti par les ouvriers :

En cas de maladie, gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques ; de plus, trente-trois sous par jour d'indemnité de maladie à partir du cinquième jour seulement. Ce sont là des avantages consentis avec des cotisations minimes par les Sociétés de Secours Mutuels les plus modestes. Encore faut-il considérer que ces dernières en font généralement bénéficier les blessés, tandis que la Caisse de l'usine ne garantit que les malades.

De plus, la Caisse de maladie prend toutes sortes de précautions pour se défendre contre les fuites de numéraire. Elle n'admet dans son sein tutélaire que les ouvriers âgés de moins de 40 ans, inscrit d'office les gens robustes ou de bonne mine, repousse d'office les malingres et les chétifs. Périodiquement, les médecins reçoivent l'écho des lamentations patronales sur la débauche de médicaments, dont le meilleur serait la « queue de cerises ». Lorsqu'une maladie dure trop longtemps, au gré du patron, ce dernier informe le médecin qu'il ait à guérir le malade dans les huit jours ; sinon ce dernier cesserait de jouir des avantages de la Caisse de maladie (ce n'est pas une fantaisie, la preuve de ce que j'avance existe). A défaut de statuts, à défaut même d'existence légale de la Caisse, le malade ne peut pas protester contre la mesure qui le frappe.

Quel est le chiffre de recettes de la Caisse de Maladie ? Le fondé de pouvoirs de l'usine, M. Z... me confiait jadis, dans un élan d'enthousiasme, que l'usine X... distribuait annuellement deux millions de salaires. Sur les 1000 ouvriers, 500 environ au moins appartiennent ou appartenaient à la Caisse de secours, selon les confidences faites à un tiers par un comptable de l'usine. Ces 500 ouvriers devraient toucher un million de salaires ; 3 % d'un million de salaires représentent fr. 30.000.

Quel est le chiffre de dépenses de la Caisse de maladie X... ? Un médecin qui soignait la majeure partie des ouvriers de l'usine me confiait que sa note s'élevait en moyenne de fr. 2.500 à 3.000, blessés compris ; or, comme on lui reprochait que sa note était aussi élevée que celle des autres médecins réunis, le total des frais médicaux ne devait logiquement pas s'élever au-dessus de fr. 6.000. Ajoutez fr. 6.000 pour les frais de pharmacie. Comment calculer l'indemnité de maladie ? A la Macénienne, à Mézières, existe une Caisse de secours qui ne paie pas les soins médico-pharmaceutiques, mais seulement une indemnité de fr. 2 par jour et non de trente-trois sous comme dans l'usine X.... Or cette caisse remplit ses engagements en demandant à ses adhérents un versement de fr. 0.50 par mois, de fr. 6 par an. *Il est à présumer qu'à l'usine* X... il ne faut pas plus de fr. 6 par an et par tête, soit fr. 3.000 pour les 500 adhérents de la Caisse de maladie, pour couvrir les frais d'indemnité de maladie. Un autre calcul me conduit d'ailleurs à la même conclusion.

Additionnez tous les chiffres de dépense (qui représentent des maxima), et vous arriverez à frs 15.000.

Il est évident, comme il n'y a ni Caisse de retraite ni Caisse de réserve, *que les frs 15.000* restants constituent la commission de l'honnête administrateur X.... qui, de ce seul fait, a pu, depuis 20 ou 25 ans, réaliser une *jolie fortune sur le dos de ses travailleurs lesquels lui rapportent toujours, soit qu'ils peinent dans l'usine, soit qu'ils râlent dans leur lit.*

X...

Un autre fait tout aussi édifiant: Dans une verrerie de la Somme, lorsqu'un verrier est malade et qu'il va chercher un médecin, la visite coûte deux francs. *Or le verrier n'a pas d'argent, car il n'est payé qu'en jetons ou bons de caisse acceptés par les commerçants. Le bureau de l'économat de la verrerie fait l'avance du coût de la visite, mais le compte de l'ouvrier est débité de* trois francs. (Vie tragique des travailleurs, Léon et Maurice Bonneff).

C'est là une des beautés de ce que l'on est convenu de désigner sous le nom de truck-system. *Ce moyen procure de tels avantages à certains patrons peu*

scrupuleux que la Vie tragique des travailleurs *nous montre qu'un patron, pour défier la concurrence, avait imaginé de vendre sa marchandise à prix coûtant, les* 10 *ou* 20.000 *frs qu'il gagnait dans son économat lui suffisant amplement pour le rémunérer des capitaux engagés et représenter le bénéfice de l'exploitation.*

Ch. Diverneresse.

MÉDECINE PUBLIQUE

Constatations de décès

La mort de cette malheureuse Lantelme remet sur le tapis la question de l'intervention de la magistrature dans les familles ou dans les circonstances où se produit un décès, soit subitement, soit par accident ou suicide.

On n'est pas libre de mourir tranquillement de mort subite, qui peut être naturelle, sans que la police ou la magistrature intervienne ; et je ne sais rien de pénible comme cette intervention de la police au sein des familles dans certains cas où elle est et où on la sait inutile.

C'est — de par la loi — le maire, officier de l'état-civil, qui est chargé de constater les décès survenus dans sa commune, c'est-à-dire de rechercher les causes de la mort et surtout de s'assurer que cette mort est naturelle.

Il y a dans cette recherche un intérêt social — le crime présumé, l'auteur devant être poursuivi et châtié — et un intérêt statistique.

Le maire délègue généralement un médecin pour faire ces constatations : c'est le médecin de l'état-civil — constatant les naissances et les décès, ou les unes ou les autres seulement — plus connu généralement sous le nom de *médecins des morts*, titre aussi désagréable qu'inexact.

Lorsqu'un décès est déclaré dans une mairie, il arrive que l'employé de l'état-civil, devant la connaissance d'un cas de mort subite, se croit obligé de classer ce décès dans les affaires judiciaires et qu'il en avise le commissaire de police au lieu du médecin chargé de la constatation des décès.

Très souvent c'est un vieux cardiaque en traitement que l'on trouve mort dans son lit, un décès par hémorragie cérébrale ou par embolie, syncope, sénilité, etc.

On devrait avoir le droit de mourir subitement et le médecin de l'état-civil devrait suffire à vérifier le fait, tandis que si le commissaire de police intervient, les voisins, la maison, le quartier, se demandent ce qui a pu se passer, — si un gendre n a pas assassiné sa belle-mère ; — si un mari n'a pas étranglé sa femme ; — si des enfants ne se sont point débarrassés de leurs vieux parents.

On n'empêchera pas les réflexions malignes, les suspicions méchantes, les racontars les plus désagréables à l'endroit des familles chez lesquelles *descend* M. le Commissaire.

Le médecin de l'état-civil a pourtant le rôle bien déterminé de constater qu'une mort est naturelle. Si elle ne lui paraît point naturelle il refuse le permis d'inhumer et alors, mais alors seulement, la justice intervient et informe. C'est à lui qu'il devrait appartenir, et dans tous les cas, de mettre en mouvement le corps judiciaire.

S'il s'agit d'un suicide, le médecin de l'état-civil refuse également le permis d'inhumer, même lorsqu'il est convaincu qu'il n'y a pas crime.

Il est tenu d'agir ainsi dans l'intérêt de la statistique, car nous n'en voyons pas d'autres, et l'on ne voit pas très bien quel intérêt la Société peut avoir à connaître le nombre des suicides par pendaison, submersion, couteau, armes à feu, etc.

Les familles cherchent, même s'il s'agit d'un aliéné, à dissimuler un suicide chez elles, et elles essayent assez souvent de le faire. Nous trouvons ce sentiment très légitime et nous ne voyons vraiment pas la nécessité de donner au suicide, par l'intervention du commissaire de police, une publicité très pénible pour la famille déjà très éprouvée par l'événement, — et la statistique n'aurait rien à y perdre puisque la constatation du médecin de l'état-civil serait là, suffisante à tous les points de vue.

D'autre part, le suicide étant contagieux, il y a nécessité d'en masquer les cas le plus possible.

Il est bien évident que s'il s'agit d'une mort subite ou d'un suicide survenu dans un garni ; que si l'événement vient à se produire chez une personne vivant seule, ou se passe sur la voie publique, l'intervention de la police est nécessaire et tout indiquée. Et cette intervention ne saurait être considérée comme nuisible ou blessante pour la famille.

Reste l'hypothèse de crime et d'accident à contrôler.

C'est alors que les ménagements les plus grands, que la décence, la courtoisie et la délicatesse la mieux intentionnée doivent être mis en jeu par les pouvoirs judiciaires, afin de ne point blesser l'honneur des familles, la liberté individuelle, les sentiments affectueux et le secret professionnel.

On transporte un peu trop facilement et *inutilement* à la morgue aux fins d'autopsie. Quelle peine et quelle cruauté pour certaines familles !

N'y a-t-il pas, la plupart du temps, des éléments suffisants d'appréciation sur le cas, éléments qui pourraient permettre d'éviter aux familles cette formalité outrageante.

Que cela se passe à l'étranger ou dans son propre pays, l'autopsie est une mesure à laquelle on ne devrait avoir recours qu'à la dernière extrémité.

Il n'en est peut être pas toujours ainsi, malheureusement, et la morale publique comme le respect de la mort et de la famille exigeraient qu'il en fût ainsi.

Mais l'antique et intangible forme !

Docteur Courgey.

1er août 1911.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Du prix de revient de la visite médicale à Castres (Tarn).

Par MM. les Docteurs Charles VIDAL, C. de ROUANET et F. de ROUANET.

Le *Bulletin du Syndicat médical de Paris* a publié récemment une étude très intéressante et instructive à la fois, qui analyse mathématiquement et psychologiquement le prix de revient d'une visite médicale à Paris. C'est notre confrère, M. le docteur Chapon, secrétaire général de la Fédération des médecins de la région parisienne qui en est l'auteur. Elle se rapporte à un médecin célibataire, exerçant loin du centre de la capitale, par conséquent avec le minimum de frais. Les calculs sont établis plutôt au-dessous de la réalité la plus fréquente. Il nous a paru que des recherches semblables, ayant trait à la ville de Castres, seraient de quelque utilité, à une époque où la mutualité arrogante et avare semble vouloir peu à peu dicter ses ordres au corps médical, obtenir des tarifs indignes de notre indépendance et attirer vers elle les clients riches. Car il ne faut pas se le dissimuler, à mesure que les charges s'accroîtront parmi les contribuables, ceux-ci chercheront d'un autre côté à rétablir l'équilibre d'un budget lourdement grevé. Où trouveront-ils une compensation à ces dépenses nouvelles ? En abandonnant leur médecin et en se faisant inscrire dans une Société de secours mutuels. Là, avec un versement minime, dérisoire, ils auront à souhait visites, médicaments, indemnités de maladie. Bien aveugles ou bien indifférents, mais toujours coupables, ceux-là qui ne protestent pas contre tout ce qui tend à rabaisser la dignité professionnelle et à mettre le médecin, dans notre Société commerçante et financière à outrance, au-dessous du niveau de ses voisins, épiciers ou revendeurs divers. Nous y descendons lentement dans cet abîme et les mots de sacerdoce ou de dévouement ne sont si souvent prononcés par nos débiteurs que pour cacher leur égoïsme ou taire leur reconnaissance. Nos études ont été longues, nous avons travaillé 25 ans pour acquérir un diplôme, notre santé a subi parfois le contre-coup d'un séjour prolongé dans les hôpitaux, nos parents ont dépensé des sommes considérables pour nous mener à cette étape de la vie, qu'un philosophe romain appelle le faîte de l'existence.... Le public croit que nous pouvons être follement prodigues de nos honoraires puisque nos soins ne nous « coûtent rien ». Il se trompe. En voici la preuve, développée, pour plus de clarté, en un tableau explicatif et éloquent.

Loyer	Appartement de 4 pièces et une cuisine (salon, cabinet, chambre à coucher, salle à manger	500 fr.
	Impôts et patente	120
	Gages d'une domestique (minima)	360
	Nourriture de cette dernière	700
Entretien du médecin	Nourriture : 2 francs par jour *seulement*	730
	Habillement	400
	Chauffage	200
	Eclairage	90
	Associations et journaux médicaux	50
	Assurance contre la maladie	120
	Dépenses diverses (cotisations à des sociétés ; 1 franc par jour *seulement*)	360
Un mois de vacances		400
	Total	4.030 fr.

A cela il convient d'ajouter :

1° Frais d'études supérieures (baccalauréat non compris) 7 ans à 250 francs par mois	21.000 fr.
2° Frais d'installation, mobilier, instruments	5.000
3° Pertes subies pendant les 3 premières années, en admettant qu'après ces 3 ans le médecin atteigne 4.000 fr. d'honoraires	6.000
Total de ces dépenses antérieures	32.000 fr.

Le médecin devra rembourser ou récupérer ces 32.000 francs pendant les 25 années suivantes, ce qui représente un exercice de 30 ans.

C'est là, pour lui, le capital engagé.

Dès lors le budget s'établit ainsi :

Frais généraux	4.030 fr.
Intérêt à 4 % des capitaux engagés (32.000 fr.)	1.280
Amortissement en 25 ans de ces capitaux	1.240
Total	6.280 fr.

Passons aux recettes :

En admettant que la morbidité batte son plein 150 jours par an et qu'un confrère actif puisse faire 10, 15, 20 visites, soit en moyenne 15 visites quotidiennes, on arrive à :

150 jours × 15	2.250 vis.
Quand la morbidité est moindre, pendant les 150 autres jours, les visites sont de 5, 10, 15 suivant les jours, soit une moyenne de 10 × 150	1.500 vis.
Enfin, pour les 65 autres jours complétant l'année (fériés, congés, absences) comptons	250 vis.
Soit	4.000 vis.

Vu l'inconstance de la morbidité le praticien, pour atteindre ces chiffres, devra fréquemment visiter 25 malades par jour. Aller au-delà serait accomplir un acte de sabotage, pour employer un mot d'actualité, hélas ! Donc, abstraction faite des honoraires impayés — toujours nombreux à Castres, — les 4.000 visites coûtent ici au médecin 6.590 francs, soit, par visite, la somme de :

```
6.590   | 4000
        |------
2 5900  | 1.6475
 19000
  30000
   20000
    0000
```

un franc soixante-cinq centimes.

Tel est le prix que coûte la visite à UN MÉDECIN CÉLIBATAIRE *de Castres* (Tarn), *vivant seul et dépensant* PEU.

— Des statistiques sérieuses démontrent d'une

façon irréfutable que les Sociétés de secours mutuels paient — ou du moins ont payé jusqu'au 1er janvier 1911 — 0 fr. 55 la visite ou la consultation. Nous n'ignorons pas que certains praticiens de la ville ont vu leurs honoraires se capitaliser à un taux de beaucoup inférieur. En 1903, 1904, 1905, époques de grippes et de fièvres typhoïdes, à peine arrivait-on à une moyenne de 17 centimes ! Nous avons reçu des confidences bien tristes à ce sujet. Ces abus doivent être impitoyablement supprimés, soit dit en passant (1). La mutualité d'une part, les bureaux de bienfaisance, les compagnies d'assurances contre les accidents du travail, les administrations diverses, les clients véreux, d'autre part se dressent en ennemis qui visent à notre poche pour garnir la leur à notre détriment. Un Syndicat ne doit pas se constituer pour de vaines palabres ou d'hypocrites rapprochements. Il y a mieux à faire qu'à fermer les yeux sur l'évidence même. *Nous donnons pour cinquante-cinq centimes ce qui nous en coûte le triple.*

L'*invidia medicorum* ne finira-t-elle pas par céder le pas à une *amicitia* que le bon sens, à défaut du cœur, instaurera tôt ou tard ?

Une union factice est un gage de défaite.

Nous souhaiterions ne pas prêcher dans le désert.... Les mathématiques nous apprennent, en quelques opérations, que la dignité du corps médical comme les besoins de l'existence nécessitent un changement de front.

De même que dans un combat il y a des mouvements incessants de troupes pour refouler l'ennemi, de même à des temps nouveaux il faut des idées nouvelles. Si nous ne le comprenons pas, les jeunes confrères qui nous remplaceront, plus avisés que nous, supprimeront ce fatras de principes absurdes, surannés, dont nous mourons, et, à la place d'un sacrifice inutile, dont se rit une Société avide d'argent, créeront des règlements en opposition avec notre anarchie déguisée, réclameront des honoraires légitimes, dicteront des ordres au lieu d'en recevoir, façonneront l'indépendance du médecin au lieu de subir la servilité actuelle, ruineuse, démoralisante et, disons le mot, HUMILIANTE...

(1) Ces tarifs, pour être justes, devraient porter la visite ou consultation à 3 francs, *sauf pour les ouvriers et les membres ouvriers* des Sociétés de secours mutuels, auxquels il serait accordé une diminution d'un tiers.

CORRESPONDANCE

Un exemple de solidarité confraternelle à imiter.

Nous recevons de notre correspondant du Cher la lettre suivante :

« Une heureuse et louable mesure vient d'être prise, sur l'initiative de nos confrères, médecins consultants à Pougues-les-Eaux.

Un de nos confrères du Cher, père de quatre enfants, dont l'aîné a dix ans, sans autres ressources que les revenus de sa profession, est malade depuis de longs mois et incapable de travailler. L'un de nos maîtres lui ordonnait récemment un séjour prolongé à Pougues.

Bien que pensionné par l'Association Amicale et secouru par l'Association générale et sa société locale, notre ami ne pouvait pas faire les frais d'une longue durée dans cette station.

Mis au courant de cette situation par le Dr Gaukler, le syndicat d'initiative de Pougues, présidé par le Dr A. Faucher, vient de mettre à la disposition du Président du Syndicat des médecins du Cher, une bourse de séjour de deux mois qui, attribuée aussitôt à notre confrère, va lui permettre enfin de se faire soigner et, espérons-le, de guérir.

Dans sa lettre, le Dr A. Faucher annonce qu'une bourse de même importance sera attribuée chaque année à un médecin malade et dénué de ressources.

Il y a une belle leçon de solidarité à tirer de ce fait. Il y a aussi un exemple à suivre.

Et puis, n'est-il pas équitable que le corps médical, qui est l'agent initial de la prosperité des villes d'eaux, bénéficie dans quelque mesure de cette prospérité sous la forme de bourses de séjour, qui permettraient à ses éclopés de recevoir des soins qu'il leur serait impossible de se procurer avec leurs seules ressources ?

C'est le devoir des médecins-consultants de provoquer des initiatives de ce genre.

En attendant la généralisation de cette mesure, la reconnaissance des médecins doit aller d'abord à ceux qui en ont eu la première idée, à ceux qui ont su la réaliser.

Pougues doit avoir une place à part, une situation privilégiée dans l'affection — et dans les indications — du corps médical français ».

Quelques traits sur l'exercice de la médecine en province.

Ces bons mutualistes. — Les échantillons pharmaceutiques au public. — Le prix d'un accouchement.

Mes chers Confrères,

Permettez-moi de vous offrir trois « perles » que vous pourrez publier, si vous le jugez bon.

1° D'abord, l'entrefilet que je découpe dans *La Dépêche de Toulouse* et que vous trouverez ci-joint.

SEPTFONDS. — *Secours mutuels et Docteurs.*

La Société en question se réunit ce soir et la décision, avec ses attendus, sera drôle !

On nous dit que MM. les docteurs-médecins de Septfonds se sont syndiqués pour augmenter le prix des visites aux membres de la Société de secours mutuels. On affirmerait que l'allocation, qui était de 2 francs par an et par membre, serait doublée, soit 4 francs par an et par membre.

On devrait payer en plus pour les petites opé-

rations chirurgicales 1 fr. 50, soit un total de 5 fr. 50 par membre.

Nous voulons espérer que c'est là *un simple bavardage*. Nous connaissons la philanthropie qui honore le corps médical tout entier, et vu la mauvaise année que nous subissons tant au point de vue de la cherté des vivres que du manque du travail, il est inadmissible que des *sentiments aussi peu généreux* aient pu germer dans le cœur de nos deux docteurs. — C. P.

2° Dans une grande ville du Midi, des camelots payés par un annoncier quelconque passaient dans les maisons et *jetaient* des boîtes enjolivées garnies de pastilles purgatives nouvelles, panacée de toutes les constipations, remèdes héroïques, la plus grande découverte du siècle, etc., etc. Une fillette trouvant une boîte, l'ouvrit et croqua de ses belles quenottes les 4 pastilles échantillon. Le lendemain, ses quenottes ne mordaient plus et un médecin mandé en toute hâte ne put que constater un empoisonnement par un poison convulsivant !

Inutile de vous dire qu'on n'a pas inquiété le spécialiste, remarquable par sa réclame meurtrière, car le client consent bien à défendre sa peau contre son brave médecin consciencieux mal servi par un pharmacien, mais il vénère le remède secret ;

3° Un confrère accoucha en *plein hiver* la femme d'un fonctionnaire, habitant à 3 kilomètre de son domicile, sur un chemin de halage, impraticable même aux chevaux. En temps de crue, il y allait en barque ; aux jours moins humides, il y allait à pied, dans la boue argileuse et glissante des berges détrempées. Le règlement des comptes arrivé, le bon confrère déclara : « *ce sera quinze francs pour cette fois, la prochaine fois ce ne sera que dix francs* ! ! ! ». Le mari fut littéralement atterré. La femme avoua qu'elle aimait encore mieux se passer de tels soins obstétricaux.

Les sages-femmes de l'endroit se levèrent, furieuses d'un tel rabais et elles eurent raison. A faire un accouchement à titre gracieux on ne prend rien ou l'on se fait payer. Et la réponse du confrère était digne d'un épicier, non d'un médecin. A noter que le docteur voisin demandait 30 ou 50 fr. par accouchement.....

Bien confraternellement vôtre,

Dr E. Forgues, de Villemin.

VARIÉTÉS

Comment on nous peint.

Dans son éloge funèbre du regretté docteur Guinard, M. Mesureur a signalé — en la condamnant — l'espèce de mésestime qui se trahissait pour le corps médical aussi bien dans les tribunaux que dans le public et surtout la presse.

Sans rechercher aujourd'hui les raisons profondes qui peuvent expliquer cet état d'esprit et les origines des calomnies qui menacent de nous submerger, je veux signaler, à titre de symptôme du malaise que nous subissons, trois nouvelles qui ont été publiées tout récemment dans un grand journal parisien.

Dans la première, un des principaux rôles est tenu par un médecin, avorteur de profession. Ce *chirurgien à figure de bagne* évolue dans une clinique spécialisée dans de criminelles opérations. Le même jour, une deuxième nouvelle mettait en scène un docteur en médecine, *alcoolique* et *dégénéré* obligé de fuir en Belgique pour esquiver la correctionnelle. Enfin quelques jours après, un écrivain de grand talent, Michel Provins, voulant synthétiser la crise actuelle de la langue française nous présentait deux personnages : la femme instruite, ancienne institutrice épousée par amour, le mari, bon garçon, *je m'enfoutiste*, ignorant, lancé dans la politique grâce à sa situation de fortune et parlant un langage aux relents d'écume ou des réunions publiques, mais incapable de prononcer deux phrases correctes. Ce rustre, comme par hasard, se trouve être docteur en médecine. Encore devons-nous nous estimer heureux qu'il reste sympathique tout en étant ridicule, car le romancier eût pu tout aussi bien en faire un apache vivant du vagabondage spécial, tel qu'il est défini par la nouvelle législation.

Je ne sais où les auteurs sont allés puiser leur documentation et je ne songe pas à leur dénier le droit de représenter comme ils l'entendent les membres de telle ou telle corporation ; mais il me paraît regrettable que le *même jour*, dans la même feuille deux écrivains de talent dépeignent des médecins l'un comme du gibier de cour d'assisses, l'autre comme un ressortissant de la correctionnelle.

Je ne nie pas la possibilité d'exceptions malheureuses. Dans un troupeau de 22.000 unités, il est possible qu'il y ait quelques brebis galeuses ; mais de ce qu'un La Pommeraye a pu monter à l'échafaud, cela ne prouve pas que tous les médecins aient mérité la peine capitale.

La juxtaposition de ces nouvelles est précisément de nature à faire croire au public que le corps médical se recrute parmi les individus de la plus basse moralité.

Avec quelques brochures comme *Défends ta peau contre ton médecin* et la complaisance avec laquelle les reporters s'étendent sur les scandales réels ou imaginaires qui éclaboussent des confrères, étonnez-vous qu'un cerveau débile, un esprit aigri se laisse aller jusqu'à l'assassinat, quand il s'imagine avoir un grief contre son médecin.

De pareils faits montrent aux plus indifférents de quelle urgence peut être la question du journal indépendant dont il faudra doter le corps médical, si nous ne voulons pas voir ravaler notre profession au-dessous — non des médecins — mais des apothicaires de Molière.

Dr Lepaitre.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

La Réorganisation des Etudes médicales.

Arrêté ministériel pour la recherche des moyens financiers nécessaires à l'application du décret du 11 janvier 1909 sur la réforme de l'enseignement médical.

Paris, 1er août 1911.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts arrête :

Article 1. — Il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée de rechercher les moyens d'assurer, au point de vue financier, l'application du décret du 11 janvier 1909 sur la réforme de l'enseignement médical.

Article 2. — Sont nommés membres de cette Commission :

MM. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, président ;

Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, conseiller d'Etat ;

Celier, inspecteur des finances ;

Courmont, professeur à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon ;

Gilbert Laurent, député ;

Gross, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ;

Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

Lesage, inspecteur des finances, directeur de la comptabilité au Ministère de l'Instruction publique ;

Luquet, directeur du contrôle au Ministère des Finances ;

Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ;

E. Reymond, sénateur ;

Générès, chef de bureau à la direction de l'Enseignement supérieur ;

Verwaest, chef de bureau à la direction de l'Enseignement supérieur.

Signé : Steeg.

REPORTAGE MÉDICAL

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer que parmi les victimes du paquebot *l'Emir* qui a sombré en vue de Gibraltar se trouve notre confrère le Dr Courtault, de Paris, le sympathique fondateur et président de la *Maison du médecin*.

Troisième Congrès International pour la protection de l'enfance du premier âge « Gouttes de lait » (Berlin, du 11 au 15 septembre 1911). — Le troisième *Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge « Gouttes de lait »* se tiendra à Berlin du 11 au 15 septembre prochain.

Ce Congrès fait suite au Congrès de Berlin septembre 1907) et à celui de Paris (octobre 1905). Celui-ci fut le premier congrès qui, sous le nom de *Congrès des gouttes de lait*, réunit un nombre considérable de puériculteurs. Ce titre fut modifié au cours du Congrès de Bruxelles, afin de permettre aux Congrès subséquents d'élargir le cadre de leurs travaux qui devaient comprendre toutes les questions se rapportant à la première enfance.

Il est désirable que de nombreux compatriotes assistent aux discussions importantes qui auront lieu pendant le troisième Congrès.

La France est le pays qui possède le plus grand nombre d'œuvres de protection des nourrissons. C'est le pays qui a le premier engagé la lutte contre la mortalité infantile.

C'est enfin le pays qui a su organiser le premier Congrès des « Gouttes de lait ». Il importe donc que la France soit largement représentée au Congrès de Berlin.

Envoyer les adhésions au secrétaire du comité français, Dr P. Grasset, 27, rue de Clocheville, Tours.

N. B. — Prière d'indiquer : 1° si on prendra le train partant à sept heures et demie du matin de la gare du Nord, et arrivant à Berlin à minuit ; 2° si on descendra à l'hôtel des Français (chambre : 8 à 12 francs par jour) ; 3° si on désire faire une communication et d'en donner le titre.

— A. P. M. Visite à l'Exposition Internationale d'Hygiène de Dresde du 31 août au 3 septembre, à l'issue de la Session d'Etudes de 1911 en Scandinavie.

31 *août (jeudi)*. — Le matin, programme même de la session d'Études : séance de clôture de la huitième Session d'étude de l'A. P. M. et *visite de la Kaiserin Friedrich Haus* (Institution d'Etat pour le perfectionnement de la médecine et de l'hygiène), à *Berlin*. — Déjeuner de clôture.

L'après-midi, visite du *Bureau et du Musée d'Hygiène*. — Promenade. — Départ à 7 heures. — Dîner W. R. — Arrivée à 10 heures 1/2 à *Dresde*.

1er *septembre (vendredi)*. — Le matin, visite au point de vue hygiéno-administratif du grand hôpital *Iohannstadt Krankenhaus* (Prof. Crédé). Puis réception et visite à l'*Exposition Internationale* d'Hygiène sous la conduite du Commissaire général français (M. Fuster).

L'après-midi, visite de la Ville et de ses célèbres Musées de peinture et de porcelaines.

2 *septembre (samedi)*. — Le matin, visite de la *Goutte de Lait municipale* (Doct. Salge). — Continuation de la visite à l'*Exposition d'Hygiène*. L'après-midi, excursion à l'Etablissement sanitaire des Dresdois (bains d'air, héliothérapie, hydrothérapie en plein air) dans la forêt de *Klotzsche-Königswald*.

3 *septembre (dimanche)*. — Le matin, visite du *Dispensaire-Clinique des Femmes* (Prof. Léopold). Continuation de la visite à l'*Exposition d'Hygiène*.

L'après midi, libre.

4 *septembre (lundi)*. — Le matin, visite du *Bureau d'Hygiène municipal* et de ses annexes. — Continuation de la visite à l'*Exposition d'Hygiène*.

5 *septembre mardi*). — Le matin, visites des institutions sanitaires : *eaux potables, égouts, station de désinfection*, etc. Fin de la visite à *l'Exposition d'Hygiène*, avec conférence.

L'après-midi, libre. — Départ à 5 h. 10 du soir. — Dîner W. R. arrivée à 8 heures à *Berlin*. (Un excellent rapide quitte Berlin à 9 h. 25 du soir et arrive à Paris le lendemain, à 4 heures de l'après-midi).

Pour tous renseignements, *écrire avec timbre pour réponse* au siège central de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année — N° 35 — Dimanche 27 AOUT 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Quelques points délicats de la responsabilité médicale. Les interventions chez les mineurs, les femmes mariées et les irresponsables.

La Haute Cour impériale de Leipzig vient de condamner un chirurgien pour avoir opéré une jeune fille de 17 ans sans l'autorisation de son tuteur.

Ce jugement, relaté dans la presse française, met à l'ordre du jour un point délicat de responsabilité médicale, trop souvent mis au second plan et qui pourtant peut causer au praticien et surtout au médecin d'hôpital de graves ennuis.

Le médecin n'a, sous aucun prétexte, sauf le cas d'extrême urgence où la vie est en danger immédiat, le droit de se livrer à la moindre investigation, de pratiquer la plus petite opération sans le consentement du patient. Agir autrement serait un attentat à la liberté individuelle, un attentat à la personnalité du malade, qui doit toujours être respectée, surtout par le médecin.

Mais, quand il s'agit d'un mineur ou d'une personne que la loi ne juge pas responsable, le médecin ne saurait intervenir (hormis toujours le cas d'urgence) sans l'autorisation des personnes qui ont la charge de veiller aux intérêts du malade.

Brouardel dans ses Leçons de médecine légale ne consacre que quelques lignes à cette question :

« Quand vous jugerez nécessaire, disait-il, « une intervention chirurgicale chez un malade âgé de moins de vingt-et-un ans, n'oubliez « pas que vous devez demander et obtenir « l'autorisation des parents ; eux seuls peuvent « la donner ; et l'autorisation du malade mineur est insuffisante, aussi bien en clientèle

« qu'à l'hôpital pour garantir la responsabilité « du chirurgien.

« Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le «dire en vous parlant du secret médical, la ma- « jorité légale et la majorité réelle sont deux « choses bien distinctes. Une jeune fille de dix- « neuf ans, qui, depuis plusieurs années, a quitté « sa famille, avec laquelle elle n'a plus aucun « rapport, est majeure de fait, sinon de droit ; « mais, même dans ce cas, prenez vos précau- « tions et n'opérez pas une personne sans vous « assurer qu'elle est libre de toute tutelle.

« Enfin, quand vous devez opérer une femme « mariée, n'oubliez jamais de demander l'auto- « risation du mari, qui est aussi indispensable « que le consentement des parents quand l'o- « pération porte sur les enfants » (1).

Plusieurs problèmes peuvent être soulevés sur cette question :

En cas de désaccord entre les parents d'un enfant, ou en cas de divorce, comment le médecin ou le chirurgien pourra-t-il prendre une détermination, quand, sans qu'il y ait absolument urgence, la santé ultérieure ou l'intégrité des organes d'un enfant sont en jeu ?

Et si, par sottise, ou pour tout autre motif moins avouable, un tuteur ne veut pas consentir à une opération nécessaire à la santé de son pupille, n'y aura-t-il pas moyen de soustraire la victime à l'autorité de ce dangereux protecteur légal ?

(1) BROUARDEL. — L'exercice de la médecine et le charlatanisme, 1899.

Il peut se faire aussi qu'un mari imbécile ou mal intentionné refuse de laisser opérer sa femme ; est-ce que la puissance maritale est sans bornes à ce sujet ? Faudra-t-il intenter un long procès en divorce, en considérant ce refus d'autorisation de laisser opérer sa femme comme sévices ou injure grave, pour mettre une malheureuse à l'abri de complications sérieuses et lui préserver la santé ou même lui sauver la vie?

Enfin quand il s'agit d'idiots, de déments ou d'aliénés, doit-on laisser la détermination d'une intervention nécessaire à la merci de personnes souvent inintelligentes, indifférentes ou ayant un réel intérêt à voir disparaître le malade ?

Comme le fait remarquer M. E. H. Perreau dans ses *Eléments de Jurisprudence médicale*, en effleurant ce sujet, « les principes de la puissance paternelle, tutélaire ou maritale, tels qu'ils résultent du Code Civil, ne sont pas ici rigoureusement applicables, ayant été surtout écrits en vue de l'administration des biens. On suivra les préceptes plutôt du droit naturel que du droit civil. »

Mais le droit naturel, comme d'ailleurs le bon sens, n'est pas codifié, et n'impose pas le respect de ses préceptes aux tribunaux qui apprécient la responsabilité du médecin.

N'est-il pas surprenant et fâcheux que le Code, qui prend tant de précautions pour mettre à l'abri la fortune d'un mineur ou d'un irresponsable, reste muet en ce qui concerne la sauvegarde de sa santé ou de sa vie ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

ôtel-Dieu de Lyon : M. le Professeur ROQUE.

La fièvre typhoïde par ingestion d'huîtres.

Le malade que je vais vous présenter est un jeune homme de 27 ans, atteint d'une fièvre typhoïde au 10e jour de son évolution.

Le premier symptôme dont nous nous occuperons est la température. Celle-ci varie, depuis le début de la maladie, c'est-à-dire une dizaine de jours, entre 39,8 et 40,2. Le pouls n'est qu'à 80o. Il y a là, entre le nombre des battements artériels et la température élevée du malade, une discordance frappante, discordance d'ailleurs assez fréquente dans la fièvre typhoïde.

Le malade se plaint d'une céphalée qui a existé dès le début de la maladie, et depuis dix jours, il n'a pas dormi.

Si nous passons aux symptômes objectifs, nous nous trouvons en présence d'un ventre ballonné ne permettant pas de rechercher, par une palpation profonde, s'il existe de l'empâtement dans la fosse iliaque droite. Ce malade a eu aussi des épistaxis abondantes et fréquentes.

Comme signe particulier, nous trouvons chez ce jeune homme une coloration jaune des conjonctives, indice d'une infection hépatique. Le foie est en effet hypertrophié. La rate l'est également. Enfin ce malade a des selles diarrhéiques nombreuses, 3 ou 4 par jour.

Quelle est l'origine de cette fièvre typhoïde ? Si nous interrogeons le malade, il nous apprend que le premier mai, se trouvant à Marseille, il y fit une consommation abondante d'huîtres et de coquillages. Le soir même, il eut des vomissements (3 ou 4 pendant la nuit) qui se continuèrent les

jours suivants. Ceux-ci, accompagnés de diarrhée profuse, l'obligèrent à s'aliter. Le malade, au bout de quelques jours, revint à Lyon, mais il garda une anorexie et un affaiblissement notables. Le 12 mai, il ressent des frissons ; la fièvre le prit ; il a de la céphalée, des épistaxis. En un mot, éclatent chez lui tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, fièvre dont la cause doit être attribuée à la consommation d'huîtres faite à Marseille.

Cette contagion de la fièvre typhoïde par les huîtres fut pour la première fois signalée par Chantemesse en 1896, mais personne n'y prit garde. En 1902, la question fut reprise, les observations se multiplièrent peu à peu et en 1908, nous trouvons de nombreux rapports à ce sujet.

Etudions la marche et les symptômes de cette affection. Nous avons une première période où se manifestent des *phénomènes aigus et suraigus.* Dans les 24 ou 48 heures qui suivent l'ingestion des huîtres, le malade a des vomissements alimentaires, puis bilieux, une diarrhée profuse (6 à 8 selles par jour). C'est une diarrhée à grains riziformes rappelant beaucoup la diarrhée cholériforme. Puis surviennent des phénomènes de dépression amenant souvent de la syncope chez les enfants. Des troubles vaso-moteurs, se manifestant par des sudations abondantes, peuvent exister. Le malade peut, dès cette période, avoir des épistaxis.

Quelquefois, s'ajoute une hypertrophie du foie avec subictère.

Ces phénomènes aigus peuvent durer 2 ou 3 semaines et s'arrêter là, sans état typhique ultérieur.

Dans d'autres formes, la maladie continuant d'évoluer, les symptômes de la fièvre typhoïde s'établiront 10 ou 20 jours après cette période aiguë. Ceux-ci s'annonceront par une reprise de la diarrhée, par une fièvre continue, par de la céphalée, etc....

Une fièvre typhoïde, ayant une telle origine, est toujours grave. La mortalité est assez élevée (20 %) tandis qu'habituellement, elle ne dépasse pas 10 à 11 %. Le pronostic est encore assombri par les hémorragies intestinales fréquentes qui l'accompagnent pendant les 2 ou 3 premiers mois.

Par suite d'une desquamation complète de la muqueuse linguale et labiale, la cavité buccale ressemble à une bouche d'émail. Fréquemment, il y a hypertrophie du foie et splénomégalie. Les selles sont noirâtres.

Les bruits du cœur sont mal rythmés (rythme fœtal). Le malade a de nombreuses tendances aux syncopes. Les troubles vaso-moteurs sont constants (teinte cyanique des extrémités).

On peut contrôler tous ces symptômes et s'assurer que c'est bien là une fièvre typhoïde, par le séro-diagnostic de Widal qui donne un résultat positif.

Pourquoi une telle allure dans une fièvre typhoïde causée par l'ingestion d'huîtres ? Pour répondre à cette question, on peut avoir recours à deux hypothèses.

1re *Hypothèse.* — La période d'intoxication ou d'infection suraiguë du début prépare un tube digestif affaibli et lésé sur lequel s'installe la fièvre typhoïde dans les huit ou dix jours suivants.

2e *Hypothèse.* — Dans cette hypothèse, il s'agit d'une double infection. L'une qui donne les phénomènes aigus qui apparaissent au bout de 24 ou 48 heures. L'autre qui est l'infection du bacille d'Eberth et qui s'établit en 8 ou 18 jours.

On a objecté à la contagion de la fièvre typhoïde par les huîtres que beaucoup de gens mangent constamment des huîtres et ne la contractent pas On peut répondre que ces individus se vaccinent contre cette infection. Il y a cependant des cas de simple *coïncidence.*

Enfin, il est bon de rechercher la présence du bacille d'Eberth dans les huîtres et l'eau où elles vivent. Cette étude a donné les résultats suivants :

A Cette, l'étude de l'eau de mer des parcs à huîtres montra la présence du bacille d'Eberth jusqu'à une distance de 700 à 800 mètres du rivage. Les huîtres elles-mêmes contenaient des bacilles de la fièvre typhoïde, et, *une fois les huîtres* placées dans l'eau douce, ceux-ci purent résister jusqu'à 26 jours. Sur des huîtres conservées à la glace, les bacilles d'Eberth ont résisté pendant 6 semaines. Au contraire, dans une eau de mer pure, les bacilles d'Eberth ont disparu en quelques jours.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'Organisation sanitaire en France

Le distingué fils de notre dévoué collaborateur, *A.-J. de Grissac,* d'Argenteuil, vient de consacrer sa thèse de doctorat à l'étude de l'organisation sanitaire en France, et de réunir sous forme de conclusions précises les désiderata des médecins praticiens sur cette question.

1° Il est de toute nécessité de donner à l'enseignement de l'hygiène une place convenable dans les programmes d'instruction primaire et secondaire, dans les programmes des grandes écoles et spécialement de celles qui préparent au professorat, de rechercher la vulgarisation des choses de l'hygiène par le moyen de conférences, de brochures et d'articles de journaux, enfin de perfectionner davantage les connaissances des jeunes médecins au cours de leur scolarité, afin de les préparer à leur double rôle d'éducateurs du public et de protecteurs de la santé tant publique que privée. A ce dernier point de vue,

il est indispensable que les étudiants acquièrent des connaissances pratiques. Nos Facultés de Médecine doivent être dotées, dans le plus bref délai, des crédits nécessaires à la création de laboratoires d'hygiène, où ils devront être exercés.

Des modifications que l'expérience a montrées nécessaires, ou destinées à donner satisfaction aux légitimes revendications des médecins praticiens, doivent être apportées dans le plus bref délai possible au texte de la loi. A savoir :

1° L'obligation pour tous les départements d'organiser sous la direction d'un docteur en médecine nommé après concours, l'inspection départementale de l'hygiène ;

2° L'obligation pour les municipalités auxquelles la loi impose un bureau d'hygiène, de désigner, et pour les préfets, de nommer, après concours, un médecin à la direction de ce bureau ;

3° L'obligation pour le chef de famille, ou celui qui en tient lieu et, à son défaut seulement, dans les conditions que nous avons spécifiées, pour le médecin, officier de santé ou sage-femme, de la déclaration des maladies prévues à l'article 5.

Il a été démontré que le concours des médecins praticiens était indispensable au jeu régulier de la loi, notamment, dans la prophylaxie des maladies contagieuses. Il y a lieu d'encourager officiellement l'établissement de bonnes relations entre les médecins fonctionnaires ci-dessus désignés et les syndicats médicaux ou sociétés professionnelles, afin que soient établis d'un commun accord les détails de fonctionnement des services de désinfection et de contrôle et d'assurer sans heurts ni froissements, dans les meilleures conditions possibles, le fonctionnement de la loi.

Eaux d'alimentation et Carie dentaire

M. le Dr Herpin, dentiste des Quinze-Vingts, vient de faire une intéressante étude de l'influence des eaux d'alimentation sur la carie dentaire, dans le *Journ. de méd. de Paris*.

« Il est d'observation courante, dit l'auteur, que, toutes choses égales d'ailleurs, les dents des individus habitant des régions calcaires sont moins fréquemment atteintes de carie que celles des individus habitant d'autres régions. Dans cette relation, c'est évidemment comme l'ont démontré Maurel, P. Ferrier, l'eau d'alimentation, principal véhicule des sels de chaux, qui joue le rôle important. C'est ainsi que Ferrier a pu observer l'influence désastreuse d'une eau d'alimentation bouillie, stérilisée, par suite décalcifiée, sur la résistance des dents à la carie. Celle-ci, en effet, est fonction de leur bonne ou mauvaise calcification. Mais nous n'avons pas encore une statistique précise et suffisamment étendue pour être absolument démonstrative. Ces dernières années, Röse, en Allemagne, s'est livré à des recherches portant sur un nombre considérable d'individus, dans des régions variées dont il a soigneusement contrôlé la teneur en sels de chaux des eaux d'alimentation. Ses investigations ont porté sur 164 localités, villages, bourgades, où il a examiné la bouche de 78.617 enfants des écoles. »

De ces recherches, on peut formuler les conclusions suivantes : l'administration de sels de chaux à ces décalcifiés dont les dents semblent, par la rapidité d'évolution des lésions de carie, défier toute action locale. Et on a pu effectivement, en clinique, souvent constater les heureux résultats d'une médication ainsi comprise. P. Ferrier préconise l'emploi du phosphate tribasique de chaux ; nous avons vu sous son influence rester stationnaires des lésions qui, jusque-là, avaient évolué avec une rapidité déconcertante.

« Les organes dentaires nous apparaissent donc comme extrêmement sensibles à des variations même minimes d'ingestion de sels de chaux. Normalement riches en chaux, les tissus dentaires subissent, en cas d'absorption insuffisante, des modifications de leur constitution chimique, qui ne leur fournit plus une résistance suffisante contre l'action des microbes pathogènes de la carie, et nous assistons à la destruction rapide de ces organes ; s'il s'agit d'une désassimilation anormale, ces mêmes organes subissent une décalcification manifeste qui se traduit également par des lésions multiples et à évolution rapide. Cette sensibilité des dents aux processus de décalcification peut, dans la pratique, être une indication des plus utiles, permettant de dépister des troubles organiques qui peuvent quelquefois ne point se traduire par d'autres signes apparents. L'examen attentif des dents ne doit donc en aucun cas être négligé, puisqu'il est susceptible de donner dans des cas aussi sérieux des indications de cette importance. »

La Question des Doses de l'Arsénobenzol.

Notre confrère et ami, le Dr Leredde, a réuni dans un travail d'ensemble, présenté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, ses observations personnelles sur l'arsénobenzol et les doses auxquelles on doit l'employer.

« Ce médicament, agent de stérilisation graduelle de la syphilis, doit être appliqué non à doses fractionnées, mais à doses massives comme l'a indiqué Ehrlich.

« Les réinjections à doses croissantes (0 gr. 30-0 gr. 60 chez l'adulte) ne sont pas dangereuses et ne provoquent pas d'accidents *anaphylactiques*.

« Les accidents graves qui ont été signalés à la suite des injections d'arsénobenzol étant dus, en dehors des cas de *cachexie* et de *myocardite*, à l'action *élective* de cet agent, soit sur le parasite de la syphilis (nouveau-nés), soit sur les lésions syphilitiques (syphilis nerveuse, lésions des vaisseaux), ces accidents peuvent être évités en n'employant pas chez l'adulte une dose initiale supérieure à 0 gr. 30. Ceci oblige, même quand la disparition des accidents semble complète, à pratiquer des réinjections à doses plus fortes, à dix et quinze jours d'intervalle.

« Exception sera faite pour les sujets jeunes, en pleine santé, atteints de chancre syphilitique, chez lesquels on emploiera, dès que le diagnostic du chancre sera établi, des doses de 0 gr. 60 répétées trois fois, à dix jours d'intervalle, en injection intraveineuse de préférence. »

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

La Colique de Plomb.

La colique de plomb est un des accidents aigus du saturnisme les plus fréquents, et en même temps, celui pour lequel le malade, en proie à d'atroces souffrances, demande un soulagement rapide.

La pathogénie est obscure ; certains auteurs l'attribuent à un spasme musculaire de l'intestin, d'autres à une névralgie du plexus solaire.

Sa symptomatologie est pathognomonique. Elle débute brusquement, bien que quelques auteurs décrivent des symptômes prodromiques tels que digestions difficiles, constipation légère ; la langue est chargée, l'haleine fétide ; les membres sont engourdis, le ventre est rétracté et extrêmement douloureux ; la palpation en est également très douloureuse ; le maximum siège au creux épigastrique ou à l'ombilic et s'irradie aux testicules.

Les *vomissements* sont fréquents, bilieux ou porracés; les selles sont complètement supprimées. L'urine est rare, très colorée.

Ces symptômes peuvent persister pendant plusieurs jours, avec des alternatives d'aggravation ou d'amélioration.

Le *diagnostic* en est généralement facile en raison des antécédents du malade, de l'état de saturnisme chronique où il se trouve, et que décèlent le liséré gingival, les crises de coliques antérieures, le gonflement de la région parotidienne.

Il n'y a pas de traitement général, l'antidote du plomb étant encore à trouver. On a administré sous toutes les formes l'hydrogène sulfuré, l'acide sulfurique, le sulfate de zinc, l'alun, à toutes doses et sans obtenir aucun résultat utile.

Le *traitement* doit donc s'adresser spécialement aux symptômes cardinaux de l'affection, c'est-à-dire à la douleur, à la constipation et, dans la mesure du possible, solliciter l'élimination du plomb.

Si les douleurs sont intolérables, il faut injecter immédiatement 1/2 à un centigr. de chlorhydrate de morphine.

Si elles sont moins violentes, on pourra s'adresser à l'antipyrine, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, par la voie gastrique et en solution dans une potion si les vomissements ne contre-indiquent pas cette voie, soit en lavements, associée à du lait et du laudanum dans la formule suivante :

Antipyrine	2 à 4 gr.
Laudanum de Sydenham	X à XV gouttes.
Jaune d'œuf	N° 1
Lait chaud (40°)	150 gr.

pour un lavement.

La belladone donne également de bons résultats en utilisant des deux formules suivantes :

Teinture de belladone .... q. s.

En donner XV gouttes par jour dans un peu d'eau, augmenter de III gouttes par jour jusqu'à XXX gouttes et redescendre.

Ou bien :

Poudre de feuilles de belladone	ââ
Extrait mou de belladone	un centigr.

pour une pilule n° 20, une à deux par jour.

On peut également user de l'atropine à la dose de 1/2 à 1 milligr. par jour en granules.

Les irrigations chaudes, à l'eau bouillie (45°), donnent d'excellents résultats. Il en est de même des bains prolongés et chauds et des applications chaudes sur la paroi abdominale (cataplasmes laudanisés).

Le traitement de la constipation dans la colique de plomb nous a valu le *faux traitement* de la Charité, aujourd'hui presque complètement délaissé, et qui comprenait tout ce que la pharmacopée de nos ancêtres avait pu réunir sous un même chef, depuis la thériaque jusqu'à l'électuaire Diaphénix.

Pour combattre la constipation utilement, on donne la préférence aux purgatifs drastiques.

L'eau-de-vie allemande, à la dose de 15 à 20 gr., associée à une même quantité de sirop de nerprun et donnée dans une tasse de thé léger, l'huile de ricin, à la dose de 40 à 50 gr., donnent de bons résultats quand la voie gastrique peut être utilisée.

On pourra même tenter par cette voie, si possible, le traitement de Weil, de Lyon, qui consiste à donner tous les matins 150 gr. d'huile d'olives en une fois.

L'auteur aurait obtenu au bout de quelques jours des selles copieuses et la disparition des phénomènes douloureux, myalgies, arthralgies, céphalées, etc.

S'il y a contre-indication, il faudra encore s'adresser aux lavements purgatifs.

Follicules de séné .... 10 à 15 gr.

Faites infuser dans :

Eau distillée .... 200 gr.

Passez et ajoutez :

Sulfate de magnésie	10 gr.
Miel de mercuriale	50 gr.

pour un lavement.



Pour arriver à une élimination aussi rapide que possible du plomb, il faut surtout s'adresser au traitement prophylactique. Les ouvriers travaillant les composés du plomb devraient observer toutes les mesures hygiéniques qui leur sont conseillées : vêtements spéciaux, lavages fréquents des mains, principalement avant les repas, repas en dehors de l'usine, bains sulfureux hebdomadaires ou bihebdomadaires ; l'institution du régime lacto-végétarien et enfin faire une ou deux fois par an, ou plus, s'il y échet, une cure de miel soufré :

Miel blanc du Gâtinais.......... } àà q. s.
Soufre pulvérisé et lavé......... }

Dr Delpeut.

REVUE D'UROLOGIE

L'anurie au cours de l'évolution des néoplasmes vésicaux, son traitement. — La prostatite des cavaliers, cyclistes, automobilistes, gens de bureau. — Le traitement abortif de la blennorrhagie par les sels d'argent.

Au cours de l'évolution des néoplasmes vésicaux, l'anurie est plutôt rare. En effet, il n'est pas fréquent de la voir se produire par la compression progressive qu'exerce le néoplasme sur les uretères ; il est encore moins fréquent de l'observer par envahissement néoplasique des uretères et par leur blocage calculeux. Par contre, les nécropsies nous montrent des lésions rénales dans 13,6 % des cas de tumeurs vésicales, et c'est le rein qui doit être considéré comme le facteur prédominant de l'anurie ; or les malades meurent le plus souvent avant que la destruction fonctionnelle de leurs reins entraîne, sous l'influence d'une cause quelconque, l'arrêt subit et brutal de la sécrétion. Car cette destruction est relativement lente, et les reins peuvent ainsi lutter longtemps, malgré des lésions très avancées, parce que l'augmentation de travail qui leur est imposée est progressive et qu'ils ont le temps de s'adapter à ces nouvelles conditions. Ce qui reste de parenchyme sain suffit à assurer le travail courant ; cependant survienne une cause quelquefois légère, un refroidissement, une poussée congestive, une augmentation de pression, un obstacle au libre écoulement des urines, la surface sécrétante ne suffit plus et l'anurie survient.

En présence d'un cas d'anurie au cours de l'évolution d'un néoplasme vésical, *que convient-il de faire* ?

On peut évidemment recourir tout d'abord au traitement médical, qui dans quelques cas, paraît réussir ; mais le Dr Oraison (*Revue pratique des mal. des organes génito-urinaires*, no 42) estime que, non seulement il ne faut pas s'y attarder longtemps, mais qu'il n'y a même pas lieu de l'essayer. Dans ces cas, en effet, le rein est toujours profondément altéré, quelquefois presque détruit, et ce n'est pas simplement en le décongestionnant ou en excitant sa sécrétion que l'on obtiendra un résultat.

Il faut intervenir, et cela hâtivement ; il n'est pas permis d'attendre quelques jours comme dans l'anurie calculeuse, car les anuriques néoplasiques sont presque tous des infectés et des intoxiqués, dont les émonctoires sont insuffisants.

Cependant, il ne s'ensuit pas qu'on doive opérer tous les cas. Quand un malade infecté depuis longtemps est moribond, il est plus sage de le laisser tranquille. Mais, en dehors de ces circonstances, on doit toujours opérer, car il est impossible de connaître le degré de destruction des reins.

Dans la majorité des cas, il faut arracher le malade au danger immédiatement menaçant au même titre que l'on pratique l'anus artificiel contre une obstruction intestinale due à un néoplasme de l'intestin.

Puisque dans certaines observations, la tumeur a pu être une cause de compression urétérale, on serait tenté d'agir directement sur elle ; mais, abstraction faite de cette circonstance que souvent l'anurie est d'origine rénale, fréquemment le néoplasme est un carcinome infiltré et s'il comprime l'uretère, ce n'est pas par lui-même, mais par l'intermédiaire de l'infiltration, qui a gagné toute la paroi vésicale et contre laquelle nous sommes désarmés.

C'est donc au rein qu'il faut s'adresser d'emblée pour l'ouvrir et le drainer ; on peut obtenir ainsi de véritables résurrections. Dans le cas de lésions bilatérales, on choisira le dernier côté qui a souffert, le côté opposé à celui où prédomine le néoplasme, car c'est lui qui a le plus de chance d'être le meilleur, et c'est lui qu'il faut sauver.

***

Le Dr Le Fur a observé de nombreux cas de *prostatites chez les cavaliers* : officiers, jockeys, professeurs d'équitation. Ces prostatites étaient caractérisées d'abord par des besoins d'uriner fréquents, des difficultés de la miction pouvant aller jusqu'à la rétention passagère, des brûlures à la miction ; elles étaient dues soit aux traumatismes répétés par la selle, soit à la position et aux trépidations.

Deux cas sont à considérer, suivant qu'il n'existe pas d'infection de l'urèthre et de la prostate, ou bien qu'il en existe au contraire.

Dans le premier cas, l'évolution reste indéfiniment aseptique, caractérisée par de la congestion de la prostate, de la prostatorrhée, de la prostatite aseptique, et elle aboutit au prostatisme précoce (forme molle, adénomateuse des prostatiques jeunes, caractérisée par l'absence de douleurs et la rétention complète).

Dans le deuxième cas, lorsque l'urèthre et la prostate sont infectés, l'usage et surtout l'abus du cheval prolongent l'infection et la compliquent souvent de cystite et d'abcès de la prostate. On observe alors le type anatomique de la prostatite dure, segmentaire, caractérisée cliniquement par des douleurs, des épreintes, du ténesme, des poussées uréthro-vésicales, mais peu ou pas de rétention d'urine.

Des formes semblables ont été observées chez ceux qui font de la *bicyclette* avec excès, avec cette différence qu'ici l'urèthre seul peut se trouver en cause (uréthrite périnéale due aux traumatismes répétés de la selle), chez ceux aussi qui abusent de l'*automobile*, chez tous ceux enfin qui se soumettent à une station assise prolongée (*gens de bureau*).

Le traitement consiste d'abord dans la suppression absolue de la cause (cheval, bicyclette, auto, vie de bureau). Dans ces cas, le massage de la prostate fait souvent merveille, quand on l'associe à la dilatation du canal. Il faut aussi combattre avec soin la constipation, car l'influence de l'intestin se fait particulièrement sentir en pareil cas : hémorroïdes, entérite muco-membraneuse, etc.

***

Le traitement abortif de la blennorragie — c'est-à-dire la guérison en une quinzaine de jours — peut être tenté d'une manière efficace, à la condition que le malade réponde à des indications bien précises et que le médecin connaisse bien la technique opératoire (Carle, *Province médicale*, 19 nov. 1910).

Indications. — *Les symptômes doivent être encore atténués* : l'écoulement, déjà très perceptible deux heures après une miction, n'a pas encore, ni l'abondance, ni la couleur verdâtre, ni la fluidité de la période d'état. Les douleurs se réduisent à des picotements, augmentés au moment des mictions ; le méat est à peine entouré d'un halo plus rose, et la palpation du canal est indolore. L'examen microscopique est positif. Il serait dangereux de s'attaquer à des uréthrites précocement malignes, c'est-à-dire suraiguës en 2 ou 3 jours. Enfin, les succès, qui sont de 8 à 10 jusqu'au 5e jour de la maladie, sont rares après le 6e jour.

2° Il ne faut soumettre à ce traitement que les malades ayant la possibilité et *sachant* faire 4 injections par jour, ceux aussi qui auront la persévérance de continuer pendant le temps voulu ces injections, bien que leur canal leur paraisse asséché, ce qui est le premier effet du traitement.

Technique. 1° *L'uréthrite est tout à fait à son début*, les phénomènes inflammatoires sont à peine marqués : 3 injections par jour, avec une solution de *protargol* à 2 /100, ou même à 1 /100 en cas d'irritation. Pour éviter la douleur, on emploie des solutions fraîches et préparées à froid ; un peu de glycérine (3 ou 4 gr. p. 100) contribue à faciliter la préparation. Une injection est prise au lever (on la garde deux ou trois minutes), le seconde vers deux heures, la troisième au moment de se coucher (cette dernière est conservée cinq à dix minutes). Sauf incidents, la médication est ainsi continuée pendant douze jours environ ; puis elle est réduite à deux injections, matin et soir, et cessée deux ou trois jours après.

Quand on ne doit pas revoir le malade, il est essentiel de le prévenir des incidents possibles pour qu'il ne s'en effraye pas.

D'abord l'administration un peu intensive du protargol est habituellement suivie, quelques heures après, de l'apparition au méat d'un pus épais, abondant à reflets bleutés, d'une allure de mastic. Le malade non prévenu pourrait croire à une recrudescence de la maladie. Quelquefois, ce pus est strié de filets de sang, sans douleur autre qu'un picotement un peu plus marqué. Cela signifie qu'il faut diminuer la dose de protargol ou espacer les injections. De même, si la miction devient pénible ou impérieuse. Enfin, si le canal réagissait trop violemment aux trois injections de protargol par jour, on peut remplacer celle de midi par une injection d'ichtyol, à 1 p. 100. Tout cela exige un certain doigté ; aussi est-il préférable de revoir le malade tous les deux jours pendant la durée du traitement.

2° *L'écoulement est déjà prononcé* : nous sommes au 4e ou 5e jour, et il serait peut-être imprudent d'employer le protargol avec la même intensité. Alors, Carle conseille de calmer d'abord l'urèthre avec des injections d'*ichtyol* à 1 p. 100, à garder deux minutes environ, trois fois par jour. La douleur immédiate déterminée par ces injections est peut-être plus vive que celle du protargol, mais il s'ensuit très rapidement, en deux ou trois jours, un assèchement presque complet. A ce moment, on reprend le protargol (1 p. 100, puis 2 p. 100), et l'on ordonne 4 injections par jour, deux d'ichtyol (à 8 h. et à 5 h.) et deux de protargol (à midi et au coucher) ; comme précédemment, cette dernière est gardée de cinq à dix minutes suivant les possibilités et la patience du malade.

On continue de même pendant douze à quinze jours, puis on cesse peu à peu en deux ou trois jours.

L'*évolution* est variable suivant les cas. Chez un sujet précocement traité, on peut cesser les injections dix ou quinze jours après le début, avec des chances de succès. Chez un autre, dont l'écoulement était déjà plus marqué, ou dont le traitement aura été suivi d'incidents, il sera prudent de continuer quelques jours de plus.

Il ne faut jamais cesser brusquement, car, s'il y avait insuccès, on verrait réapparaître le pus verdâtre et fluide avec ses gonocoques, et il conviendrait dès lors de reprendre le traitement avec plus d'énergie, d'augmenter les doses et le nombre des injections, et de continuer encore 3 ou 4 semaines ; de la sorte, la guérison serait obtenue dans les délais normaux, même après l'échec du traitement abortif.

Quand le traitement est ainsi graduellement terminé, pendant 2 jours on ne fait aucune injection ; puis, si le résultat de l'examen microscopique est bon, avant toute reprise des rapports sexuels, on exige au moins 8 jours de chasteté pendant lesquels le malade fait quelques expériences avec des boissons défendues, telles que bière et champagne ; ce délai est absolument nécessaire à la muqueuse brutalisée pour refaire son épithélium.

Les *incidents* sont rares ; quelques congestions douloureuses ; peut-être, chez certains sujets susceptibles et pusillamines, une inflammation

de la muqueuse qui empêche le passage de l'urine, mais alors un bain local chaud, un peu prolongé, suffit à ramener la miction ; en cas d'insuccès on obtient un effet immédiat d'une injection de cocaïne à 1 p. 100 ; surtout il ne faut jamais sonder. S'il se produit de petites uréthrorragies (quelques gouttes de sang après la miction), celles-ci cèdent d'elles-mêmes en espaçant les injections, et en substituant momentanément l'ichtyol au protargol.

Quant aux autres complications : cystite, prostatite, uréthrite postérieure, etc., elles ne sont pas plus fréquentes qu'avec les diverses méthodes de traitement généralement employées.

Dr Fiser.

Petite correspondance médicale pratique

A propos du traitement du rhumatisme chronique.

Bourbon, 31 juillet 1911.

Monsieur le rédacteur,

A propos de l'article « Thérapeutique sur le traitement du rhumatisme chronique » par le Dr Furgon paru dans le numéro du 23 juillet, permettez moi de rappeler aux lecteurs du *Concours Médical* que cette affection si tenace et si rebelle à toute thérapeutique est traitée avec succès par les eaux thermales chlorurées sodiques de Bourbon-l'Archambault. Il est évident qu'il ne faut pas attendre la période de chronicité et de déformations squelettiques définitives pour y adresser les malades, mais choisir, à cet effet, dans la période subaiguë du début de cette affection, les stades intercalaires d'accalmie complète. Nombreux sont les malades qui, même venus tardivement à Bourbon, ont trouvé un soulagement à leurs douleurs. A plus forte raison, lorsque les malades arrivent dès le début de leur maladie, on voit celle-ci non seulement améliorée, mais arrêtée net dans son évolution progressive et implacable ; ce résultat est courant ici, à la condition de faire plusieurs saisons (en moyenne 2 à 3). Aussi nous ne saurions trop recommander à nos confrères désireux de recourir à ce précieux moyen thérapeutique de ne pas s'attarder trop longtemps à combattre le rhumatisme chronique en faisant appel à tout l'arsenal thérapeutique clinique qui soulage quelquefois, mais ne saurait avoir l'action pour ainsi dire spécifique de la cure thermale ; il sera toujours possible d'y avoir recours dans l'intervalle des premières saisons tant que l'organisme n'aura pas été entièrement modifié par les Eaux.

En terminant, nous prions nos confrères de vouloir bien remettre à leurs malades un mot pour le médecin traitant auquel ils désirent confier leurs malades.

Dr Froget,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

TECHNIQUE MÉDICALE

Nouvel appareil pour les injections de 606 (Ampoule filtre Aseptauton Duret) (1).

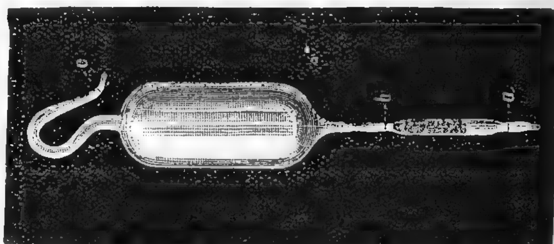
Par le Dr Milian,

Médecin des hôpitaux de Paris.

La question des appareils pour la préparation et l'injection de 606 est à l'ordre du jour ; tous ceux qui ont été présentés, outre leur prix très élevé, ne sont pas pratiques et ne réalisent pas tous les desiderata exigés pour cette manipulation. Il n'en est pas de même de celui que M. Duret me prie de présenter devant vous.

Cet appareil se compose d'une ampoule en verre dont le corps se prolonge à la partie supérieure par un tube courbé terminé en pointe et à la partie inférieure par un tube droit avec renflements, une partie amincie et une chambre de filtrage se terminant elle-même par un tube effilé.

Cette ampoule ayant les extrémités des tubes supérieurs et inférieurs ouvertes, lorsqu'on veut la préparer pour l'emploi, on garnit la chambre de filtrage d'une matière filtrante fortement comprimée, on procède au lavage intérieur complet à l'eau distillée, puis on soude à la lampe la pointe du tube effilé inférieur.



Ampoule filtre Aseptauton-Duret.

On fait ensuite le vide dans l'ensemble de l'appareil et on soude à la lampe le tube supérieur pour avoir une obturation complète, on stérilise ensuite à l'autoclave à 120°.

Par suite de ces manipulations :

1° Compression de la matière filtrante, aspiration vive d'eau distillée pour lavage, ce filtre arrête toutes les particules qui peuvent être en suspension (poussières, microbes.....) et transforme toute solution septique en solution aseptique.

2° Stérilisation à 120° en présence de vapeur d'eau à l'intérieur de l'ampoule où existe le vide, l'ensemble de l'appareil constitue une cavité parfaitement aseptique.

Pour le remplissage de l'ampoule on plonge dans la solution de 606 à employer le tube effilé inférieur après avoir donné un coup de lime au trait de meule en A et on casse alors la pointe au sein du liquide ; la solution pénètre alors *automatiquement* et *instantanément* dans l'appareil

(1) Communication faite à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

après avoir traversé le filtre spécial et s'être ainsi aseptisée.

Pour procéder à l'injection, on casse par le même procédé, la partie amincie en B ; la chambre filtrante sera alors détachée de l'ampoule et on adapte sur les renflements du tube le tuyau en caoutchouc muni de son aiguille et préalablement stérilisés.

En cassant l'extrémité du tube supérieur en C, le liquide s'écoulera ainsi *sans transvasement.*

En résumé l'ampoule-filtre Aseptauton Duret permet de stériliser automatiquement et immédiatement la solution de 606 et de pratiquer l'injection intraveineuse de ce liquide sans transvasement.

M. Duret a très ingénieusement joint à cet appareil une ampoule scellée contenant exactement la quantité de soude nécessaire pour la préparation de la solution alcaline de 606 et variable suivant les doses de 0,10 — 0,20 — 0, 40 — 0,60, et cela sans l'addition d'alcool qui a de graves inconvénients pour l'endothélium délicat des vaisseaux et des hématies.

J'ajouterai que l'emploi de cette ampoule peut être généralisé pour la stérilisation des liquides altérables par la chaleur, tels que eaux minérales, eau de mer, extraits d'organes...

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de l'infirmière-hospitalière et de l'infirmier-brancardier. *Bandages usuels. — Premiers soins d'urgence. — Relèvement et transport des malades et des blessés,* par le Dr Edmond Morin (*publié sous le patronage de la Société de la Croix-Rouge, Union des Femmes de France*). — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-8° écu avec 200 figures : 2 fr. 25.

Ce petit livre essentiellement pratique et qui enseigne d'une façon succincte, mais complète et précise, tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour parer d'*urgence,* en ville ou à la campagne, à tous les accidents de la vie ordinaire, industrielle, ou de sports à outrance que nous vivons, vient combler une lacune dans l'enseignement des membres de toutes les sociétés de secours — brancardiers, secouristes, infirmiers volontaires, sauveteurs, etc. ainsi que pour les infirmiers et infirmières des sociétés de la Croix-Rouge.

L'auteur a divisé son livre en 3 parties. *Dans la première,* il a traité par régions les bandages les plus usités dans les hôpitaux militaires et civils, ainsi que dans les dispensaires, soit à l'aide de bandes, soit par les pleins de Mayor. Chaque bandage, décrit avec un soin minutieux, est représenté par une figure qui le rend très compréhensible.

La seconde partie comprend les premiers soins d'urgence pour tous les accidents isolés ou collectifs : incendies, déraillements, désastres publics, etc.

Ce sont d'abord les généralités : manière d'aborder et de déshabiller les blessés, puis les soins particuliers dans la syncope, l'asphyxie, la pendaison, la submersion, les attaques de haut mal, etc., etc., dans les fractures, les luxations, les entorses, dans les plaies de toute nature, dans les hémorragies, etc.

Enfin dans *la troisième partie,* l'auteur a traité du relèvement et transport des malades et des blessés par tous les moyens employés, depuis le brancard improvisé jusqu'à l'automobile. Dans ces deux dernières parties, le style est clair, concis, et mis en lumière par de nombreuses figures.

Les qualités multiples de ce petit livre, très complet et d'un prix fort modique, le placent au premier rang et en font le compagnon fidèle et indispensable de tous ceux qui veulent apprendre à secourir leurs semblables, ainsi que de tous les amateurs de sports en tous genres, sans oublier les sociétés de préparation au service militaire, dont chaque membre devrait au moins savoir, ainsi que tout soldat, panser une plaie et arrêter une hémorragie.

Formulaire, consultations médicales et chirurgicales, par les professeurs Lemoine, Gérard, Doumer, Vanverts, de la Faculté de médecine de Lille. Cinquième édition, revue, corrigée et augmentée. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-18 raisin de 1020 pages, reliure peau souple : 7 fr.

Le Formulaire et Consultations médicales et chirurgicales des professeurs de Lille, dont les éditeurs Vigot frères nous présentent aujourd'hui la cinquième édition, est trop connu pour que nous en fassions de nouveau l'éloge. Disons seulement que cette nouvelle édition a été mise au courant des dernières acquisitions de la thérapeutique.

Déjà, *dans la quatrième édition, toutes les formules* avaient été mises en concordance avec le nouveau Codex. Dans la première partie proprement dite, de nouveaux médicaments ont été ajoutés : nous citerons : *l'Antodyne, la Guipsine, l'Hectargyre, l'Hectine, l'Oxyol, le Rhomnol,* etc. Les chapitres *Opothérapie* et *Sérothérapie* complètement refondus. Les consultations médicales et chirurgicales ont été revues et complétées. Pour la seule partie des maladies de la peau et des maladies vénériennes, plus de trente chapitres nouveaux ont été ajoutés, entre autres la blennorragie et la syphilis. Enfin, sous le titre *Electro-thérapie du praticien,* chapitre que M. le professeur Doumer a bien voulu écrire spécialement pour cette édition il résume dans une vingtaine de pages ce que tout médecin praticien non seulement peut faire mais doit faire. Tous les traitements indiqués par M. Doumer ne nécessitent ni une instrumentation coûteuse ni des connaissances spéciales et, si l'on suit exactement les indications données par l'auteur. les résultats seront le plus souvent ceux qu'il indique.

Ainsi présentée, la cinquième édition du Formulaire forme un volume de plus de 1000 pages toujours dans le même format et la même reliure de luxe. Avec cet ouvrage, un des plus grands succès de la Librairie médicale, le praticien peut dire qu'il a sous la main toute la thérapeutique usuelle et tous les renseignements concernant sa profession.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place

(*Suite*)

Réunion de Lorient du 4 juillet 1911.

Nous donnons d'abord la plume à notre dévoué confrère Flandrois, président du Syndicat et correspondant du *Concours*, qui d'accord avec le vétéran de la défense professionnelle régionale, Me le Dr Cousyn, président de la Société locale, avait organisé cette réconfortante journée.

La lettre suivante accompagnait cet envoi :

Lorient, le 7 juillet 1911.

Mon cher confrère,

Je viens, au nom du Syndicat des médecins de Lorient, et ayant mission de le faire, vous adresser, au Dr Jeanne et à vous, tous nos remerciements pour la si bonne journée, que nous vous devons.

Nous espérons que votre passage au milieu de nous donnera un nouvel essor à notre syndicat et à toutes nos œuvres de prévoyance et d'union professionnelles.

Vous trouverez ci-inclus le compte-rendu de la réunion et du banquet du 4 juillet, que vous avez bien voulu me demander. Fait de mémoire, il est forcément incomplet,

J'espère que votre tournée vous aura donné des satisfactions vous dédommageant un peu de vos peines et fatigues.

Reposez-vous maintenant pour mieux travailler plus tard, encore et toujours pour nous.

Veuillez croire à mes sentiments sincèrement et cordialement dévoués.

Dr Flandrois.

Nous nous faisons devoir et plaisir de constater qu'à Lorient la tâche syndicale se poursuit dans un excellent milieu parce que, à de rares exceptions près, ses médecins y vivent non seulement en confrères corrects et courtois, mais en camarades toujours prêts à s'aider.

Faut-il s'émouvoir à l'excès de ce qu'un confrère déjà ancien n'ait pas encore fait sur l'autel syndical le sacrifice du service médical d'une S. S. M. ? — Non, car nous connaissons ce confrère et nous nous porterions bien garants qu'avant peu il l'aura fait, en choisissant son heure.

Bien plus intéressant à retenir l'acte d'initiative de 14 médecins créant, à leurs frais (plus de cent mille francs), une clinique, ouverte à tous, pour empêcher les accaparements.

Nous avons promis d'aller la visiter le jour où elle sera devenue franchement syndicale *par concours actif et pécuniaire de tous les syndiqués* : nous nous sommes même mis à la disposition de nos amis pour statuts et règlements qui doivent la régir, quand ils auront bien compris la puissance défensive de l'arme qu'ils avaient sous la main.

Camarades de Lorient, nous vous avons trouvés si vibrants et si agissants que nous aurons un vif plaisir à retourner fêter avec vous, le même jour si possible, la constitution de la Fédération des syndicats du Morbihan et l'inauguration de la première clinique syndicale organisée en France par les médecins eux-mêmes.

Le 4 juillet dernier, à 11 heures du matin, les Drs Jeanne et Boudin réunissaient à Lorient dans une salle de l'Hôtel des Voyageurs les médecins de la région.

Après nous avoir fait un exposé des différentes œuvres de défense et de prévoyance du *Concours médical*, et spécialement du « Sou », ils étudièrent à trouver les moyens d'appliquer ces œuvres à nos besoins locaux ; ils nous montrèrent comment nous pouvons lutter contre les illégaux de la médecine, les rebouteux, qui tiennent encore leurs assises à la porte d'une grande ville comme Lorient. Ils nous firent voir la nécessité d'obtenir pour l'A. M. G. du département un tarif rémunérateur, afin d'éviter que des membres du corps médical soient obligés de recourir à des procédés équivoques pour s'assurer une rétribution à peine suffisante d'ailleurs, en s'exposant au reproche d'abus.

Ils nous dirent comment le libre choix, chez nous comme ailleurs, devenant le vrai terrain syndical serait la sauvegarde du corps médical tout entier.

« Vous devez l'établir, nous dirent-ils, dans l'intérêt des malades comme dans celui du corps médical. Que ceux qui détiennent les situations acquises sachent montrer au public qu'ils sont capables d'abnégation, et peuvent s'oublier pour l'intérêt général ; ils en seront les premiers récompensés par l'estime publique ».

« Et pour cela, entrez tous au syndicat ; aimez-le, votre syndicat ; c'est notre ordre de médecins ; n'en craignez pas les sanctions ; elles sont la sauvegarde de l'honneur professionnel ».

Constatation faite que notre groupement syndical lorientais ne pouvait, malgré sa bonne volonté, étendre utilement son action aux confrères en dehors de l'arrondissement, Richard, de Guéméné, Lohéac, de Gourin, et Mayeux, de Cléguérec, présents à la réunion ; il est demandé à ces 3 confrères de devenir le noyau d'un nouveau syndicat, qu'ils fonderaient à Pontivy, avec l'appui des syndicats de Vannes et de Lorient ; trois syndicats dans le Morbihan, quatre même, si Ploërmel le veut, et voilà une fédération des syndicats de Morbihan tout indiquée.

Apprenant que nous avions, à Lorient, une clinique médicale, fondée par un groupement de 14 confrères et fréquentée par tous ou à peu près, le Dr Jeanne nous conseille d'en faire une clinique placée sous le patronage du Syndicat.

Le soir, un banquet amical réunissait autour de la même table une vingtaine de confrères, pleins de gaieté et d'entrain, comme savent l'être les médecins, quand un bon génie vient de souffler les nuages qui obscurcissent parfois l'entente cordiale. Ce bon génie fut, ce soir-là, nos confrères du *Concours* ; leur parole

chaude et vibrante, persuasive, nous enthousiasma; et le Dr Boudin fit ample moisson d'adhésions au « Sou » et à la Société du *Concours*. Ah ! que ne nous fut-il donné de voir ce soir-là réunis autour de cette table tous nos confrères de la ville et de la contrée. Que d'indifférents de la veille fussent devenus le lendemain, d'ardents apôtres de ces belles œuvres professionnelles du *Concours médical* ; mais la circulaire de nos confrères, annonçant leur passage, avait, comme bien d'autres, pris le chemin du panier, et beaucoup ont depuis regretté leur oubli.

A l'heure des toasts, le président de l'Association lève son verre à la santé des représentants du *Concours*, dit l'œuvre acomplie par eux.

Après lui le Président du Syndicat développe en ces termes, au milieu des applaudissements, les sentiments de tous ceux qui assistent au banquet :

« Si, après le toast autorisé que vous venez d'entendre, je prends à mon tour la parole, c'est sans « doute comme président de notre syndicat local ; « mais c'est aussi parce que, membre du *Concours* « *médical* depuis que je suis médecin, et l'un des « premiers adhérents dans cette ville à sa Société et à « ses œuvres, je suis doublement heureux d'avoir à « saluer ici ses représentants.

« Qui veut jeter un regard en arrière et considérer « l'évolution du monde médical depuis 25 ans, ne « peut manquer d'être étonné du chemin parcouru.

« Création des Syndicats, création de Sociétés et « d'organes de défense professionnelle, création de « Sociétés de prévoyance, caisses de retraite, caisses « d'indemnité-maladie, toutes ces œuvres ont suc- « cessivement pris naissance sous l'impulsion du « *Concours médical* (secondé par des militants comme « nos confrères Cousyn et Bailloux dans ce département.)

« Certes, la lutte fut rude ; elle l'est encore, et pour « faire entrer ces idées nouvelles dans l'esprit de la « jeune génération, il fallut batailler ferme.

« Ne voulait-on pas interdire au médecin de se « syndiquer, ne trouve-t-on pas encore étrange de le « voir s'associer dans la lutte pour la vie, plus diffi- « cile chaque jour pour lui cependant ?

« Et qu'a donc fait cette société si sévère pour ce « médecin, qui, depuis des années, a dépensé à son « service son temps et sa santé ? A-t-elle songé à « protéger sa vieillesse contre la misère ? A-t-elle « songé à le prémunir contre le chômage, à lui assu- « rer le moyen de vivre lui et les siens quand une ma- « ladie, contractée au chevet des malades, le cloue « sur un lit de souffrance ? Le défend-elle seulement « contre les parasites et les illégaux de la médecine ?

« Et elle voudrait qu'à une époque où chacun, ou- « vrier, employé, officier, fonctionnaire, exige pour « lui une augmentation de salaire, elle voudrait, dis- « je, que seul le médecin acceptât d'être réduit à un « tarif de famine ; elle voudrait l'empêcher de « s'unir pour lutter contre le marchandage des mu- « tualistes et des compagnies d'assurances ; elle « voudrait qu'il fît à lui seul, ou presque, les frais des « lois nouvelles d'assistance et d'évolution sociale, elle « voudrait le livrer pieds et poings liés à toutes les « rigueurs d'une justice aveugle, d'une légalité im- « pitoyable ?

« Je sais bien que certains médecins semblent lui « donner raison, quand, se drapant dans leur dignité. « ils déclarent ne pas vouloir s'abaisser à discuter « des questions de guenille et de pièces de cent sous. « Qui de nous ici ne se souvient de ce bon vieux pra- « ticien de notre ville, qui, nommé membre hono- « raire de notre syndicat, fut si épouvanté de nos con- « ceptions, qu'il n'assista jamais qu'à notre première « réunion ; nous ne le revîmes plus. Nous sourions « volontiers de l'épouvante de ces vieux grenadiers, « mais que des jeunes fassent fi de nos œuvres et de « nos efforts, voilà qui est nous pénible à constater.

« Et cependant, que demain, ceux-là se trouvent « aux prises avec une mésaventure comme celle qui « survint hier à l'un des maîtres de la science fran- « çaise, à cet homme d'une prudence, d'une probité, « et d'une générosité si indiscutable qu'est le Dr « Bazy, qu'une telle mésaventure arrive à l'un d'eux, « et il aura tôt fait de déchanter, il s'empresse- « ra de venir s'abriter derrière les Syndicats et de « solliciter l'appui des œuvres de défense du *Concours* « qui, toujours généreux, à coup sûr, ouvrira les bras « à l'enfant prodigue.

« Est-ce dire cependant que notre corporation ait « abandonné toute idée de philanthropie et de géné- « rosité ? Non, certes, elle en donne chaque jour les « preuves ; elle n'a pas cessé de donner ses soins gra- « tuits à ceux que l'Etat n'a pas inscrit sur ses listes « d'assistance, et qui n'en sont pas moins de verita- « tables indigents. On ne frappe pas en vain à la « porte d'un médecin dont on sollicite la collabo- « ration pour une œuvre généreuse ou charitable.

« Mais je m'aperçois que je me suis oublié et que je « viens d'abuser de votre aimable attention. Je n'a- « vais cependant que le désir de dire ici combien j'ad- « mire l'œuvre du *Concours*, combien je suis lié de cœur « à tous ses vaillants défenseurs, que je salue en vous, « confrères Jeanne et Boudin, et à la santé desquels « je lève mon verre en le levant à la vôtre.

« Au *Concours*, à ses œuvres et à ses représentants ! »

Le Dr Jeanne répond et dit combien la réception chaleureuse qui leur est faite à lui et au Dr Boudin, leur est sensible ; c'est pour eux la vraie récompense des efforts qu'ils font pour le bien de tous. Il promet aux anciens comme aux nouveaux adhérents de leur consacrer plus encore, s'il est possible, toutes les forces en son pouvoir.

« Mais à votre tour, dit-il, soyez apôtres, soyez- « le parmi vos confrères ; amenez-nous beaucoup de « monde au *Concours* ; nous n'y travaillons que pour « vous, et plus nombreux seront ceux au nom des- « quels nous parlerons, plus nous parlerons haut, « plus nous serons écoutés, plus nous serons forts ».

A son tour, le Dr Boudin, prenant la parole, nous dit tous les bienfaits du « Sou » et promet à tous les néophytes auxquels il vient de donner l'accolade, aide et protection dans toutes les circonstances difficiles de la vie médicale. Devant notre enthousiasme à adhérer à son cher « Sou », il caresse le rêve de voir tous les membres du Syndicat en faire partie, et alors le « Sou », se substituant à la personnalité juridique du Syndicat, entraînerait toutes les luttes, tous les procès utiles : rebouteux, compagnies d'assurance, etc., quelle bonne besogne l'on ferait !

A la demande du Dr Jeanne, le Dr Cousyn, président de l'A. G. du Morbihan, fait ensuite l'historique, et le tableau, assez sombre d'ailleurs, de ce qu'était la situation médicale à Lorient, quand il s'y installa, il y a quelque trente ans. Et nous en pûmes conclure à moins de rigueur envers les résultats déjà donnés par le syndicalisme. Avant de se séparer, nous eûmes à désigner des délégués et membres du Comité de propagande. Pour Lorient : Dr Cousyn, Dr Le Goff, Dr Flandrois. Pour Pontivy : Dr Richard, Mayeux, Lohéac. Telle fut cette belle et bonne journée dont chacun de nous gardera longtemps le vivant souvenir.

Dr FLANDROIS.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Réformes à la loi de 1898 demandées par le Congrès de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs.

Les syndicats ouvriers ont constitué une « Association ouvrière pour l'Hygiène et la sécurité des travailleurs et des ateliers ». Cette association organise tous les 2 ans un congrès où assistent les délégués des différentes organisations ouvrières, des inspecteurs du travail, des ingénieurs, des médecins et un représentant du Ministère du Travail.

A la demande de Diverneresse, plusieurs syndicats médicaux, notamment les syndicats médicaux de Cambrai, de la Seine, le syndicat médical de Paris, ont compris qu'au lieu de discuter ces questions médico-sociales dans des congrès composés uniquement de médecins praticiens, qui coûtent chacun une douzaine de mille francs, il était plus utile et plus économique d'aller dans les congrès organisés par les principaux intéressés (les ouvriers et les employés), d'y causer avec eux. On y apprend aussi à mieux connaître l'angle sous lequel les patients envisagent les questions médicales et on familiarise l'opinion publique avec les idées des médecins sur ces questions.

Le résultat de ce premier contact a déjà été excellent, puisqu'au cours des discussions, les délégués ouvriers ont demandé aux délégués des syndicats médicaux d'obtenir l'envoi d'un délégué des syndicats médicaux au Conseil d'administration de l'Association ouvrière pour la sécurité et l'Hygiène des Travailleurs.

Le *Concours* et le « Sou médical » avaient été, bien entendu, des premiers à accepter la manière de voir de Diverneresse. *Concours* et « Sou » avaient envoyé quatre délégués à ce congrès.

Nous publierons les principaux rapports qui y ont été présentés. Nous insérons aujourd'hui le premier, celui qui a trait à la loi des accidents du travail.

Des Réformes immédiates à apporter à la loi du 9 avril 1898.

V° *Congrès de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs tenu les* 7, 8, 9 *juillet* 1911 *à Paris, aux Arts-et-Métiers.*

Tout homme a le droit de vivre et, par suite, de trouver dans son revenu la prime d'assurance nécessaire pour que soient couverts tous les risques inhérents à l'existence. Or, comme il est prouvé que le salaire, cet unique revenu de l'ouvrier et de l'employé, est loin de satisfaire à cette exigence, on conçoit que la législation intervienne par un système d'assurance obligatoire pour réparer dans tous les cas et de la façon la plus complète les ravages causés par tous les maux sociaux dont le travailleur peut être victime. Quand on part de ces deux principes, on est certes loin d'admettre des théories analogues à celles du risque professionnel et de la réparation forfaitaire des accidents du travail qui sont à la base même de notre loi française de 1898. De risque professionnel, il ne saurait être question lorsqu'on veut assurer le droit à la vie avec toutes les conséquences qu'il comporte. D'indemnité forfaitaire, on ne saurait non plus parler lorsqu'on est bien convaincu du droit du travailleur à la réparation absolue et intégrale des dommages qui viennent à le frapper. C'est pour ne point s'inspirer de ces principes de saine justice que la loi du 9 avril 1898 nous semble principalement condamnable.

Néanmoins, avant de briser un instrument qui, pour être défectueux, peut cependant rendre quelques services, nous nous bornerons à examiner quelles réformes immédiates pourraient être apportées à l'œuvre du législateur de 1898.

La grosse faute qu'il commit tout d'abord fut de charger du soin de réparer les conséquences des accidents les organismes financiers à base capitaliste que sont les Compagnies d'assurances. Evidemment, la principale préoccupation de ces puissantes sociétés montées par action devait être l'augmentation croissante du dividende. Or, celui-ci croît d'autant plus que diminuent les indemnités versées aux accidentés. Singulier moyen d'arriver à la juste réparation de l'accident que de la confier à un organisme dont l'intérêt va se trouver diamétralement opposé à celui du blessé.

Pour faire de plus beaux bénéfices, l'assureur peut avoir intérêt à ce que le traitement médical soit en réalité saboté et nombreuses sont les compagnies qui donnent à ce sujet des ordres véritablement criminels à leurs employés médecins. Il suffit pour s'en convaincre de lire la « contre-enquête » du Dr Diverneresse. D'ailleurs, la Compagnie, par le fait même qu'elle possède de puissants capitaux, est au point de vue social dans une situation privilégiée vis-à-vis de l'ouvrier. Or, dans toutes les transactions, dans tous les procès, dans tous les conflits d'ordre juridique, la justice exige qu'entre les parties existe une véritable égalité. Sinon le plus fort, le plus puissamment armé, abusera de sa force pour imposer sa volonté au plus faible obligé par la faim à en passer par toutes ses exigences. Aussi n'avons-nous pas trop à nous étonner de la pratique actuelle de nos Compagnies d'assurances. Nous allons dévoiler leurs principaux méfaits et indiquer les remèdes urgents qu'ils nécessitent. Mais, disons-le bien haut, la solution radicale, la seule qui puisse donner un résultat définitif, c'est la suppression même de la Compagnie d'assurance, c'est l'adoption du système d'assurance mutuelle obligatoire comme en Allemagne et en Autriche.

Les blessés, les Juges de Paix et les Greffiers.

La puissance financière des Compagnies devait leur rendre facile l'exécution savante de tout un plan tendant à s'assurer la bienveillance de la magistrature, du barreau, du corps médical, pour arriver à faire juger selon leurs intérêts les différents procès relatifs aux accidents. Cette audacieuse tentative, allant jusqu'au viol flagrant de la loi, a presque entièrement réussi. Aujourd'hui

les juges de paix sont légion qui ne craignent pas du haut de leur siège de se livrer à un véritable racolage en faveur des médecins d'assurance. Par eux, en pleine audience, les médecins indépendants se voient calomniés ; leurs certificats sont déclarés sans valeur. Certains vont même jusqu'à affirmer qu'on est mieux soigné à l'hôpital ou par le médecin de la Compagnie que par le praticien indépendant (*Annexe n° 6*).

D'ailleurs, comme il est bon d'avoir des intelligences jusque dans les employés subalternes, les Compagnies ont eu l'habileté de prendre comme agents d'assurance le plus grand nombre possible de greffiers de justice de paix. Aussi, en employés dévoués à leurs maîtres, ceux-ci, pour la délivrance des diverses pièces nécessaires aux accidentés, font-ils toutes les difficultés désirables. On a en vu prétendre que les copies de jugements à délivrer par eux étaient à la charge des blessés et refuser de les remettre sans bourse délier, contrairement à la loi (*Annexe*, nos 4 *et* 5).

Les blessés et les tribunaux civils

Ce n'était pourtant pas assez d'avoir pour soi les juges de paix et leurs greffiers. Les Compagnies ont réussi à s'assurer le précieux concours des Tribunaux de première instance et de leurs présidents. On ne compte plus les services qu'elles en ont reçus. Ce sont des juges qui accordent au blessé des rentes moindres que celles offertes en conciliation par les Compagnies elles-mêmes, pour punir sans doute l'ouvrier soit de n'avoir pas accepté l'offre, soit de s'être confié à un médecin librement choisi par lui. D'autres fois, ce sont des tribunaux qui fixent des rentes inférieures à celles réclamées par le certificat du médecin de l'accidenté sans même faire procéder à une expertise (*Annexe n° 7*). Un simple coup d'œil du Président sur la blessure lui suffit pour trancher l'affaire ! D'ailleurs, ces mêmes magistrats, dans leur complaisance pour les Compagnies, n'hésitent pas à violer la loi et on les voit souvent s'abstenir d'obliger la Compagnie, comme le veut la loi, à faire viser le nom de son médecin par le juge et à prévenir le médecin du blessé quarante-huit heures à l'avance par lettre recommandée pour avoir le droit de faire visiter le blessé. C'est dans le même ordre d'idées que, maintes fois, des juges n'ont pas craint d'imposer à l'accidenté un expert en conciliation alors que, d'après la loi, lorsque l'expert est désigné en conciliation, il doit l'être du consentement des parties (*Annexe n° 8*). Encore contre la loi, certains tribunaux ont décidé que le droit au libre choix du médecin peut être invoqué en justice par l'ouvrier, mais non par le médecin victime d'une atteinte à ce libre choix (1) !

Les blessés et les bâtonniers de l'ordre des avocats

Du reste, l'influence des Compagnies sur les juges est merveilleusement aidée par les nombreuses imperfections de la procédure qui ont permis aux assureurs, grâce à la bienveillance des bâtonniers, d'être en somme seuls représentés dans chaque instance. Que ce soit lors de l'enquête du juge de paix, si importante pour la solution définitive ou lors de la fixation des indemnités temporaires et des frais médicaux et pharmaceutiques, ou encore lors de l'accord devant le Président du Tribunal, la partie n'est pas égale entre l'assureur et le blessé. En face de l'avocat de la Compagnie, spécialiste en matière d'accident, rompu aux affaires, au courant de tous les traquenards de la procédure et partout présent, que trouvons-nous du côté de l'ouvrier ? Ce sont les avoués qui font désigner les avocats beaucoup trop tard, une fois la procédure déjà complète, de sorte que, pendant toute sa durée, le blessé a été seul en face de l'avocat de la Compagnie. Quant à la désignation de l'avocat, la plupart du temps, les bâtonniers refusent de la faire suivant les indications du blessé. Celui-ci peut avoir confiance en un maître du barreau, très au courant de son affaire, qui accepte de s'en charger. Qu'importe ! Un tel homme pourrait être dangereux pour la Compagnie ! Aussi le bâtonnier est là pour refuser de désigner un tel avocat. Il confie l'affaire à un ignorant ou à un ami des Compagnies ! Et pourtant l'Assistance judiciaire est une faveur accordée aux assistés ; elle ne devrait, en aucun cas, pouvoir se retourner contre eux pour leur nuire. Remarquons, de plus, qu'elle n'est qu'une avance faite au blessé. **S'il perd son procès, il sera tenu de rembourser. C'est lui qui paie et, malgré cela, il ne peut choisir ni son avoué, ni son avocat.**

Dès lors, comment s'étonner que la plupart du temps les affaires d'accidents du travail se jugent sans que l'avocat de l'ouvrier, nommé d'office par le bâtonnier, ait été entendu, sans qu'il se soit même présenté à l'audience. Le Tribunal n'a entendu qu'un avocat : celui de l'assureur. Quant à celui du blessé, il s'est contenté d'envoyer son dossier. Et souvent l'ouvrier apprend par son avoué que l'affaire est jugée, qu'il a été déposé telles et telles conclusions pour lui sans même avoir été consulté préalablement (*Annexe*, nos 9, 10, 11 et 12).

Le libre choix de l'avocat

Pour remédier à ce dernier défaut, nous demandons le libre choix de l'avocat et sa présence à tous les actes de la procédure. Cela ne peut se réaliser qu'avec la rémunération des avocats. Or, celle-ci est repoussée par le Conseil de l'Ordre. Actuellement, l'avocat nommé d'office peut toucher 15 francs par affaire. Le bâtonnier le lui interdit. S'il en était autrement, les 60.000 procès d'accidents qui se plaident annuellement rapporteraient 900.000 francs, ce qui, partagé entre en-

(1) Enfin, quelle meilleure preuve de complaisance pour les Compagnies pouvons-nous donner que celle qui résulte de la tendance actuelle des tribunaux à réduire sans cesse le taux de l'incapacité pour la même lésion ? La caisse syndicale des Forges de France, dans un tableau des incapacités accordées à son personnel, note les faits suivants : La perte d'un œil entraîne le 8 mai 1901 devant la Cour de Lyon une réduction de capacité de 40 %. La même Cour, le 24 mai 1901, n'accordait que 30 % et la Cour de Chambéry, le 8 janvier 1901, fixait 25 %. — La perte du bras droit, dans cette même profession, donne une réduction de 90 % d'après la Cour de Bordeaux (5 décembre 1900) et de 75 % le 19 mars 1901, d'après la Cour de Dijon. Et nous pourrions multiplier les exemples.

viron vingt avocats spécialisés, ferait pour chacun une somme de 4.500 francs. Cette rémunération de l'avocat devrait, du reste, être comprise dans les frais de justice à la charge de l'assureur.

Les blessés et les cliniques d'assurances

Après les gens de lois, c'étaient les médecins et les experts qu'il fallait gagner. Les Compagnies ont alors créé des Maisons de santé, où l'on refuse aux blessés les certificats médicaux qui leur sont nécessaires. Elles ont pris des médecins à leur solde soi-disant pour contrôler les soins donnés au blessé par son médecin, mais en réalité, pour chercher à les imposer aux accidentés assez peu soucieux de leurs intérêts pour se confier à eux.

L'article 27, paragraphe 4, dit : « A toute époque, un arrêté du Ministre du Commerce peut mettre fin aux opérations de l'assureur qui ne remplit pas les conditions prévues par la loi ». Or, si on voit tous les jours des Compagnies d'assurances arrêter le paiement des indemnités aux blessés, parce que ceux-ci ne veulent pas, suivant leur droit, se soumettre à la visite du médecin de Compagnie, au siège de la Compagnie, parce que ceux-ci sont considérés comme guéris par la Compagnie, sans qu'il y ait un examen médical, on n'a encore jamais vu le Ministre du Commerce retirer leurs prérogatives aux Compagnies qui enfreignent toutes plus ou moins la loi. On ne compte plus les faits de pression, d'intimidation et de menaces employés vis-à-vis des accidentés par les assureurs pour les amener à se faire soigner dans leurs cliniques. A chaque instant, le médecin de l'assurance doit chercher à éluder la loi en examinant les blessés hors de la présence du médecin traitant.

Suppression des médecins patronaux et d'assurances.

Or, cette institution des médecins d'assurance est absolument inconcevable. Nous en demandons la suppression absolue. Les Compagnies n'ont aucun droit de prendre part au traitement des accidentés. Le seul droit qu'elles peuvent légitimement réclamer est un simple contrôle. Or, tout contrôle doit, sous peine d'injustice, être confié à un homme ou à un organisme indépendant des deux parties en cause. Aussi, voulons-nous qu'après la suppression des médecins de Compagnies d'assurances, des médecins contrôleurs de blessés soient nommés par le Ministre du Travail sur une liste présentée par les Syndicats médicaux de chaque département. En tout cas, avant la réalisation de cette réforme, nous réclamons que toujours, en cas de contrôle exercé par le médecin de l'assurance, celui-ci soit tenu de se rendre auprès de la victime, au choix de celle-ci, soit à son domicile, soit à l'endroit où elle est soignée. En aucun cas, le contrôle médical ne devrait être exercé en dehors de la présence du médecin traitant.

Suppression de la conciliation.

Sauf certains points dont nous avons indiqué la solution, beaucoup d'autres pourraient être résolus par une simple circulaire ministérielle rappelant leurs devoirs aux tribunaux et hommes de loi. Il est cependant certaines revendications plus précises qu'il convient d'examiner.

Tout d'abord, nous réclamons la suppression de l'appel en conciliation en justice de paix pour des contestations relatives à l'indemnité journalière de demi-salaire due en cas d'incapacité temporaire. Comme les assureurs font toujours défaut à la conciliation, la maintenir, c'est vouloir une pure perte de temps d'une semaine au moins, pendant laquelle le blessé attend le demi-salaire dont il a besoin pour vivre. Ajoutons qu'en principe, ce préliminaire de conciliation est contraire à la loi. L'article 30 dit que toute convention contraire à ses prescriptions est nulle de plein droit.

Aucune transaction n'est donc possible et l'on doit s'abstenir légalement de faire accepter au blessé autre chose que ce que la loi déclare être son dû. Certains juges de paix ont, d'ailleurs, déjà, spontanément supprimé la conciliation.

En second lieu, le jugement du juge de paix, rendu par défaut, est, en vertu de la loi de 1905, exécutoire, nonobstant opposition. Nous le voulons exécutoire sur minute, avec la suppression du délai de trois semaines demandé par les greffiers.

En ce qui concerne les expertises, il conviendrait, lorsque le juge de paix désigne un expert, que cette notification lui soit faite de suite et non au bout de trois semaines. Ensuite, l'expert devrait avoir quatre jours pour faire son rapport et deux jours pour le déposer, de manière que le juge puisse, à l'audience de huitaine, prononcer définitivement. Cela sous peine d'amende ou de radiation prononcée contre l'expert.

Les blessés et les médecins experts.

D'autre part, nous voudrions voir le juge de paix tenu de faire procéder à une contre-expertise chaque fois que le blessé aura un certificat de trois médecins opposés à l'avis de l'expert. Ajoutons que, lorsqu'un expert est désigné, il ne devrait être ni le médecin du blessé, ni celui du patron, ni un médecin d'*une Compagnie d'assurances quelconque,* même à l'hôpital. Le groupe des Compagnies formant un consortium, leurs médecins se trouvent unis par les mêmes intérêts et possèdent la même mentalité. Il y a lieu de préciser sur ce point l'article 17 de la loi de 1898 modifiée en 1905, qui permet à un médecin d'une Compagnie non en cause dans l'affaire d'être désigné comme expert. Enfin, dans toute expertise, le blessé devrait être obligatoirement assisté de son médecin et celui-ci rémunéré par l'assureur. Aujourd'hui, le tarif Dubief ne prévoit à ce sujet aucune rémunération.

A un autre point de vue, il est nécessaire de réformer la loi en décidant que, dans tous les cas, l'indemnité sera due dès le premier jour de l'accident, quelle que soit la durée de l'incapacité de travail et que toujours, lorsque l'accident est survenu pendant la durée ou sur les lieux du travail, il sera présumé accident du travail. Le fardeau de la preuve incombe actuellement à l'accidenté et rend souvent impossible l'obtention d'indemnités pourtant justement dues. Enfin, les pourvois

en Cassation devraient être portés directement devant la Chambre civile, comme en matière prud'homale, sans passer devant la Chambre des Requêtes, qui, souvent, arrête au passage des pourvois qu'accepterait fort bien la Chambre civile.

Actuellement, lorsque le juge de paix, en cas d'incapacité permanente, a condamné le patron au demi-salaire, l'affaire vient devant le Tribunal civil, qui peut fixer une provision inférieure à ce demi-salaire. D'où des abus sans nombre. Pour y couper court, nous voudrions qu'en pareil cas, la décision du Tribunal soit obligatoirement motivée.

La Compagnie touche les primes et fait soigner les blessés aux frais de l'Assistance Publique et des contribuables.

Aux termes de la loi, le patron est toujours tenu des frais d'hospitalisation qui, à Paris, ne peuvent excéder 4 francs par jour et 3 francs 50 en province. Il y a là une flagrante injustice. Les accidentés du travail ne sont pas des indigents. Tous les soins qui leur sont prodigués à l'hôpital doivent donc être tarifés conformément au tarif Dubief et payés par les Compagnies. A elles, également, doit incomber la charge entière de l'hospitalisation calculée au tarif courant et comprenant, avec la nourriture, l'éclairage, le chauffage, les frais de séjour, les soins du personnel, etc.

Le libre choix du médecin et les sociétés de secours mutuels.

La victime peut toujours choisir son médecin ; cependant, l'article 5 de la loi de 1898, modifiée en 1905, nous dit que le patron peut toujours se décharger de l'obligation de payer les frais de maladie s'il a affilié ses ouvriers à une Société de secours mutuels. Or, cette disposition risque d'aller contre le libre choix, si la Société impose un médecin à ses membres. Il conviendrait d'ajouter à l'article 5 que la Mutualité sera tenue dans ce cas, vis-à-vis du médecin choisi par le blessé, des mêmes obligations que le patron. Dans le même ordre d'idées, l'article 30 de la loi punissant ceux qui auront cherché à entraver le libre choix du médecin demande à être complété. Cet article porte : « Est passible, etc... ; 3° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ». Or, il y a d'autres moyens de porter atteinte à ce droit que d'user de menace de renvoi, d'autres moyens ne tombant pas sous le coup de la loi. C'est pour arrêter ces abus que nous demandons la rédaction suivante : « *Toute personne qui aura,* D'UNE MANIÈRE QUELCONQUE, *porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin* ».

Telles sont les principales modifications à apporter à la loi actuelle de 1898, sur lesquelles nous avons voulu attirer l'attention. Elles ne seraient, certes, pas suffisantes. Leur réalisation constituerait néanmoins un indéniable progrès.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'en dehors des modifications de détail que nous avons signalées et de celles que nous avons émises, reste la tâche importante de la suppression complète du système de 1898. Le jour seulement où l'on voudra s'atteler à cet important travail, nous pourrons réorganiser l'expertise des accidents comme elle devrait l'être et arracher le jugement des litiges, en matière d'accident, à des tribunaux nécessairement incompétents, pour qui la Compagnie est un dieu et l'expert, un prophète.

Comparée aux lois sociales étrangères, la loi française est une duperie.

Quand on compare, dans les divers pays, les lois relatives aux accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, on constate des différences notables, tant dans l'élaboration que dans l'application de ces lois, *suivant que l'on considère les pays anglo-saxons ou les pays latins. Chez les premiers, ces lois sont conçues dans un esprit large, appliquées loyalement, honnêtement ; les ouvriers et les patrons sont représentés en nombre égal dans les Caisses d'assurances, les Commissions de Surveillance, les Tribunaux arbitraux. Dans les pays latins,* au contraire, *ces lois ne sont exécutées qu'en portant les atteintes les plus scandaleuses aux droits des ouvriers.*

En Allemagne, en Angleterre, en Danemark, en Suède, en Norvège, en Hongrie, le fonctionnement des assurances contre les accidents est organisé à l'aide de Caisses d'assurances gérées par des Conseils d'Administration où figurent en nombre égal des patrons et des ouvriers nommés chacun par leur groupe respectif.

Il y a deux genres de caisses :

1° Les caisses régionales ;
2° La caisse nationale.

Chaque caisse régionale reçoit de chaque personne assujettie à la loi une cotisation obligatoire et *fixée par l'Etat*, suivant les dangers de chaque industrie.

Chaque caisse régionale verse une certaine somme à la caisse nationale.

La caisse nationale, ainsi alimentée, doit venir en aide aux caisses régionales qui se trouveraient incapables de faire face à leurs charges par suite d'un nombre anormal d'accidents.

Par contre, les caisses régionales qui, au lieu d'être en déficit, font des bénéfices, à la fin de l'année, doivent verser une partie de ces économies à la caisse nationale. L'autre partie des bénéfices ne revient pas aux industriels qui ont payé des cotisations. Ces bénéfices sont employés à augmenter les rentes des blessés.

On voit tout de suite quelle est l'importance de cette disposition éminemment sage. Lorsqu'un industriel a versé sa cotisation, il sait que c'est de l'argent qu'il ne verra plus, qu'il n'aura aucune ristourne sur les opérations de la caisse d'assurances. Il n'a donc aucun motif de disputer à son ouvrier blessé l'indemnité d'accident.

D'autre part, comme les bénéfices servent à augmenter les rentes des blessés, les ouvriers ont tout intérêt à faire la guerre aux simulateurs, en

leur disant : « L'argent que vous voulez dérober n'est pas l'argent du patron, c'est l'argent des véritables blessés. En voulant prendre cet argent, vous faites du tort aux camarades blessés, qui ne verront pas augmenter leurs rentes ».

En outre, et notamment en Hongrie, *les médecins désignent trois de leurs confrères qui siègent dans les Conseils d'administration de ces Caisses avec voix consultatives.*

Mais, chez toutes les nations que nous venons de désigner, les assureurs n'ont pas été autorisés à s'interposer dans le fonctionnement de ces œuvres de prévoyance sociale, précisément parce qu'ils les auraient faussées, en y cherchant un motif à spéculation et à bénéfices.

Seules, la France, l'Italie, l'Espagne et la Suisse avaient commis la faute de confier ces services de Prévoyance sociale à des groupes de financiers et d'industriels.

La Suisse ayant en 1908, au Conseil fédéral, voté la suppression des assureurs, il ne reste donc plus que les pays latins, la France, l'Italie et l'Espagne, qui ont livré l'intérêt de la classe ouvrière aux appétits insatiables de financiers spéculateurs.

En Italie, à la suite d'une discussion au parlement en 1911, les assureurs vont être supprimés.

Pour remédier à cette injuste exploitation en France, il faudrait qu'on veuille bien abandonner le principe de l'assurance facultative et le remplacer par celui de l'assurance obligatoire avec, comme corollaire, la création de caisses d'assurances. Qu'on ne vienne pas nous dire que le principe de l'assurance obligatoire ne pourrait être admis dans notre pays ! Il existe déjà, partiellement, dans l'article 25 de la loi de 1898 qui dit que,pour la constitution du fonds spécial de garantie, il sera ajouté quatre centimes additionnels au principal de la contribution des patentes des industriels assujettis à la loi. Il existe encore, et à un plus haut degré, dans une loi toute récente, la loi sur les Retraites ouvrières.

Le remplacement de l'assurance facultative par l'assurance obligatoire ne peut avoir que des avantages, tant pour l'ouvrier que pour l'employeur.

Aux ouvriers, l'assurance obligatoire donnera toutes les garanties possibles pour la juste réparation des dommages causés, puisqu'ils feront partie, au même titre que l'employeur, des organismes chargées de procéder à l'assurance et à la distribution des indemnités et des rentes.

Aux employeurs, elle leur permettra de diminuer leurs primes d'assurances, puisque celles-ci ne contribueront plus à alimenter les dividendes de plus en plus élevés octroyés aux actionnaires des compagnies d'assurances. N'est-ce pas, d'ailleurs, pour échapper à leurs exigences incessantes que ces employeurs ont fondé entre eux des Syndicats de garantie qui garantissent les patrons contre les assureurs, mais ne garantissent pas les blessés contre les patrons ?

Sur cette base de l'assurance obligatoire, en nous inspirant de ce qui se passe à l'étranger, et notamment en Hongrie, on pourrait édifier d'une manière très juste le système suivant que nous proposons à l'adoption du Congrès. Ce système aurait, d'ailleurs, l'avantage de servir de cadre pour la réparation des risques : maladie, chômage, invalidité :

1º Institution de caisses régionales et d'une caisse centrale où seraient versées les primes de employeurs assujettis à la loi. *Ces primes seraient arrêtées par l'Etat* pour une période déterminée. Ces caisses seraient gérées, sous le contrôle de l'Etat, par les délégués des employeurs et des salariés assujettis en nombre égal. Les caisses régionales percevraient les cotisations des employeurs, en conserveraient une partie pour liquider les indemnités et les frais d'assurances de la région et verseraient l'autre partie dans la caisse nationale qui servirait de régulateur de toutes les caisses régionales.

2º Afin d'éviter la procédure si longue de la loi de 1898, on instituerait des tribunaux d'arbitrage au siège de chaque caisse régionale. Ces tribunaux auraient pour but de solutionner rapidement les différends qui pourraient exister entre les diverses personnes ou les divers organismes qui ressortissent de la caisse.

INTÉRÊTS MILITAIRES

L'article 17 du Règlement intérieur du service de santé militaire.

Eh oui ! il s'agit tout simplement d'un petit article de règlement, l'article 17 sur le service de santé à l'intérieur.

Eh bien ! qu'est-ce à dire ? — Qu'est-ce à dire ? Mais que cet article est scandaleux pour une République démocratique, mais que cet ar icle doit être modifié au plus tôt, car il confère aux généraux commandant les corps d'armée un abus de pouvoir monstrueux et indigne du XXe siècle en leur laissant « *le droit de réquisition ou de remplacement à l'égard des médecins civils sans que jamais ils soient tenus de justifier leur choix* ».

Ainsi, un médecin civil assure, là ou ailleurs, le service médical de la garnison ; il plaît à un politicien quelconque, aussi lâche que vindicatif, de le faire « sauter » ; c'est très simple, il n'a qu'à s'adresser à l'autorité militaire et dès lors celle-ci lui accordera généreusement la tête demandée. d'une part parce que tout d'abord elle sera sûre que l'article 17 la mettra à l'abri de toute complication, d'autre part parce que ancienneté, états de services, notes professionnelles, ont tout juste le poids d'un fétu de paille à côté du désir de M. le Député X ou Y... pesant, lui, comme plomb, dans la balance des décisions à prendre.

Dès que frappé, le médecin civil n'est naturellement pas informé du vrai motif de sa radiation ; mieux, *on ne lui en donne même aucun* et si, indigné d'une iniquité pareille, il en vient à réclamer au ministre de la Guerre, celui-ci couvrant à la fois subordonnés et.... politiciens délateurs, lui répond :

« Comment donc, Monsieur le docteur, vous vous plaignez d'avoir été relevé de vos fonctions et vous entendez surtout en connaître les motifs ? Oh, rassurez-vous donc, car le premier fait ne

saurait vous être préjudiciable et quant au second, article 17... Autrement dit !..... vous ne saurez jamais rien ».

Cette réponse est tellement fantastique qu'on la pourrait croire forgée par moi de toutes pièces. Or, non seulement elle est rigoureusement exacte, *mais je la possède*, car elle me concerne, car c'est à moi qu'elle a été faite, car elle est signée : général Goiran ministre de la Guerre, en date du 1er juin 1911 et il m'a fallu, pour l'obtenir, cinq mois d'inlassables poursuites, cinq mois d'incessantes démarches auprès de trois ministres.

L'article 17 du règlement sur le service de santé à l'Intérieur ! Une honte, oui, une honte pour la Réupblique française parce qu'il donne à l'autorité militaire le droit de frapper quiconque sans qu'elle ait à s'en justifier, parce qu'il permet, je l'affirme, les pires abus politiques, parce qu'il étouffe la voix qui crie justice et qui ne crie que cela.

L'article 17 ! A effacer au plus tôt, d'extrême urgence, parce que tout citoyen, même médecin, a le droit imprescriptible et sacré de connaître toujours le ou les motifs qui lui ont valu un ennui et à plus forte raison une radiation humiliante.

Parmi nos députés, il en est, — j'en connais au moins un — celui dont je suis la victime, celui *dont j'ai lu la lettre de délation*, celui dont nul n'a voulu me livrer le nom par écrit, — parmi nos députés, dis-je, il en est qui, trop heureux d'abriter leur lâcheté derrière cet article 17, voudront s'efforcer de le maintenir : il nous appartient dès lors à nous praticiens français de nous défendre sur ce terrain et d'annihiler radicalement l'action néfaste d'aussi mesquins parlementaires.

Un groupe médical existe, important, à la Chambre et au Sénat : il nous doit donc en cette circonstance une aide absolue. Ensuite nous sommes 22.000, 22.000 pauvres bougres, c'est possible, mais 22.000 hommes dans toute l'acception du mot : il ne doit donc dépendre que de nous de faire renvoyer par leurs électeurs à leurs primitives besognes ces brillants quinze mille qui entendraient nous appliquer, quand même, ce trop fameux article 17, digne c'est possible d'une quelconque nation, mais dans tous les cas indigne, c'est sûr, du pays qui a fait 1789 et la Déclaration des droits de l'homme !

Dr PEYROUX.
Elbeuf.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le prix coûtant de la visite médicale en Belgique.

Notre distingué confrère belge, le Dr DEJACE a, dans son intéressant journal *Le Scalpel* du 2 juillet 1911, fait pour la Belgique le calcul du prix coûtant de la visite médicale en se servant des mêmes bases que le Dr Chapon, à Paris. Il est intéressant de faire connaître ce document des plus intéressants, tout en faisant remarquer que le coût moyen de la vie est généralement beaucoup moins élevé en Belgique qu'en France.

J. N.

Il est intéressant pour nous d'étudier les conditions économiques de la vie médicale, au moment où la plupart de nos associations, transformées en Unions professionnelles reconnues, devront forcément solutionner la question des tarifs d'honoraires.

Presque toujours, les Syndicats médicaux adoptent comme bases d'établissement d'un tarif, les usages locaux, les errements suivis par les anciens, se contentant de phrases générales sur le renchérissement de la vie, mais négligent les calculs réels, qui seuls peuvent fournir une argumentation solide, inattaquable et justifiée.

Ainsi que l'écrit le docteur Chapon, l'évolution économique, un peu brutale, que nous subissons, ayant abouti à un renchérissement notable de la vie, il devient légitime que chacun cherche à augmenter ses ressources. Quoi qu'on ait dit, le médecin, lui aussi, doit vivre de sa profession et ne peut faire exception à une règle si logique. Il poursuit, très prosaïquement, le relèvement de ses honoraires.

Toutefois, cet argument banal n'est pas de nature à toucher les masses. Celles-ci ont horreur de l'arbitraire ; aussi les médecins doivent, non pas persuader à leurs clients, mais leur prouver, chiffres en mains, quel est le prix normal, vrai, de la visite médicale.

Pour le public, la critique de l'honoraire médical est absolument simpliste.

Le médecin ne fournissant aucune matière première vénale, gagne trop facilement sa pécune et, par suite, sa générosité est plutôt limitée, quand il donne gratuitement ses conseils.

Pour ce que cela lui coûte ?

Tout le monde admet qu'un industriel, un négociant calcule strictement ses frais généraux pour établir le prix de ses objets manufacturés ou de ses marchandises. En quoi serait-il déshonorant de notre part d'agir comme les négociants et de tabler sur nos charges très lourdes pour établir la valeur non plus fictive ou traditionnelle, mais commerciale, de notre travail professionnel ?

C'est à ce calcul raisonné et nécessaire que s'est livré le docteur Chapon et si ses chiffres sont arides et secs, ils sont à méditer.

Il n'est pas possible de rencontrer, dans une étude de l'espèce, les éléments variables du prix de la vie, éléments qui diffèrent à la campagne, dans les petites ou les grandes villes ; toutefois, il y a des frais généraux fixes permettant une tarification assez générale du prix coûtant de la visite médicale.

Pour ne rien exagérer, et, plus exactement, pour rester au-dessous de la réalité la plus fréquente, notre confrère Chapon a examiné le budget minimum d'un médecin célibataire, exerçant loin de Paris, c'est-à-dire le minimum de frais.

En suivant les bases admises par notre confrère français, nous avons fait abstraction de quelques données spéciales à son pays en les adaptant aux conditions moyennes de notre pays.

Ce que l'on ne doit pas oublier, c'est que le médecin est un ouvrier intellectuel, exerçant une profession libérale, exigeant un prestige nécessaire

et n'autorisant pas son exercice en bourgeron ou en vêtements de droguet. Le médecin n'est pas un adolescent ; pendant les vingt-cinq premières années de sa vie, ses parents ont préparé le terrain, semé, dépensé pour lui ouvrir une carrière. Il a coûté, sans rien produire. De l'école primaire, il a passé dans un collège, puis connu la ville universitaire où, sans verser dans le luxe, il a pris quelques habitudes de confort et une manière de vivre qui, pour si peu raffinée qu'elle ait été, n'est plus la médiocrité intolérable pour un homme mûr, et mauvaise conseillère pour celui qui doit au prestige de son art de s'entourer de certains *signes extérieurs d'autorité.*

La formule est banale, mais inéluctable : il faut que le médecin puisse tenir son rang. Point besoin qu'il mène une vie fastueuse ; seulement, il en doit exclure la gêne.

Aussi estimons-nous que le médecin, même célibataire, doit occuper *sa maison*, ou du moins un appartement où le client sente que les pièces réservées à l'exercice de la profession ne sont pas celles de la vie intime.

Le loyer peut être évalué à..........	700 fr.
Les impôts divers : patente, imposition personnelle, taxes locales, etc.	150 »
Gages d'un unique sujet............	450 »
Nourriture du sujet...............	700 »
Entretien personnel du médecin comprenant nourriture, vêtements, blanchissage, chauffage, éclairage, etc., environ 8 francs par jour.....	2.920 »
Abonnements à des journaux et cotisations diverses.................	50 »
Assurances contre l'incendie et la responsabilité civile................	200 »
Dépenses imprévues estimées à 1franc par jour	360 »
Total	5.530 »

Dans ce budget type, rien n'est prévu pour les distractions, les livres, les instruments ; on peut le considérer comme un budget minimum. Certes, le médecin pourrait vivre de façon plus modeste encore, mais nous arrivons alors à la misère décente. Rien ne l'empêcherait de nettoyer lui-même ses chaussures, de cirer son parquet et de recourir aux soupes populaires.

Voilà donc notre jeune confrère avec 5.530 fr. de dépenses annuelles. Quelles sont ses ressources ?

S'il n'a pas pris la succession d'un confrère disparu, s'il n'est pas particulièrement favorisé, et si, pour lui, la déontologie n'est pas un vain mot, on peut dire qu'au cours de la première année, il gagnera environ un millier de francs.

D'où une perte nette de 4.530 francs. La seconde année donnera 2.500 francs : nouvelle perte de 3.030 francs. La troisième année donnera 5.000 francs : perte encore de 530 francs. Peut-être à la fin de la quatrième année, arrivera-t-il à boucler son budget. C'est alors qu'il devra établir son bilan financier.

Dès lors, cependant, il devra prévoir l'augmentation des frais généraux, car la multiplication des visites entraînera l'adoption de moyens de transport indispensables, figurant avec excessive modération pour 600 francs dans le compte annuel.

Après cinq ans, le jeune médecin reste débiteur soit envers sa famille, soit, s'il n'a aucune fortune personnelle, envers quelque obligeant ami, de toutes les sommes reçues pour faire face :

1° A ses études supérieures ;
2° A ses frais d'installation ;
3° Aux pertes subies pendant les premières années, soit :

1° Frais d'études médicales	20.000
2° Frais d'installation.............	3.000 »
3° Pertes subies dans les débuts....	8.090 »
Total..................	31.090 »

C'est donc une somme minima de 31 à 32.000 francs environ que le médecin a le devoir de rembourser ou de récupérer et il ne peut moins demander que d'y parvenir pendant les 25 années qui vont suivre et à la fin desquelles il aura exercé 30 ans.

Le calcul général devant tenir compte dès ce moment des imprévus, il faut ajouter aux 5.530 francs primitifs 600 francs pour frais de transport et 400 francs pour imprévus, vacances ou autres :

Frais généraux (5.530 fr. + 1.000 fr.)	6.530 fr.
Intérêts à 4 % (sur 32.000 fr.)......	1.280 fr.
Amortissement en 25 ans...........	1.200 »
Total	9.010 »

Voilà pour les dépenses. Passons aux recettes possibles.

Pendant 150 jours de l'année, un médecin très actif peut faire de 10 à 20 visites, soit une moyenne de 15, en 150 jours.....	2.250 visites
Pendant les 150 autres jours, une moyenne de 10 visites........	1.500 »
Pendant les 65 autres jours, où figurent les absences, les vacances éventuelles, on peut compter..	250 »
Total...........	4.000 visites

Acceptons ce chiffre déjà considérable de 4.000 visites annuelles, presque impossible à dépasser, si l'on veut éviter le surmenage, et ne tenons pas compte des honoraires impayés, on a droit de dire que ces 4.000 visites nous coûtent 9.010 francs, en chiffres ronds 10.000 francs, soit 2 francs 50 chacune.

Si, au lieu de choisir comme type un confrère célibataire, nous nous étions arrêté au médecin marié, exerçant dans une bourgade importante ou une grande ville, à quels résultats plus impressionnants serions-nous arrivés ?

Mais à dessein, nous n'avons pas voulu charger le tableau, parce que, socialement, on n'a pas à tenir compte, dans la vie économique moderne, du salaire familial.

Si les calculs du docteur Chapon devaient tenir compte d'un budget avec femme, enfants, instruction familiale, décence du rang, le prix coûtant de la visite médicale subirait une progression énorme et monterait à 4, 5, peut-être 6 fr.

Or, il est de rigueur de ne pas délivrer, à moins

de 5 francs ce qui en coûte 3, à moins de 8 francs ce qui en coûte 5, à moins de 10, ce qui en coûte 7 ou 8.

La conclusion s'impose.

Le prix coûtant de la visite médicale étant, en Belgique, à la campagne, de 2 francs 50, celle-ci devrait être raisonnablement cotée à 4 francs et devrait monter à 5, voire 10 francs minimum dans les villes.

On le voit, nous sommes loin de compte et cependant la réalité tangible est là, affirmant la légitimité calculée d'un notable relèvement de nos honoraires.

Et maintenant, confrères, qui avez bien voulu suivre ces calculs un peu secs, soignez les mutualistes à raison d'un franc par visite, distribuez vos conseils, prodiguez vos soins presque gratuits aux indigents..... mais alors n'attendez rien de votre carrière, sinon une vie, honorable peut-être, mais exténuante et lourde, et une vieillesse abandonnée. Dr L. Dejace.

SOU MÉDICAL

Séance du 10 août 1911

Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Drs :

2381 Roget, à Voiron (Isère).
2382 Viallet, à Voiron (Isère).
2383 Ardillier, à Choisy-le Roi (Seine).
2384 Gourdet, à Nantes.
2385 Griner, au Havre.
2386 Galluchon, à Charny (Yonne).
2387 Baudrillier, à Saumur (Maine-et-Loire).
2388 Boularan, à Paris.
2389 Miodet, à St-Dier (P.-de.-D.).
2390 Maillard, à Froissy (Oise).
2291 Sanchez de Silvera, à Nantes.

Le Conseil examine plusieurs affaires juridiques en cours, ainsi que des questions nouvelles qui lui sont posées.

A propos de ces dernières, le Conseil fait remarquer aux adhérents du « Sou » que, s'ils ont le devoir de nous demander le plus de conseils possible et s'ils doivent ne jamais craindre de nous réclamer notre avis et notre appui, ils doivent néanmoins adresser au secrétariat général tous documents propres à éclairer le débat.

C'est ainsi que quatre affaires, au cours de cette séance doivent être renvoyées à huit jours pour renseignements incomplets.

Deux de nos adhérents demandent au Conseil du « Sou » ce qu'il compte faire au sujet de l'arrêt de la Cour de Cassation, concernant la vente des sérums.

Le Conseil suivra cette affaire, bien que le médecin condamné ne fasse pas partie du « Sou » ; il l'examinera au point de vue de l'intérêt général du médecin. Mais, il fait remarquer que l'arrêt de la Cour suprême ne porte que sur la définition du mot : « débit » de sérum et qu'il s'agit là, semble-t-il, d'une affaire plus pharmaceutique que médicale. Est-ce la vente, est-ce la fabrication des sérums qui est défendue aux médecins ? Nous n'avons pas encore le texte officiel de l'arrêt pour pouvoir nous prononcer;

Un de nos adhérents envoie au Conseil un document établissant qu'un patron a adressé un blessé à un dispensaire d'assurance. Le confrère demande s'il pourrait poursuivre en *détournement de clientèle.*

Le Conseil estime que, pour que cet acte puisse tomber sous le coup de l'art. 30 de la loi du 31 mars 1905, il faut qu'il y ait eu des menaces de renvoi de la part du patron, ou menaces de refus de payer le 1/2 salaire si l'ouvrier entendait se faire soigner par le médecin de son choix. Il invite donc notre adhérent à faire cette preuve pour que le « Sou » puisse intervenir utilement.

VARIÉTÉS

Le « Gulliver » et les médecins sanitaires maritimes.

Nous sommes heureux de saluer l'avènement d'une *nouvelle publication mensuelle* : *Le Gulliver*, revue de médecine sanitaire maritime, organe officiel du Syndicat des médecins sanitaires maritimes du Havre et de St-Nazaire.

Les membres du Comité de rédaction sont les docteurs Brissot, Clerc, Cury, Dumond et Villejean, et le rédacteur en chef est le docteur Clerc, président du Syndicat et membre du *Concours médical* depuis des années, comme beaucoup de ses collègues.

La situation de médecin sanitaire maritime a subi de grands et favorables changements, grâce à un effort syndical soutenu. Nos confrères poursuivent leurs revendications non seulement auprès des compagnies de navigation, mais encore auprès des pouvoirs publics, soit pour obtenir l'exemption de la patente, impôt inique pour des médecins qui n'exercent pas sur terre et sont à demi fonctionnarisés, soit pour améliorer le fonctionnement de leur service de retraites, soit encore pour arriver à créer un corps homogène et indépendant de médecins de la marine marchande.

Ils étudient, en outre, les questions médicales relevant plus spécialement de la police sanitaire maritime, telles que le choléra, la peste, etc., ou relevant de l'hygiène maritime.

Dans leur mouvement d'affranchissement, ils n'ont pas hésité à rompre avec un traditionnalisme étroit, et, avec une vue nette de l'avenir, se sont fédérés avec les autres corporations maritimes, puisant dans ce large esprit de solidarité force et encouragement pour l'amélioration de leur sort.

Nous souhaitons longue vie au *Gulliver*, bonne chance à nos confrères de la mer et engageons tous les médecins qui veulent naviguer à se mettre en rapport avec leur syndicat, soit dans le but de rentrer dans leur groupement professionnel, soit à titre simplement documentaire.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Association française d'Urologie.** — La quinzième session de l'*Association française d'Urologie* se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 5 *au* 7 *octobre* 1911, sous la présidence de M. le *Professeur Guyon*. La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « *Kystes non hydatiques du rein* ». Rapporteurs : MM. LETULLE (de Paris) et BRIN (d'Angers). Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boétie Paris, (8e).

— **Ligue Antituberculeuse.** — Les médecins qui désireraient être médecins délégués de la Ligue Antituberculeuse sont priés de s'adresser au Président, le Dr Landret, 28, rue Vital-Charles, Bordeaux. Le but de cette Ligue est de vulgariser la prophylaxie de la tuberculose et de faciliter le placement, dans des établissements spéciaux, des tuberculeux indigents, très avancés, de façon à éviter qu'ils ne contagionnent leur entourage.

— **La responsabilité des chirurgiens en Allemagne.** — Un médecin peut-il être poursuivi pour avoir pratiqué une opération sans le consentement du malade, ou, si celui-ci est mineur, sans y avoir été autorisé par son tuteur légal ?

Oui, affirme le tribunal suprême de l'empire à Leipzig, *toute opération, si elle n'est pas consentie, constitue une blessure corporelle.*

Il vient en effet de condamner un chirurgien à payer des dommages intérêts à une jeune fille de dix-sept ans, opérée de son propre gré, mais sans le consentement de son tuteur. Ce dernier, qui avait porté plainte, avait été débouté en première et deuxième instance. La cour de Leipzig lui a donné toutefois raison. Ce jugement a causé une vive émotion dans les milieux médicaux allemands.

(*Le Matin.*)

— **L'Hôpital de la Pitié.** — Depuis le 5 août, le vieil hôpital est complètement abandonné. Sur la porte, maintenant fermée, on a collé une affiche manuscrite ainsi conçue : « L'hôpital est définitivement évacué à partir de ce jour. S'adresser désormais au no 83 du boulevard de l'Hôpital. »

Les pavillons du nouvel établissement, construits en briques, occupent une vaste superficie et ont grand air. Attendons-les à l'user, et espérons qu'ils se défendront contre la critique mieux que ne l'a fait la nouvelle caserne de Clignancourt.

— **Petits salés.** — La *Clinique Infantile* rapporte d'après une revue américaine, une étrange coutume qui est encore en vigueur dans certaines contrées d'Asie et aussi d'Europe, et qui consiste à saler les enfants nouveau-nés.

Les mères s'imaginent que, par ce procédé, elles donneront à l'enfant la santé et la force pour toute la durée de son existence et que, en même temps, elles éloigneront de lui les esprits malfaisants.

C'est ainsi que chez les Arméniens russes on couvre entièrement d'un sel très fin la peau tout entière du bébé, pendant au moins trois heures ; puis on soumet le petit corps à un lavage énergique avec de l'eau chaude.

Chez une tribu montagnarde de l'Asie Mineure, les femmes laissent reposer pendant vingt-quatre heures leurs nouveau-nés dans la saumure.

Les Grecs ont également l'habitude de saupoudrer leurs enfants de sel. Cet usage se retrouve dans certaines parties de l'Allemagne.

Singulières coutumes, n'est-ce pas ? mais qui sont à rapprocher des théories modernes sur la minéralisation du sol humain, que l'eau de nos sources thermales chlorurées sodiques et magnésiennes réalise si efficacement et si élégamment *intus* et *extra* — boisson et bains — grâce aux SELS qu'elle contient.

— **Les hôtels de Paris vers 1840.** — Un aimable chroniqueur, mort en septembre 1870, Auguste Villemot, écrivait sous l'Empire dans l'*Indépendance belge* les lignes suivantes : « Il n'y a pas encore vingt ans qu'un Dijonnais de mes amis descendait dans un petit hôtel de la rue Saint-Roch. Il avoua l'extrême modestie de sa bourse et demanda un logis à l'avenant : — Monsieur, répond l'hôtesse, j'ai des chambres à trois francs, *sans punaises*. J'en ai d'autres à 2 francs... — Avec punaises ? demanda le voyageur. — *Naturellement*, répliqua l'hôtesse. »

Ce souvenir n'est-il pas d'actualité à l'heure où de même que la faim fait sortir le loup du bois, la chaleur (et quelle chaleur ? 35° à l'ombre) fait sortir puces et punaises des bois... de lit ?

— **Intoxication professionnelle dans les usines où est fabriqué l'aluminium.** — M. le docteur Hollande, de Chambéry, vient d'appeler l'attention du Conseil supérieur d'hygiène sur le nombre croissant des usines d'aluminium qui s'installent à Saint-Jean-de-Maurienne. Par des expériences qu'il a faites personnellement, il a pu s'assurer que les émanations des usines sont nuisibles aux végétaux ; d'autre part, les ouvriers de ces usines seraient atteints d'un diabète spécial, dû exclusivement aux émanations d'acide fluorhydrique.

— **La natalité en Angleterre.** — Il n'y a pas que la France qui se dépeuple. Au dire du *Mouvement hygiénique*, la natalité est en sérieuse diminution en Angleterre. Pendant la période des trente dernières années, la moyenne des naissances était, dans ce pays, de 35,4 pour 1000 habitants. Or, pendant la période 1907-1910, la moyenne s'est abaissée à 26,6 pour 1000. La cause de cette dépopulation tient principalement à l'application de la théorie néomalthusienne dans les classes pauvres où elle a pris une énorme diffusion. On commence à s'émouvoir en Angleterre d'un mal dont les progrès menacent bien des pays et surtout la France, où la natalité est descendue à 20,1 par 1000 habitants.

Parmi les nations européennes qui ont su résister au mouvement de dépopulation et au courant des idées sur la restriction des naissances, il faut citer l'Italie et l'Allemagne qui, pendant le triennat 1907-1910, ont montré une moyenne de 32.4 naissances pour 1000 habitants.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 36 Dimanche 3 SEPTEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Hygiène et Statistique.

Dans un article de polémique contre le gouvernement italien publié dans l'*Humanité*, Amilcare Cipriani fait un tableau assez triste de l'état sanitaire de son pays d'après des documents officiels.

« La direction du bureau général de statistique — qui est un bureau gouvernemental — écrit-il, a publié des données dont il résulte qu'en Italie, il y a encore 1.354 communes qui ont de l'eau potable mauvaise et insuffisante ; 4.877 sans égout et où les déjections sont jetées dans les rues ; 1.700 où rarement on mange du pain, si ce n'est dans les cas de maladie et les jours de fête ; 4.955 qui ne connaissent pas l'usage de la viande ; 600 où il n'y a pas un médecin pour les pauvres ; 366 où il n'y a pas de cimetières.

« A ceci il faut ajouter :

« 27.303 maisons souterraines où demeurent plus de 200.000 habitants, 154 arrondissements qui sont infectés par la *malaria,* qui s'étend sur 90.000 kilomètres carrés peuplés par 6 millions d'habitants.

« On compte 100.000 pellagreux qui pourraient bien vite guérir s'ils avaient des aliments tant soit peu nourrissants. »

Et Amilcare Cipriani tire de ces faits des conclusions violentes contre ceux qui ont la responsabilité de l'administration de la Péninsule.

Nous ne porterons pas un jugement aussi sévère contre le gouvernement italien, car nous devons lui reconnaître un mérite, celui

de la sincérité, puisque le bureau général de statistique n'hésite pas à publier ces constatations pénibles : un mal connu est toujours plus facile à guérir.

En France, il nous serait difficile de publier des chiffres analogues, et les critiques que nous avons déjà reproduites à propos de l'application, ou plutôt de la non-application de la loi sanitaire, ne nous permettent pas d'être très fiers et de mépriser nos voisins d'au-delà les Alpes. Avons-nous seulement comme eux des statistiques à produire ? Pourrions-nous, par exemple, dire combien de communes sont pourvues d'eau pure et en quantité suffisante ? Combien sont dotées d'égouts ? Dans combien l'Assistance médicale gratuite fonctionne d'une façon normale et efficace ? Il serait sans doute très difficile au Ministère de l'Intérieur d'indiquer le nombre des maisons souterraines qui abondent dans certaines régions de la vallée de la Loire, par exemple ; encore plus difficile, sûrement, d'indiquer le taux de la mortalité tuberculeuse chez ces troglodytes modernes.

A Paris, une tentative réellement intéressante et utile a été faite par M. Juillerat avec le *casier sanitaire* des maisons. Nous ne croyons pas qu'il ait fait école et que l'importance de son œuvre ait été appréciée en haut lieu comme elle le mérite. Cependant il serait indispensable d'avoir le casier sanitaire, nous ne dirons pas des maisons, nous n'avons pas cette ambition actuellement démesurée, mais des communes de France.

Serait-ce réellement bien difficile à établir ? Non, puisque les médecins militaires font ce travail depuis de longues années dans certaines villes de garnison.

Durant une période de service militaire que nous fîmes en 1905, à Givet, nous pûmes nous rendre compte de l'étude très consciencieuse faite par des confrères militaires anonymes et conservée dans les archives de l'Hôpital militaire de la garnison. Nous pûmes avec ces documents, augmentés de quelques renseignements fournis par un praticien de la région, le regretté Dr Beugnies, rédiger un Essai de géographie médicale sur cette ville, publié dans le *Progrès Médical*.

Nos confrères militaires avaient étudié la mortalité et la morbidité de Givet, avaient relaté les statistiques des épidémies, notamment de la fièvre typhoïde, depuis 1867. Ils avaient signalé les défectuosités des égouts, fait l'étude et la critique des eaux alimentaires, et plus particulièrement des eaux de sources conduites en 1889, dont ils avaient fait faire à diverses reprises l'analyse bactériologique.

En établissant une étude analogue pour chaque commune de France, étude qui serait facile à réaliser avec le concours des médecins praticiens, si chaque département voulait en faire les frais — qui ne seraient pas excessifs — on pourrait réaliser les améliorations sanitaires les plus urgentes, et l'action prophylactique administrative ne se bornerait pas à ces tumultueuses et affolantes manifestations, qui, périodiquement, comme le réveil de certains volcans mal éteints, effrayent bien inutilement les populations, à l'apparition du choléra ou de la peste dans notre voisinage.

Espérons que les pouvoirs publics pourront entreprendre la campagne sanitaire avec méthode et efficacité, sans inutiles vexations.

Espérons qu'on ne verra plus, comme cette année, Paris dépourvu d'eau, du fait de quelques semaines de chaleur, et l'Administration obligée d'alimenter la grande ville avec l'eau impure de la Marne qui, malgré les filtrages et les savantes purifications chimiques, a commencé aussitôt à produire ses effets.

En effet, depuis un mois environ, l'eau de la Marne a été distribuée aux Parisiens. Or le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* relevant les observations de la 32e semaine de l'année, indique 1072 décès au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. Il constate en outre que 13 décès se sont produits du fait de la fièvre typhoïde, au lieu de 2 la semaine précédente, et de la moyenne 3, et que les médecins ont déclaré 71 cas de fièvre typhoïde au lieu de 42 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 28 et, depuis, cette proportion s'est maintenue.

Certes, pour une population aussi nombreuse que celle de Paris, ces chiffres ne sont pas très alarmants ; ils n'offrent pas non plus les éléments d'une certitude absolue ; mais tels qu'on nous les donne, ils ont leur éloquence et démontrent l'utilité, en matière d'hygiène publique, de statistiques sincères.

L'amour-propre de nos administrateurs peut, il est vrai, souffrir des constatations d'un état de choses assez triste comme celui de l'Italie, que ne manque pas de souligner la malignité, dans ce cas très utile, de la Presse, mais nous avons le droit d'exiger des autorités qui ont le devoir de veiller à la santé publique, l'application d'un autre système que celui de l'autruche, qui croit, en se cachant la tête, éviter le danger qu'elle ne veut pas voir.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Reclus.

Dilatation de l'anus sous l'anesthésie locale.

Nous allons procéder, chez une femme, à une dilatation de l'anus sous anesthésie locale à la novocaïne. La malade, vous le voyez, est extrêmement émotionnée par l'opération. Bien qu'elle nous demande du chloroforme, nous le lui refuserons. La peur de l'intervention constitue déjà une contre-indication au chloroforme. Nous savons aussi que, dans ces cas-là, on observe plus fréquemment que dans d'autres la syncope blanche de la chloroformisation. Nous dirons, d'ailleurs, à la patiente que l'anesthésie locale lui permettra de ne pas souffrir.

L'anesthésie locale pour l'opération de la dilatation de l'anus est assez compliquée. Elle comporte quatre temps, deux temps pour l'anesthésie de la muqueuse du canal anal, et deux autres temps pour l'anesthésie des tissus, téguments et tissus de la marge de l'anus.

Premier temps : Il consiste à faire pénétrer avec une seringue de Pravaz non munie d'aiguille une petite quantité de novocaïne dans le canal anal. On pourrait aussi, plus commodément, se servir d'une seringue à bout olivaire, mais ce n'est pas indispensable. Il faut éviter de placer la seringue au-devant d'un pli muqueux.

Deuxième temps : Dans ce deuxième temps, on poursuit l'anesthésie du canal anal avec des petits tampons imbibés de novocaïne. On prend une série de tampons, de plus en plus gros, que l'on introduit dans le canal de l'anus. Il faut faire cette introduction doucement, en prenant la précaution de déplisser la muqueuse, de façon à bien l'exposer. On dit au malade de pousser, de faire un effort de défécation, qui vous permet de déposer le tampon de novocaïne sur la muqueuse. Vous le faites pénétrer avec douceur.

Nous avons, chez cette malade, une complication. Les tissus sont enflammés ; nous avons une ulcération inflammatoire suppurante. Néanmoins, les applications cocaïnées amènent la sédation des douleurs de la fissure anale.

Troisième temps : commencement de l'anesthésie des téguments de la marge de l'anus par injection, avec une seringue munie de son aiguille, à la partie antérieure de cette marge de l'anus. L'injection sera abondante (une bonne seringue), car d'elle vont partir une série de piqûres. Une précaution à prendre, analogue à celle nécessaire pour les tampons, est de bien faire déplisser l'anus.

Dans un *quatrième temps*, on pratique des injections en cercle au pourtour de l'anus. Ici, nous avons un condylome. L'anesthésie permettra de l'enlever sans douleur.

L'anesthésie obtenue, la dilatation est extrêmement simple. Le spéculum s'introduit aisément, et la dilatation se fait tranquillement.

La pratique de l'anesthésie locale demande quelquefois *beaucoup de patience. Vous avez vu* notre malade, très émotionnable, se plaindre fréquemment, la plupart du temps sans raison, au moindre contact, alors qu'elle ne disait plus rien pour les interventions vraiment douloureuses. Chez un sujet normal, la dilatation, faite dans ces conditions, est absolument indolore. L'ennui de sentir les piqûres d'aiguille est assurément insignifiant comparé aux inconvénients quelquefois graves de l'anesthésie chloroformique.

***

Hôpital Necker : M. le Professeur Pierre Delbet.

I

Prothèse maxillaire.

Je vous présente une malade qui a subi une intervention sur le maxillaire inférieur. Les malades de ce genre ont un grand intérêt pratique. Les résections partielles du maxillaire inférieur amènent des déformations considérables des arcades dentaires, avec des conséquences esthétiques et pour l'alimentation.

Voyez, chez notre malade, le déplacement de la moitié non enlevée du maxillaire. Ce côté est attiré en dedans. Regardez les dents laissées en place : les incisives inférieures se trouvent à deux centimètres en arrière des supérieures. Pas une dent de la mâchoire inférieure ne vient au contact des dents de la mâchoire supérieure. Cette déformation, qui est constante, rend la mastication impossible. Pour ce motif, on s'est ingénié à faire des prothèses.

Entre les incisives et les dernières molaires, du côté opéré, il y a non pas de l'os, mais un pont fibreux. Vous voyez les conséquences graves de cette opération. Vous en retiendrez ceci : quand on intervient, en pareil cas, il faut toujours s'efforcer de garder un pont osseux, chose souvent possible. La malade actuelle avait un kyste dentaire, affection bénigne. Il n'est pas besoin alors,

en général, de faire des résections étendues. On doit s'appliquer à faire des exérèses en gardant le bord inférieur de la mâchoire. Il suffit de conserver une baguette de ce bord résistant. Ici, l'exérèse partielle a peut-être été impossible.

Comment remédier à une semblable déformation ? Les fragments osseux se sont rapprochés. On a cherché à pratiquer surtout des prothèses immédiates. Pour cela, avant l'intervention, on prend le moulage des dents. On peut en déduire la courbure du maxillaire. On construit sur cette donnée une pièce métallique que le chirurgien fixe aux deux bouts osseux au moment de l'opération. Souvent, on est obligé de l'enlever secondairement, mais, même enlevée, on a grand avantage à s'en servir, car la déformation ne se produit pas. Chez notre malade, il s'est fait des rétractions fibreuses. Nous n'avons pas d'autre moyen pour obtenir la correction que de recourir à la prothèse. Pourrait-on essayer les greffes, avec un os emprunté à une autre point de l'organisme, un fragment de côte, du péroné ? Ce serait difficile, à peu près impossible. On peut arriver à un bon résultat avec une greffe métallique laissée à demeure.

II

Kyste maxillaire.

Voici un jeune homme qui vient consulter pour une légère déformation faciale. Du côté gauche, le sillon naso-génien est un peu plus saillant qu'à droite. Le malade a ses dents au complet, régulièrement rangées. Elles sont cannelées. Sans être normales, ses dents ne revêtent pas les caractères précis de la dent de Hutchinson. Aucune carie dentaire.

Lorsqu'on relève la lèvre supérieure du côté malade, on trouve un petit orifice fistuleux au niveau de la jonction de la lèvre et de la gencive. Au palper extérieur, on sent là une tuméfaction remontant en dedans, le long du maxillaire et arrivant vers les os propres du nez. C'est une tuméfaction dure, d'une dureté osseuse, à peu près régulière. En la palpant, on n'occasionne aucune douleur. L'examen par l'intérieur est moins important. On n'arrive qu'à la partie inférieure de la tumeur que l'on sent dure. A la périphérie, la muqueuse est mobile. A la partie centrale, au-dessus de la fistule, je trouve un point également dur, mais qui se laisse déprimer à la pression plus forte. C'est un point élastique, comme du parchemin. Cela indique qu'à ce niveau, la lamelle osseuse est mince. Si nous explorons la fistule, nous entrons avec le stylet dans une cavité vaste de 2 centimètres 1/2 de profondeur.

Cet examen est-il complet ? Nullement. Nous allons voir s'il existe une déformation du côté des fosses nasales et de la voûte palatine. Rien de nasal. La moitié gauche de la voûte palatine est plus saillante. A la palpation, on trouve un endroit qui n'a pas la rénitence normale. Certainement, ici, l'os a été détruit.

Je vous signale, en passant, que ce malade est porteur, sur la mastoïde, d'une saillie irrégulière. Il a cette petite lésion depuis la naissance, ce qui éloigne l'idée du kyste sébacé. D'ailleurs, la saillie est formée de plusieurs grains et n'a pas la régularité ni la rondeur du kyste sébacé. On constate, en outre, des adhérences avec la mastoïde. C'est un fibro-chondrome branchial, une malformation congénitale qui, jointe aux malformations dentaires, doit faire penser à l'hérédo-syphilis. Nous pourrons faire la réaction de Wassermann et je serais étonné qu'elle ne soit pas positive.

Revenons à la lésion du maxillaire supérieur. De quoi s'agit-il ? Il est évident que nous sommes en présence d'un kyste. Les kystes du maxillaire sont toujours des malformations liées au développement du système dentaire. On voit souvent, appendus aux dents cariées, de petits kystes inflammatoires. Ici, il n'y a pas de dent cariée. Il s'agit d'un kyste par vice de développement.

Je me bornerai à dire que ces kystes se développent aux dépens des débris, des germes de l'évolution des dents, de débris paradentaires. Ce sont des lésions bénignes. A côté, il est des lésions malignes, des épithéliomas.

Dans le cas actuel, vous pourriez penser à une lésion du sinus maxillaire. Il n'en est rien. L'évolution n'est pas celle des lésions sinusiennes. Il y a des altérations osseuses qui n'appartiennent pas à la sinusite.

Il est certain qu'il s'agit d'un kyste qui a refoulé l'os, en se développant, en avant et en bas vers la voûte palatine. Nous trouvons le caractère de ces kystes : la dépressibilité de l'os à leur niveau. Il ne se produit pas ici, ainsi que cela arrive quelquefois, de bruit parcheminé. La sensation tactile est, néanmoins, la même.

Si nous faisions une coupe, nous aurions là une incisive, la tumeur au-dessus, née aux dépens des follicules para-dentaires, refoulant les parois osseuses, développée en arrière en amincissant la voûte palatine, et en avant, où siège une fistule. A la voûte palatine, l'os est encore plus aminci. En un point même, il manque complètement ; on sent à ce niveau, la muqueuse au travers.

Le kyste persiste, bien qu'on l'ait ouvert chirurgicalement. Pourquoi cette fistule ? Là-dessus deux hypothèses sont possibles. Il se peut que, malgré le curetage fait dans la cavité, la muqueuse qui tapisse le kyste n'ait pas été détruite et constitue la lésion principale. La persistance de cette membrane peut expliquer la persistance de la fistule. Dans une autre hypothèse, on peut admettre que la paroi osseuse est infectée en un

point avec un séquestre. Cette dernière hypothèse n'est pas très vraisemblable, vu l'absence de toute manifestation inflammatoire et de douleur localisée.

Il est probable que la persistance de la membrane est la cause de la persistance de l'affection. D'où l'indication du nettoyage de cette cavité, en enlevant la paroi kystique. Nous allons cureter l'os. L'opération comprendra donc deux parties : l'ablation de la membrane du kyste et l'ablation de la portion osseuse saillante. La guérison s'obtient, en général, avec facilité.

Vous pouvez rapprocher ce cas du précédent, dans lequel une résection du maxillaire a été pratiquée. Le premier malade aura une déformation à peu près nulle. La seconde, du fait de la résection maxillaire, a une déformation énorme.

(*Leçons recueillies par le* Dr P. LACROIX).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Traitement de l'ozène

La *Revue Internat. de méd. et de chir.* signale dans un article de Pratique Journalière les différentes méthodes de traitement moderne de l'ozène.

Après avoir débarrassé les fosses nasales des croûtes putrides par des tampons imbibés d'eau oxygénée boriquée, puis d'huile goménolée ou eucalyptolée, on fait des lavages modificateurs à l'eau salée à 7 pour 1000, au perborate de soude, au phénosalyl, au monosulfure de sodium, et on tapisse les narines de pommade au baume du Pérou ou à l'essence de géranium.

« Mais ces diverses médications ne constituent qu'un traitement palliatif.

« Seules, les injections sous-muqueuses de paraffine ont donné des résultats encourageants qui se sont confirmés. Seul, ce mode de traitement est à l'heure actuelle curatif et permet aux ozéneux de retrouver leur place dans la société.

« C'est à Moure et à Brindel que revient l'honneur d'avoir appliqué avec succès à la rhinite atrophique ozéneuse la méthode employée par Eckstein pour la prothèse nasale externe.

« Ils recherchaient le rétrécissement de la fosse nasale en injectant *à chaud*, sous la muqueuse des cornets, du plancher et de la cloison, de la paraffine liquide fusible aux environs de 55° qui, ultérieurement, se solidifiait ; en quelques séances, croûtes et odeur disparaissaient en même temps que la muqueuse reprenait sa coloration et son aspect normaux.

« Quelques accidents ont fait abandonner partiellement l'injection de paraffine chaude, et on lui préfère généralement la paraffine employée à froid, bien que, ainsi utilisée, elle se mette parfois en grumeaux difficile à étaler, qu'elle se répande moins aisément et s'élimine même dans dans certains cas à travers la muqueuse.

« Après anesthésie locale avec le mélange de Bonain non adrénalisé, on pousse l'injection, à l'aide de la seringue de Gault, en commençant par les points les plus reculés. Les régions indiquées pour l'injection sont le cornet inférieur et parfois la partie vomérienne de la cloison. On doit piquer la muqueuse jusqu'au contact de l'os ou du cartilage, puis varier la direction et la profondeur de l'injection.

« Il sera bon d'arrêter l'injection à temps pour éviter la rupture de la muqueuse.

« Si l'on doit pratiquer plusieurs injections dans la même région, on espacera les séances afin de permettre à la muqueuse une cicatrisation absolue.

« Pour rendre la diffusion plus facile et plus uniforme, M. R. Leroux a imaginé un procédé simple qui, sans avoir aucun des inconvénients de la paraffine à chaud, en semble présenter tous les avantages.

« La paraffine étant injectée à froid, il pratique, quelques jours après ou au début de la séance suivante, *une douche d'air surchauffé* qui produit *la fonte de la paraffine* et favorise sa *pénétration entre les glandes* et son *étalement en une couche régulière.*

« Il existe enfin un traitement général et hydro-minéral de l'ozène.

« Aux enfants lymphatiques qui sont souvent frappés par cette affection, on ordonnera les reconstituants : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer ou iodotannique. Le séjour au bord de la mer (Biarritz en particulier) donne également de bons résultats.

« Les eaux sulfureuses (Luchon, Cauterets, Challes, Allevard, etc.) ont une action souvent favorable. Le Mont-Dore est indiqué à la période terminale de l'affection ».

L'importance du signe de Koplik

M. le Dr ANDRÉ BING, particulièrement au courant de la question du signe de Koplik pour le diagnostic précoce de la rougeole, vient de reprendre cette étude dans un article du *Progrès médical* en insistant sur l'impérieuse nécessité de bien connaître la manière de le rechercher.

« *Pour rechercher le signe de Koplik*, une condition essentielle est d'avoir un bon éclairage, et il n'en est point de préférable au *grand jour* tombant directement d'une fenêtre. L'enfant ayant donc la bouche grande ouverte et bien éclairée, le médecin devra procéder à l'*examen* MÉTHODIQUE *de* TOUTE *la muqueuse jugo-labiale.* Dans ce but, l'abaisse-langue, introduit au niveau d'une des commissures, est immédiatement porté à la partie la plus reculée de la gouttière vestibulaire supérieure. De ce point, appuyant en dehors sur la muqueuse de la joue, qu'il étale tout en la séparant de l'arcade dentaire, il est ramené lentement en avant. Ainsi passe devant les yeux chaque point du tiers supérieur de la surface jugale. Même manœuvre est alors répé-

tée pour le tiers moyen (répondant à l'angle inter-maxillaire), pour le tiers inférieur (gouttière vestibulaire inférieure), puis pour les trois régions symétriques de l'autre joue. Restent les deux lèvres, qu'on éversera facilement l'une après l'autre. L'inspection de la muqueuse jugo-labiale est terminée et complète. Longue à décrire, elle est, avec un peu d'habitude, très rapidement exécutée.

« *L'évolution* du Koplik est cyclique, comme celle de l'exanthème morbilleux. Au début, quelques points translucides, étroitement sertis de rose, tranchent sur la muqueuse encore normale et pâle de la joue. A la période d'état, les taches roses se sont fondues dans l'hyperhémie généralisée de la muqueuse, tandis que, sur ce fond uniformément rouge, les points, plus nombreux, ont pris leur opacité et leur teinte blanc bleuâtre caractéristiques. Puis la teinte rouge s'atténue et disparaît ; les points blancs s'effacent : c'est le déclin. Au début comme à la fin de ce cycle, on observe souvent un *aspect dépoli* tout à fait spécial de la muqueuse des joues (Guérin), qui est susceptible tantôt d'attirer l'attention sur un Koplik encore très discret, tantôt d'en permettre le diagnostic rétrospectif.

« La *durée* du Koplik est en moyenne de 3 à 6 jours, pendant lesquels — on ne saurait trop insister sur ce point — *à aucun moment l'élément Koplik ne s'ulcère.* Il disparaît, simplement détergé par les sécrétions buccales, ne laissant tout au plus derrière lui, dans quelques cas, qu'une *minuscule effusion sanguine.*

« Mais encore est-il, au cours de cet examen, *certaines confusions à éviter* : avec le *muguet* par exemple, mais celui-ci débute presque toujours par la langue, pour se généraliser souvent non seulement aux joues, mais encore au voile et aux gencives. D'abord franchement blanches puis jaunes ou brunes, ses petites touffes, plus grandes que le Koplik, adhèrent faiblement à la muqueuse ; elles ont en outre une tendance marquée à la confluence.

« La confusion, dont la fréquence est faite pour surprendre, du Koplik avec la *stomatite érythémato-pultacée de Comby,* serait facilement évitée, si l'on se souvenait que jamais les éléments-Koplik n'entrent en coalescence et que jamais ils ne siègent sur les gencives.

« Les *aphtes* au début prêteraient assez bien à l'erreur ; mais ils sont plus grands et plus jaunâtres que le Koplik, existent souvent à la langue et surtout, enfin, s'ulcèrent.

Certains petits *points jaunes,* qu'on observe assez souvent sur la muqueuse buccale, et dont la nature est d'ailleurs assez mal déterminée, ont été pris parfois pour du Koplik. On les reconnaîtra aux caractères suivants : diamètre un peu plus grand, absence d'aréole, revêtement épithélial brillant ; enfin, impossibilité absolue d'une ablation par frottement et existence éminemment durable, peut-être même congénitale (Caiger).

« Signalons enfin, pour simple mémoire, l'erreur pouvant résulter de la présence de *petits caillots de lait,* ou d'une confusion bien impardonnable avec les *glandules muqueuses normales* de la face interne des lèvres. »

Le signe de Koplik est justiciable de diverses applications cliniques, d'un emploi absolument courant et qui en font un symptôme vraiment précieux pour la pratique médicale de tous les jours ; signe pathognomonique de la rougeole, il est utilisé à ce titre pour le *diagnostic positif* et *différentiel* de cette affection ; signe précoce, il est susceptible de rendre les plus grands services en matière de *prophylaxie.*

Son rôle diagnostique ressort tout d'abord du fait que la rougeole est susceptible de se présenter sous des aspects très divers, dans le *diagnostic positif* desquels le signe de Koplik, symptôme pathognomonique invariable à travers la variabilité des formes cliniques, est à même de rendre les services les plus grands.

En somme, le signe de Koplik présente une très haute valeur pour le diagnostic précoce et la prophylaxie de la rougeole. Cette valeur paraît telle que tout médecin devrait s'inspirer comme règle de rechercher systématiquement ce signe, chaque fois qu'il pratique l'examen d'un enfant. Examiner la muqueuse jugo-labiale de tout enfant malade devrait être de sa part presque un acte réflexe, au même titre que regarder la gorge.

REVUE DE PÉDIATRIE

Sur les hernies congénitales de l'ombilic chez l'enfant. — Dangers pour les enfants du lait de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut. — Le bain froid, comme traitement préventif et curatif des convulsions infantiles.

Les hernies congénitales de l'ombilic chez l'enfant se distinguent en deux variétés : celles des nouveau-nés, plus graves, nécessitent une intervention urgente ; celle des jeunes sujets, plus bénignes, pour lesquelles on peut intervenir tardivement.

I. — Hernie des nouveau-nés.

Description. Variétés. — C'est une tumeur blanche, opaque, lisse, sans la moindre bosselure, largement pédiculée, qui atteint le volume d'une mandarine ou d'une orange. De la surface de cette tumeur, de son centre généralement, part le cordon. Cette hernie ne doit pas être confondue avec une « tumeur du cordon », de couleur blanche comme elle ; car, dans la hernie, contrairement à ce qui se passe pour la tumeur, le ventre est nettement plus petit, et l'on a l'impression que c'est en raison de cette réduction de la capacité abdominale que son contenu s'en est allé dans l'intérieur de la coupole herniaire.

Si la hernie est abandonnée à elle-même, on voit, au niveau de son implantation sur la paroi abdominale, se produire un sillon rougeâtre, appelant exactement le sillon, qui, dans la gan-

grène d'un orteil par exemple, sépare les portions mortifiées des portions vivantes. Ce sillon offre un ourlet rouge, qui représente la réaction des tissus tendant à se séparer et à se débarrasser de la tumeur congénitale. Au bout de 3 à 4 jours, la séparation entre le mort et le vif est accomplie, il s'écoule de la cavité abdominale une certaine quantité de liquide, la tumeur se flétrit, et des phénomènes de péritonite éclatent, qui entraînent une mort rapide.

La tumeur est, en effet, constituée aux dépens d'une portion de la paroi abdominale, atteinte d'aplasie, par suite d'une anomalie dans le développement. Et ici se distinguent deux variétés importantes, suivant que l'arrêt de développement s'est produit à la période embryonnaire ou à la période fœtale.

A. Si, à la période embryonnaire, c'est-à-dire *avant le troisième mois* de la vie intra-utérine, le feuillet mésodermique, chargé principalement de former les vaisseaux, les muscles, le tissu conjonctif et le péritoine, s'est arrêté de progresser d'arrière en avant entre la peau et les organes abdominaux, — les organes digestifs *dépourvus de revêtement péritonéal* sont venus s'engager à travers l'hiatus de la paroi abdominale, sous une peau *non-vascularisée.* C'est ainsi que dans l'intérieur de ces hernies on peut, à côté de l'intestin grêle, trouver le foie, qui, dépourvu de sa capsule de Glisson, adhère à la poche herniaire.

B. Si l'arrêt de développement s'est au contraire produit à une époque plus tardive, *après le 3e mois,* les lésions seront moins prononcées, et les viscères herniés seront recouverts d'un *sac péritonéal* ; la peau restera encore *non vascularisée,* mais seulement sur une étendue d'autant plus petite que la hernie sera plus âgée.

Dans l'un et l'autre cas, le même phénomène se produira : cette poche herniaire, qui jusque là vivait au sein du liquide amniotique, n'ayant un jour plus de liquide nourricier, se comportera absolument comme le cordon ombilical lui-même; privés tous deux d'un mésoderme vasculaire, ils se sècheront, se sphacèleront et seront voués à la mort comme tout tissu avasculaire.

C. A côté de ces types *extrêmes,* où dans l'un on trouve l'*intestin et même le foie,* dans l'autre un *simple fragment d'épiploon* (hernie intra-ombilicale), existent tous les intermédiaires les plus variés. C'est ainsi que dans certaines formes légères de hernie fœtale, quelques jours après la chute du cordon, on constate l'existence d'une fistule stercorale, due à la présence dans la poche herniaire du diverticule de Meckel devenu perméable ; il s'agit d'*omphalocèle diverticulaire.* Dans d'autres hernies congénitales s'abouche une dépendance de l'ouraque demeurée perméable : c'est l'*omphalocèle urinaire.*

Traitement. — « Toute hernie de la naissance, dit le Prof. Ombrédanne (1), est vouée au sphacèle si la membrane d'enveloppe est pellucide, avasculaire. Le sphacèle se produit par un sillon d'élimination situé à la limite de la zone vasculaire et de la zone avasculaire. »

a. Si la surface avasculaire de la membrane d'enveloppe est vaste, il en résulte une large ouverture du ventre, suivie de péritonite et de mort, quand on n'intervient pas.

b. Si la zone avasculaire est très limitée, quelquefois la guérison se fait spontanément. Le liséré rouge du sillon d'élimination s'avance peu à peu vers la ligne médiane, la hernie tend à se refermer complètement. Cette occlusion totale peut s'effectuer jusqu'à l'âge de six ans environ.

Voici, résumés, les conseils thérapeutiques du Prof. Ombrédanne :

« Examinez attentivement le sillon d'élimination de la base de la hernie de votre nouveau-né. S'il est tout petit, attendez 2 à 3 jours, avant d'agir chirurgicalement. S'il est grand, au contraire, intervenez de suite, car l'étendue de perte de substance va occasionner indubitablement une péritonite mortelle. »

Pour les vastes hernies de la *période embryonnaire,* hernies sous-péritonéales contenant foie, anses intestinales, diverticule de Meckel, terminaison de l'ouraque, le pronostic est des plus graves. Il faut opérer en peau saine, afin d'obtenir une réunion, la décortication des organes est des plus pénibles, celle du foie en particulier ; et pour combler la perte de substance qui résulte de l'ablation de la poche herniaire, il est souvent nécessaire de faire une autoplastie. Et cependant ces sujets, même opérés en temps voulu, même à l'abri d'une infection péritonéale, font souvent vers le 5e ou 6e jour qui suit l'intervention une éruption généralisée de purpura, qui les enlève en 48 heures.

Quant aux *hernies fœtales* pourvues d'un sac péritonéal, elles sont traitées suivant les méthodes de la cure radicale, et leur pronostic devient meilleur.

II. — Hernie des jeunes enfants.

A la naissance de l'enfant — le cordon se continuant avec une peau de tous points normale — on ne s'est pas aperçu que les deux droits se tenaient à une trop grande distance l'un de l'autre. Puis, à la suite d'indigestion, de ballonnements du ventre, d'efforts de toux, une tumeur arrondie s'est progressivement développée en un point qui, au lieu d'être pourvu de muscle et d'aponévrose, est demeuré en réalité uniquement cutanéo-péritonéal. *Cette hernie est le résultat d'un retard de la part du mésoderme à constituer en totalité sa paroi musculo-aponévrotique* ; la meilleure preuve en est que cette malformation tend à guérir d'elle-même, que le mésoderme tend à parachever son œuvre, jusqu'à l'âge de 6 ans, à condition toutefois qu'aucune anse intestinale ne vienne distendre l'orifice ombilical.

Malheureusement, dit Ombrédanne, l'enfant est régulièrement conduit, dès que les parents s'aperçoivent de sa hernie, chez le bandagiste, qui s'empresse d'introduire dans l'ouverture ombilicale un cône qui a pour effet de la maintenir béante et de refouler en arrière la paroi. On ne saurait mieux s'opposer au rapprochement des deux muscles droits antérieurs, qui tendent naturellement à se porter lentement l'un vers l'autre

(1) *La Pédiatrie pratique*, 15 juin 1911.

et à combler la petite distance anormale qui les sépare.

Le bandage ombilical doit être en caoutchouc, faire pelote, et, pour ne pas s'opposer à la guérison spontanée de la hernie, il ne doit jamais affecter la forme conique, pointue.

Dès qu'une tumeur de ce genre est découverte chez un tout petit enfant, il convient de lui faire porter simplement une pelote plate en caoutchouc : la nature se charge du reste.

Il n'y a nul inconvénient à attendre jusqu'à 6 ans la réparation spontanée des hernies ombilicales, car jamais elles ne s'étranglent à cet âge. Mais bien que la guérison naturelle puisse s'opérer encore jusqu'à 12 ans, mieux vaut, après six années écoulées, proposer l'intervention radicale.

***

On sait depuis longtemps que l'emploi de certaines substances alimentaires ou de nature végétale est capable de modifier les qualités du lait, soit en le rendant moins nutritif, soit en lui communiquant des propriétés médicamenteuses et même toxiques. Les pommes de terre, les cosses de pois, la drèche, les feuilles de choux, les navets, sont généralement regardés comme fournissant un lait de valeur inférieure ; la gratisoltre, l'euphorbe, lui communiquent des propriétés purgatives.

M. Pautrier (de Senlis) a signalé *le danger que présente pour les enfants l'usage du lait provenant de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut.* Entre autres éléments, ces dernières contiennent, en effet, un principe, véritable alcaloïde, la cynarine, dont un des principaux effets est de déterminer de la *diarrhée* et des *vomissements.* Ces accidents vont en s'aggravant, si l'allaitement de l'enfant avec ce même lait est poursuivi.

La constatation de ces particularités est de nature à expliquer quelques-unes de ces diarrhées subites et rebelles que tout praticien exerçant à la campagne a pu constater. Il est donc important de signaler ces faits et de les recommander à l'attention des médecins et des éleveurs. (*La Clinique infantile,* 15 juin 1911.)

***

Le Dr Pearson (*La Clinique de Montréal*) recommande le *bain froid, comme préventif et curatif des convulsions infantiles.* Ayant observé que, dans tous les cas de convulsions, la température du sujet s'élève avant l'accès ou pendant la durée de cet accès, il recourt avec succès au bain froid. En général, plus le bain est froid, plus rapidement la température et les convulsions cèdent. Cependant, quand il est possible, mieux vaut naturellement refroidir graduellement l'eau du bain, pour éviter le shock ; dans les cas urgents seuls, on mettra immédiatement l'enfant dans le bain froid. Voici une observation concluante :

Un enfant de 5 ans avait la coqueluche et en même temps de la bronchite. Sa température s'éleva à 39°, son regard devint fixe, et il commença à présenter des convulsions. Il fut alors placé dans un bain froid renfermant de la glace, et il y fut maintenu pendant quelques minutes ; presque aussitôt les mouvements convulsifs s'arrêtèrent, la température tomba à 37°, l'enfant regarda autour de lui ; les convulsions avaient cessé. G. F.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement diététique des diarrhées infantiles

1° *Diète hydrique.*

Remplacer le lait par une quantité au moins égale d'eau pure bouillie à laquelle on ajoutera un peu de sucre après quelques heures.

Un enfant de six mois devra prendre 1 litre en 24 heures.

Un enfant de 1 an, 1 litre 1/2.

Donner l'eau légèrement tiède avec le biberon, la timbale ou la cuiller.

D'abord donner 25 gr. tous les quarts d'heure puis 50 gr. toutes les 1/2 heures. Augmenter à mesure qu'on éloigne les prises.

Durée de la diète hydrique de 12 à 36 heures, 48 heures au maximum.

(Ball.)

2° *Décoctions végétales et bouillons aux légumes.*

La diète hydrique ne pouvant pas être indéfiniment prolongée, si la diarrhée persiste ou réapparaît à une tentative de réalimentation lactée, on peut remplacer l'eau par les décoctions végétales suivantes :

Dans 3 litres d'eau faire bouillir durant 3 heures une cuillerée à soupe de :

Blé,
Orge perlé,
Maïs concassé,
Haricots secs
Pois secs } Bruts ou décortiqués
Lentilles

Ajouter 5 gr. de sel à la fin de la cuisson. Passer et faire consommer pur par quantités variant à chaque fois selon l'âge de 150 gr. à 250 gr.

Ne pas conserver plus de 24 heures cette décoction.

Y ajouter selon les cas une cuillerée à dessert ou à café de crème d'orge ou de riz pour en faire des bouillies claires.

(Comby.)

On prépare ainsi le bouillon aux légumes :

Carottes	} ââ 65 gr.
Pomme de terre	
Navets	} ââ 25 gr.
Pois	
Haricots secs	
Eau	1 litre.

Faire bouillir 3 heures, ajouter 5 gr. de sel. Passer. Additionner de q. s. d'eau bouillie pour ramener à 1 litre. (Méry).

Ce bouillon donné pur chez les enfants de moins de trois mois, ou au début de la diarrhée, pourra ensuite servir à faire des bouillies par l'addition d'une cuillerée à café de farine de riz que l'on fera cuire durant 15 à 20 minutes.

Nous recommandons nous même et avec de bons résultats la formule suivante, surtout chez les enfants âgés de quelques mois :

Dans 3 litres d'eau faire bouillir durant 3 heures un morceau de poulet et une cuillerée à dessert de chaque espèce suivante jusqu'à réduction de moitié :

Carottes........ }
Navets.......... } finement hachés.
Pommes de terre. }
Riz.............
Pois............ }
Lentilles....... } décortiqués.
Haricots........ }

Ajouter une petite cuillerée à café de sel ; passer à une passoire assez fine sans écraser les légumes et donner par tasses à café ou à thé toutes les 3 ou 4 heures.

Comme le fait remarquer justement COMBY, la grande difficulté est de reprendre l'alimentation, le lait pur paraissant souvent être devenu un véritable poison.

On devra tâtonner et essayer au besoin tour à tour le lait homogénéisé, le lait écrémé, le lait acide, le lait d'ânesse, le Képhir.

On tente, souvent avec succès, un mélange de lait en faible quantité avec de l'eau de Vals-Reine, dont à chaque nouvelle prise on augmentera lentement la proportion de lait.

BALL met en garde contre le babeurre, qui est contre-indiqué si l état général est mauvais, si la gastro-entérite est très aiguë, s'il provoque de la fièvre dépassant 39°.

J. NOIR.

MÉDECINE SOCIALE

Le mariage des jeunes filles cardiaques.

Une jeune fille atteinte de lésion cardiaque peut-elle sans danger se marier ? C'est là une question des plus importantes à élucider. De nombreux auteurs déjà ont écrit sur ce chapitre, mais, jusqu'à présent, il ne semble pas que l'on puisse, à la lecture de leurs travaux, se faire une opinion définitive, car leurs conclusions sont loin de concorder ; qu'ils soient trop optimistes ou trop pessimistes, ils ont raisonné sur un nombre de cas trop restreint pour que leurs appréciations ne soient pas entachées d'erreur. Plus intéressante paraît être l'étude de IASCHKE qui est basée sur l'observation faite, durant neuf années, de 37.000 accouchements environ (*Munch. Med. Wochens.*, 1910, n° 471.)

***

C'est tout d'abord 546 cas de *lésions valvulaires* avec 1525 accouchements. Les parturientes étaient âgées de 15 à 45 ans, et, chez les 2/3 d'entre elles, il etait possible de reconnaître une maladie infectieuse comme cause étiologique de l'affection cardiaque. Tandis que la mortalité observée par les autres auteurs variait entre 1,3 %, et surtout entre 12 à 50 et même 100 pour 100; celle de Iaschke, n'atteint que 0,32 pour 100. Et encore ce chiffre est-il trop élevé, car certaines morts étaient dues — soit à des lésions particulièrement graves, dont quelques-unes chez des multipares âgées de 40 à 50 ans, — soit à des complications sérieuses, comme la néphrite ou la myocardite consécutive à une coronarite ; on conçoit naturellement que de pareilles lésions ne puissent servir de types dans une étude.

D'après les observations de Iaschke, dans les 7/8es des cas, l'accouchement se fit à terme dans de bonnes conditions ; l'avortement ne se produisit que dans 4 % des cas, et l'accouchement prématuré dans la proportion de 4,5 %. Il ne semble donc pas exact de dire que les lésions valvulaires prédisposent à l'avortement ou à l'accouchement prématuré ; seule, la décompensation favorise ces accidents, comme si la nature venait d'elle-même soulager un cœur fatigué.

Dans 1 pour 100 des cas seulement, l'interruption artificielle de la grossesse devint nécessaire ; et il ne s'agissait là que d'accidents graves de décompensation. Dans les cas légers de troubles circulatoires, en effet, cette indication ne se pose que si un traitement interne ne parvient pas à ramener l'état normal, ou bien s'il apparaît préférable, pour certaines raisons : complications, âge avancé de la femme, nombreuses grossesses antérieures, etc., de ne pas abuser de l'énergie cardiaque. Et encore, dit Iasckhe, n'a-t-on fait alors que parer momentanément au danger ; il faut ensuite rendre la femme *définitivement stérile par une* intervention chirurgicale.

Bref, si l'on se rend compte du grand nombre de multipares qui entrent dans la statistique de l'auteur, ainsi que des variétés de lésions valvulaires observées par ordre de fréquence : insuffisance mitrale, rétrécissement mitral, lésions aortiques, etc.), on peut conclure que *les dangers valvulaires dans les processus de la génération ont été notablement exagérés.*

Seule, une lésion concomitante du myocarde vient aggraver le pronostic, que la myocardite existe sans lésion valvulaire, ou bien *qu'elle complique* une lésion valvulaire, les toxines ayant atteint, en même temps que les valvules, les artères coronaires pour déterminer ainsi des troubles de fonction et de nutrition du myocarde.

Mais si nous envisageons l'autorisation du mariage — rien n'est plus difficile, ne l'oublions pas, en ces cas d'insuffisance cardiaque chronique, mis à part le stade des troubles graves de la circulation, que d'apprécier le *degré* des lésions d'une manière certaine, que d'apprécier la valeur des symptômes observés. N'est-il pas fréquent en effet de noter des symptômes objectifs du côté du cœur chez des jeunes filles en âge de se marier ; et n'avons-nous pas l'habitude de considérer comme bénignes les manifestations névropathiques, telles que les palpitations qui accompagnent ou suivent le stade de la puberté ! Pourtant, ces palpitations, surtout si elles sont concomitantes d'une douleur ou d'un point dans la région cardiaque, et même d'une sensation d'oppression, ne peuvent-elles pas être le symptôme initial d'une insuffisance chronique du cœur ?

En présence de ces difficultés que présente le

diagnostic anatomique, nous devons nous attacher à l'examen approfondi de la *fonction.*

Si une observation répétée, attentive, prolongée, révèle une tendance manifeste à l'amélioration, une énergie cardiaque plus franche, il faut permettre le mariage. Les cas graves se jugent facilement, tandis que les cas légers entraînent souvent le doute, et en tous cas des réserves, car un myocarde une fois lésé reste toujours un organe moins résistant, susceptible de nouvelles défaillances. Même quand le mariage a été permis, *toute* grossesse doit être attentivement surveillée par le médecin, le nombre des grossesses restreint, la stérilité chirurgicale éventuellement pratiquée.

Il est donc impossible de fixer les règles et chaque cas sera examiné individuellement et apprécié suivant la valeur fonctionnelle du cœur, qui peut d'ailleurs varier pour des lésions anatomiques identiques en apparence.

Quant aux *autres affections du cœur,* elles entrent en rarement considération pour la question du mariage.

C'est ainsi que l'insuffisance myocardique de l'obésité est rare à l'âge où l'on se marie ; si elle existe, elle n'est généralement pas assez accentuée pour faire interdire le mariage.

Les *lésions cardiaques observées au cours des affections des poumons et des reins* s'éliminent d'elles-mêmes, puisque les maladies fondamentales constituent déjà une contre-indication.

Le *cœur basedowien,* nettement accentué, ne permet pas le mariage, mais ici encore les jeunes filles atteintes de basedowisme ne sont pas en état de penser à convoler. Par contre, des manifestations cardiaques légères, des *états hyperthyroïdiens* ne sont pas une contre-indication ; et le mariage, qui régularise la vie, qui procure des occupations bien déterminées, serait capable de déterminer une amélioration ; en tous cas, la littérature médicale ne fournit pas d'observation où il ait provoqué le basedowisme.

Il est peu de choses à dire des *névroses du cœur,* qui, chez les jeunes filles en état de se marier, la plupart du temps, ne sont pas une contre-indication, mais bien au contraire subissent une amélioration de par le mariage. Ces considérations s'appliquent surtout à la *phrénocardie.* Une exception s'impose cependant dans certains cas pour la *névrose cardiaque hystérique,* surtout à cause de l'hystérie, maladie fondamentale — et dans la *tachycardie paroxystique essentielle,* lorsqu'elle est nettement accentuée. Pour juger de chaque cas, pris individuellement, il faut étudier soigneusement l'étiologie, l'anamnèse et les conditions générales.

***

En *résumé,* parmi toutes les cardiopathies organiques chroniques, les lésions valvulaires semblent les plus favorables : une lésion valvulaire *simple,* qui ne s'est jamais compliquée d'une insuffisance myocardique, ne peut jamais justifier la défense du mariage (Iaschke). Il en est autrement quand le myocarde n'est plus sain ; dans ces conditions, le mariage ne peut être autorisé qu'après une longue observation, après un examen plusieurs fois renouvelé de la fonction cardiaque. Et encore voit-on des femmes, qui, au moment de la puberté, ont présenté à plusieurs reprises des troubles légers de compensation, très bien supporter une ou plusieurs grossesses ; l'intérêt de leur santé commande alors de savoir limiter le nombre de leurs enfants.

Toutes ces considérations ne peuvent être érigées en règles générales ; ce ne sont que des indications utiles pour l'étude des cas particuliers, et jamais dans une appréciation, on ne doit négliger de faire intervenir l'âge, le genre de vie, le tempérament, l'anémie, les affections concomitantes des autres organes. Dr FISER.

HYGIÈNE SCOLAIRE

La durée d'éviction des écoliers atteints de maladies contagieuses.

Dans l'*Hygiène scolaire* de juillet 1911, Bulletin de la ligue française pour l'hygiène scolaire, M. le Dr L. GUINON, le distingué médecin de l'hôpital d'enfants Bretonneau, examine l'importante question de la durée de l'éviction des écoliers atteints de maladies contagieuses.

« Récemment, raconte M. Guinon, un médecin, membre du comité parisien de la ligue, ayant eu à soigner un lycéen de Paris atteint de diphtérie, renvoyait cet enfant au lycée, après guérison et désinfection, accompagné d'un certificat attestant qu'il pouvait être admis sans danger. L'admission était refusée en vertu du règlement qui exige un isolement de 40 jours.

Ce petit événement, qui se renouvelle fréquemment, a attiré l'attention du comité. Il apparaît au premier abord que cette pratique n'est plus en rapport avec les notions actuelles d'étiologie et de prophylaxie, et c'est pour tenter d'en obtenir une modification adéquate que j'ai été chargé de cette courte étude.

La durée d'éviction des écoliers atteints de maladies aiguës contagieuses est actuellement régie par 3 actes administratifs.

Un arrêté ministériel du 18 août 1893, visant les écoles primaires, fixant la durée d'isolement et les mesures de désinfection ; une circulaire du 14 mars 1896, émanant de la direction de l'enseignement primaire ; une circulaire du 27 octobre 1896, émanant de la direction de l'enseignement secondaire.

Ces circulaires ne donnent pas des chiffres identiques pour la durée de l'isolement, et le ministre de l'Instruction publique, dans une lettre adressée récemment au conseil d'hygiène publique de France, demandait l'unification des règlements.

Cette question est donc à l'ordre du jour. Au dernier congrès d'hygiène scolaire, M. Prosper Mercklen a fait sur ce point un excellent rapport ; au conseil d'hygiène, M. Netter a rédigé une *étude dont j'adopte les conclusions.*

Les règlements signalent 7 maladies contagieuses entraînant l'éviction de l'écolier. Ce sont: la coqueluche, la diphtérie, les oreillons, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la variole (1). Ils prescrivent un isolement de 40 jours pour la diphtérie, la scarlatine et la variole, à compter du début de la maladie ou de l'éruption ; un isolement de 16 jours pour les oreillons, la rougeole et la varicelle ; enfin pour la coqueluche, l'exclusion de l école est prolongée jusqu'à 30 jours après la disparition absolue des quintes.

Cette division des maladies en 2 séries, l'une demandant 40 jours et l'autre 16 jours d'isolement, a été évidemment inspirée par un souci de simplification ; et il est notoire que la durée d'éviction est excessive pour la rougeole, pour la varicelle, pour beaucoup de cas de scarlatine ; la rougeole ne paraît plus contagieuse au delà de l'éruption ; la varicelle perd sa contagiosité très vite après le dessèchement des vésicules ; quant à la scarlatine, il paraît bien certain que les cas bénins ne sont plus contagieux quand l'éruption, l'angine et la fièvre ont disparu.

De même pour la coqueluche : cet isolement prolongé 30 jours au delà de la dernière quinte paraît vraiment excessif quand on est persuadé, comme la plupart des observateurs modernes, que cette maladie n'est contagieuse qu'au début, quand on sait que certains enfants conservent des quintes pendant 2 saisons (soit 5 et 6 mois) après la période aiguë de la maladie, et que pour certains sujets nerveux, la quinte n'est plus qu'un tic, une manière de grattage, contre une démangeaison plus ou moins réelle.

Mais c'est un terrain trop incertain ; l'opinion des médecins n'est pas unanime sur ces points délicats et obscurs d'étiologie et de contagiosité ; et comment peut-il en être autrement, avec des maladies dont nous ignorons encore le microbe pathogène ?

Pour affirmer la non-contagiosité d'un convalescent il faudrait : ou démontrer que l'agent pathogène a disparu, ou trouver des modifications des humeurs indiquant la guérison.

Nous sommes loin d'en être à ce point pour la plupart des maladies sus-énoncées ; je n'aborderai donc pas leur étude, qui sera mieux à sa place dans une société purement médicale et dans le conseil d'hygiène, et je me bornerai à déterminer les mesures préventives applicables à la plus étudiée des maladies scolaires épidémiques, la diphtérie.

La diphtérie est vraiment la seule qui offre une base étiologique précise ; car nous connaissons bien son microbe ; il est facile de le recueillir, de le reconnaître et de le cultiver.

On peut admettre que sa présence sur la muqueuse nasale, buccale ou pharyngée d'un enfant, rend celui-ci contagieux, et, inversement, que sa disparition bien constatée est l'indice certain de la guérison et de la fin de l'isolement.

(1) Il est nécessaire, comme le note M. Netter, d'ajouter à cette liste, la méningite cérébro-spinale, le poliomyélite aiguë, la dysenterie, la fièvre typhoïde, la rubéole et les teignes.

Certes, la présence du microbe ne prouve pas la virulence, mais en tous cas c'est un moyen d'appréciation infiniment supérieur aux signes cliniques.

A quels signes en effet le médecin peut-il reconnaître la guérison du malade ? Dans une angine, quand les membranes ont disparu ; en cas de coryza diphtérique, quand le nez est asséché ; pour le cas de croup, quand les troubles respiratoires ont disparu.

Mais comme tout cela paraît fragile, si l'on sait qu'il y a des angines diphtériques presque sans exsudat, qu'il y a des membranes diphtériques si profondément cachées dans l'arrière-nez qu'on ne peut les voir, enfin quand on a cette notion que le bacille diphtérique peut persister dans les cavités nasopharyngiennes au delà de la chute des membranes ! D'après M. Netter, ils subsistent plus d'une semaine 29 fois sur 100 : plus de 2 semaines, 6 fois sur 100.

Enfin, on a retrouvé le bacille encore 2 et 3 mois après la guérison apparente. Ces cas, en nombre infime, sont négligeables, d'autant qu'il n'est pas démontré que les bacilles persistant aussi longtemps dans une cavité sont toujours virulents et susceptibles de contagionner d'autres sujets.

Donc, quand on dispose de moyens d'étude suffisants il importe de rechercher le bacille sur les muqueuses avant de rendre l'enfant à la libre circulation ; cette recherche peut se faire utilement, 8 à 12 jours après la chute des membranes ; il est bon, en cas de réponse négative, de renouveler les prises et les ensemencements. Si, après 2 examens successifs pratiqués à 2 ou 3 jours d'intervalle, le microbe est absent, on peut affirmer la guérison et renvoyer l'enfant à l'école. Cette pratique, qui a été conseillée par M. J. Renault puis par M. Netter, est, si je ne me trompe, appliquée dans les écoles primaires de la ville de Paris. Elle devrait être réalisée aussi dans nos lycées. On peut, de cette manière, raccourcir notablement la durée de l'éviction ; celle-ci dans les cas bénins, peut être réduite à 20, 25 jours, ce qui est appréciable pour un enfant déjà âgé et approchant de la période des examens.

Si ce raccourcissement de l'éviction est désirable dans quelques cas particuliers, il n'est certainement applicable qu'à un petit nombre de cas ; car la diphtérie est une infection qui affaiblit notablement les malades, et quand elle a été grave, ce n'est pas trop de 40 jours pour ramener à la santé parfaite le convalescent.

Conclusion :

1° Il y a lieu de reviser les règlements relatifs à la durée d'éviction des écoliers atteints de maladies contagieuses ;

2° Il est possible de réduire la durée de l'éviction des enfants atteints de varicelle et de coqueluche ;

3° La durée de l'isolement des diphtériques, fixée actuellement à 40 jours, ne répond pas à la durée réelle de la contagiosité de cette maladie ;

4° Elle doit être basée sur la présence, ou l'ab-

sence, dans les cavités, du bacille diphtérique recherché par les laboratoires compétents.

Donc, dans les centres munis de moyens de recherches bactériologiques, l'enfant convalescent devrait être admis à l'école sur présentation d'un certificat émanant d'un laboratoire connu, attestant que les bacilles ont disparu dans 2 examens successifs.

Dans les campagnes et les villes dépourvues de laboratoire, on maintiendra l'isolement de 40 jours. »

De ce très intéressant rapport de M. Guinon, nous tirerons une conclusion générale, c'est que, pour faire de la prophylaxie éclairée et vraiment utile dans les villes comme dans les campagnes, le concours dévoué de *tous* les médecins praticiens est indispensable.

Aux administrations, à ceux qui nous gouvernent de rechercher les moyens pratiques de s'assurer ce concours, au lieu de perdre leur temps à la rédaction de règlements basés sur des hypothèses mal étayées qui, au bout de fort peu de temps, les rendent caduques. La collaboration des médecins praticiens, pour être utile, doit être de bonne volonté et dévouée, c'est dire qu'il serait absurde de la baser sur l'obligation légale et la menace de sanctions.

On provoque les actes de dévouement, on ne peut les imposer.

J. NOIR.

Petite Correspondance de Médecine pratique

Stérilisation pratique et rapide de l'eau d'alimentation.

Auriez-vous l'obligeance de me donner des renseignements sur l'iodate de chaux utilisé dans « les *syniodules du Pr Vaillard* », donnant en quelques instants une carafe d'eau stérilisée.

Réponse.

Les syniodules de Vaillard sont des comprimés bleus, rouges et blancs, qui permettent de stériliser l'eau par l'iode.

Dans une petite quantité d'eau seulement, afin de ne pas gêner la réaction par les sels normaux de l'eau, on dissout un comprimé bleu (iodate de potasse), puis un rouge (saccharate). Par double réaction de ces comprimés, l'iode naissant est mis en liberté.

On verse alors la petite quantité d'eau dans la totalité d'eau à stériliser; on agite; puis au bout d'une dizaine de minutes, on ajoute un comprimé blanc, d'hypochlorite de soude, destiné à saturer l'iode.

On peut boire l'eau sans filtrer.

BIBLIOGRAPHIE

Le rôle de l'électricité dans les accidents du travail, par le Docteur J. LABORDERIE (Maloine, éditeur, Paris 1911.)

« C'est une pensée heureuse qu'a eue là notre confrère, le Dr Laborderie, d'écrire un petit livre sur l'utilité de l'électricité médicale dans les accidents du travail. Nous avons bien tous démontré plus ou moins cette utilité, non seulement dans des écrits, mais encore par des actes, et nous le faisons tous les jours encore, prouvant le mouvement en marche.

« Mais ce n'était pas suffisant évidemment, car il reste encore tellement à faire de ce côté, tellement de territoires médicaux dans lesquels n'a pas pénétré même l'idée de l'emploi de l'électricité médicale dans cet énorme perfectionnement social qu'est la juste atténuation par l'indemnité de l'accident du travail, qu'il était nécessaire, indispensable même, qu'un livre semblable fût écrit.

« M. Laborderie s'en est acquitté avec une compétence et une conscience qui méritent d'être récompensées, et elles le seront, je l'espère, à cause du sous-titre, qui comprend ces mots magiques dont nul médecin aujourd'hui ne peut se désintéresser : « Accidents du Travail ».

C'est dans ces termes que M. le Professeur Bergonié, de Bordeaux, le maître si connu et si compétent en matière d'électricité médicale, annonce aux lecteurs des *Archives d'Electricité médicale* le petit livre du Dr Laborderie.

Ce petit livre vient à son heure ; il veut montrer — et il montre fort judicieusement — comment les agents physiques, médicalement et habilement employés, peuvent réduire les incapacités et amener même des guérisons inattendues. L'auteur écrit pour les praticiens et aussi pour les experts et les magistrats.

Un résumé de tous les procédés et traitements montre la complexité de l'électrothérapie et l'absurdité de la petite boîte faradique inutile et nuisible dans bien des cas.

Un chapitre spécial est consacré à l'électrodiagnostic qui doit précéder le traitement et en poser les bases. Viennent ensuite les indications thérapeutiques, fort bien établies : fractures, entorses, névrites, etc....

Le dernier chapitre est consacré à la radiologie, à son instrumentation, à sa technique, à son utilité autant pour la compagnie que pour le blessé.

Tout cela est écrit dans un langage clair et précis, ce qui en rend la lecture agréable et fort attachante, aussi est-ce avec plaisir que nous le recommandons à tous les praticiens qui ne peuvent et ne doivent pas se désintéresser de tout ce qui touche à la médecine des Accidents du Travail.

PARTIE PROFESSIONNELLE

AVIS A NOS CONFRÈRES

1°

Certains membres du *Concours* et du « Sou », nous ont écrit, ces jours derniers, qu'ils n'avaient pas encore reçu de réponse à des lettres qu'ils nous ont adressées il y a une quinzaine de jours.

Or, nous tenons scrupuleusement à jour un registre où sont inscrites, avec un numéro d'ordre, toutes les lettres que nous recevons, avec la date de l'envoi de notre réponse.

Depuis le 16 janvier 1911, le secrétariat général du « Sou » a répondu à 1.875 lettres. Il se peut que dans le nombre, il y en ait qui ne soient pas arrivées à destination.

Nous prions donc nos confrères de nous prévenir lorsqu'ils n'auraient pas reçu de réponse à leur lettre, dans la semaine, car nous répondons toujours au plus tard *dans les trois jours* de la réception des missives.

2°

Un certain nombre de nos confrères ont à se faire payer à la faillite de la Compagnie d'assurance « l'Espérance ». La liquidation, bien maigre, devant avoir lieu très prochainement, nous prions encore une fois nos confrères d'adresser tous documents utiles au Dr de Grissac, à Argenteuil (S.-et-O.), qui centralise les créances médicales pour les présenter à cette faillite.

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place

(*Suite*)

Réunion de Vannes (5 juillet 1911).

La journée de Vannes fut encore de celles qui méritent d'être marquées d'une pierre blanche.

Sous la présidence de notre ami Bayou (de Questembert), la réunion préparée par Motel, Letoux et autres vaillants, fut l'occasion d'une bonne moisson pour le « Sou médical » et la « Mutualité familiale ». On est à l'aise en parlant de solidarité dans un milieu de camarades qui ne nous signalèrent qu'une brebis galeuse, très souffrante d'ailleurs de la maladie dont elle est atteinte.

En matière de syndicalisme, Vannes vibre à l'unisson de Lorient et va lui donner son concours pour l'organisation méthodique (syndicats d'arrondissement et fédération départementale de ceux-ci). Malgré des difficultés de personnes redoutées à Pontivy, malgré des obstacles de communication pour la région de Ploërmel, les apôtres que nous avons entendu désigner viendront à bout de leur tâche, et l'on verra sous peu dans le Morbihan de bonnes manifestations du syndicalisme agissant, c'est-à-dire du syndicalisme.

Faut-il noter, d'ailleurs, que, dans ce département comme partout, c'est sur les jeunes qu'il faut surtout compter ? C'est à eux principalement que nous adressions nos appels et ils y répondaient avec ensemble, tout en rendant pleine justice à eeux qui les ont précédés et en comprenant qu'ils n'aient pas encore pu aller plus loin.

Un excellent et charmant déjeuner sous les ombrages, dans un délicieux paysage, au bord de la mer, nous fit encore amis plus intimes de nos excellents confrères de Vannes.

L'impression que nous emportions en nous séparant d'eux fut la même que pour les autres départements bretons. Sur la vieille terre celtique, on palabre moins qu'ailleurs, même quand on est médecin ; mais on tient ses promesses, on agit comme on parle, on a le respect de ses engagements jusqu'au point d'honneur, et, par conséquent, on ne redoute pas les sanctions protectrices du pacte syndical.

La Bretagne sera dans des jours prochains la meilleure citadelle du vrai syndicalisme médical.

Dr JEANNE, Dr BOUDIN.

CHONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Mon cher confrère,

Je sais qu'il est fort difficile d'atteindre les faux médecins. Mais croyez-vous cependant qu'avec la réclame ci-jointe nous ne pourrions pas attaquer le sieur X.

Je dois vous dire que ce Monsieur gagne plus facilement sa vie que nous. Son traitement, je crois, consiste à vendre des bandages. Ceux-ci ne sont jamais inférieurs à 100 fr.

Il n'est pas rare qu'il en vende à 200 et 300 fr.

GUÉRISSEZ VOS

HERNIES

Descentes de matrice — Efforts

Nous sommes très heureux d'informer nos lecteurs que M. X. le renommé *spécialiste de Paris*, dont l'habileté et l'expérience sont connues dans toute notre contrée pour ses nombreuses guérisons, sera à nouveau parmi nous très prochainement.

Par sa *méthode personnelle*, M. X. guérit radica-

lement, en moins de trois mois, toutes les hernies et descentes (même anciennes et volumineuses) sans opération, sans interruption de travail et sans gêne. M. X. garantit par écrit contenir, réduire et guérir toutes hernies ou descentes. Dans un but humanitaire, pour se mettre à la portée de tous et pour prouver l'efficacité absolue de son procédé. M. X. consent à faciliter le **paiement du traitement jusqu'à complète guérison**.

Nous engageons donc toutes les personnes atteintes de ces infirmités, et qui veulent guérir, à se rendre près du célèbre *praticien*, qui recevra, de 9 heures à 4 heures, à l'hôtel de...

Réponse.

La coupure de journal que vous nous adressez ne constitue pas juridiquement la preuve que le sieur X. se livre à l'exercice illégal de la médecine.

Tout au plus cela peut-il constituer une présomption. Les juges vous diront qu'X prétend guérir, ou être capable de le faire ; mais que, de votre côté, vous n'apportez pas la preuve de la *matérialité* du fait *accompli*.

En effet, vous savez que, grâce aux efforts inlassables du Dr Levassort, nous avons obtenu une définition exacte de l'exercice illégal, définition que nous devons à un magistrat des plus distingués, M. l'avocat général Maxwel, qui est aussi docteur en médecine.

L'arrêt du 14 janvier 1911 de la Cour de Paris, donne cette définition : « Considérant que le sens du mot traitement est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie ».

Cet arrêt et cette définition furent confirmés par la Cour de Cassation (arrêt du 8 avril 1911, Ch. Crim.), et servirent de base au jugement du tribunal de la Seine du 13 mars 1911.

Mais encore faut-il faire preuve que l'*acte* a été *accompli*, ou que le conseil *a été donné*. Et vous n'en faites pas la preuve : vous n'apportez que des présomptions.

Donc, l'article incriminé ne peut vous servir que pour vous autoriser à prier le procureur de la République de faire demander le diplôme de docteur en médecine au sieur X., lorsqu'il viendra en l'hôtel de votre localité, avec l'intention d'y soigner des gens.

Cela pourrait encore vous servir au cas où l'un de vos clients se trouverait plus mal du traitement du bandagiste (ganglion crural pris pour une hernie et enflammé par le port du bandage, erreur de diagnostic concernant un varicocèle, une hydrocèle, un kyste de cordon, une cryptorchidie, etc.). et l'attaquerait, au civil, en dommages-intérêts (art. 1.382 C. C.), ou l'actionnerait en escroquerie pour lui avoir vendu, sous le couvert de fallacieuses promesses, des bandages à un prix exagéré et n'ayant amené aucune guérison ni soulagement. Vous pourriez alors intervenir au procès.

Reste la question de concurrence déloyale ; mais ces gens arguent, pour leur défense, que les médecins ne daignent pas ou ne savent pas soigner les hernies, et que, par suite, leur commerce de bandagiste ne peut nuire aux médecins qui se désintéressent de la question.

Conclusions : Un procès ne peut être engagé avec le seul document que vous nous adressez. Cherchez des preuves auprès de vos clients et surtout entendez-vous avec le Syndicat médical de votre région, pour qu'entre plusieurs confrères, vous puissiez vous procurer tout un dossier.

Puis, plainte du Syndicat, comme étant lésé dans ses intérêts collectifs, par cette concurrence déloyale.

Et si votre Syndicat est tout entier adhérent au « Sou », non seulement nous lui prodiguerons nos conseils et les consultations de nos avocats, mais encore nous ferons les frais du procès, devant toutes les juridictions devant lesquelles il nous faudra aller.

Conclusion : Dame justice veut des preuves et non des présomptions.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La Hernie est un accident du travail comme les autres.

De nombreux arrêts ont décidé dans ce sens.

Nous découpons, dans l'*Humanité*, l'article suivant, de Quillent.

« Je lis dans l'*Humanité* de ce jour, sous la rubrique « Petite Correspondance », un renseignement de nature à nuire à de nombreux accidentés. Il est contraire à la vérité d'affirmer que « la jurisprudence ne considère pas la hernie comme un accident du travail ». J'ai moi-même écrit une « Tribune » l'année dernière dans l'*Humanité*, laquelle fut reproduite par le journal de Ducos : *la Justice de Paix* et le *Concours médical*, qui détruit justement la légende sur quoi repose ce renseignement erroné. De nombreux arrêts de Cour d'appel et de la Cour de cassation décident que la *hernie*, comme toute autre lésion, *doit bénéficier de la loi de* 1898, quand il est établi qu'elle a été causée par le travail.

Un arrêt de la Cour suprême, chambre civile, du 22 décembre 1909, dit que « toute lésion, dont le travail, *même normal*, a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'article premier de la loi du 9 avril 1898 ».

Cet arrêt casse une décision de la Cour de Douai qui avait refusé une rente au blessé parce que *sa hernie avait été la conséquence d'un effort approprié à son travail normal.*

La Cour de Montpellier dit qu'il est *excessif de poser en principe qu'une hernie doit mériter le qualificatif de hernie de force pous servir de base à la demande d'indemnité.*

Enfin, veuillez trouver inclus cet arrêt de la

Cour de Paris tout récent qui confirme mon opinion :

ARRET DU 28 *MARS* 1911

« Affaire Forest contre Rheiss et Auscher. (Ass. l'*Urbaine* et *la Seine*). — Sommaire — La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail prévoit expressément, non seulement les accidents directement causés par le travail, mais aussi ceux qui surviennent à l'occasion du travail, ce qui ne permet d'écarter de son application que l'accident qui, à l'égard d'une affection ou d'une infirmité préexistante, a eu un rôle simplement révélateur. Par suite, on ne saurait écarter la demande d'un ouvrier atteint d'une hernie au cours de son travail, par ce seul motif que le travail en a été l'occasion et non la cause. On doit au contraire l'accueillir s'il est démontré qu'il y a eu, au cours du travail : 1° brusquerie et violence de l'effort ; 2° apparition de la hernie avec douleur intense ; 3° nécessité pour la victime d'interrompre immédiatement son travail.»

Comment sont soignés les blessés du travail dans l'Empire allemand, et dans la République Française

Après avoir fait attendre pendant vingt ans la loi sur les accidents du travail, la Direction de la Prévoyance sociale a fait voter une loi qui a permis à des financiers de spéculer sur les peaux d'ouvriers et de gagner des millions.

Bien avant la France, la loi sur les accidents du travail était appliquée en Suisse, Allemagne, Autriche-Hongrie, Canada. Norwège, Finlande, Angleterre, Portugal. Le parti d'économie réactionnaire se voyait obligé d'agir sous peine de paraître plus arriéré que l'Espagne.

Le Directeur de la Prévoyance sociale se décida donc à remettre au Ministre du commerce le projet de loi qu'il avait fait, comme il l'affirme lui-même. Mais pour se rendre compte de la différence de mentalité entre l'industriel allemand et l'industriel français, il suffit de comparer à grands traits ce qui se passe en France et à l'étranger à propos de l'application de cette loi.

En Allemagne, M. Bielfeldt, le Directeur de l'Office impérial, disait dans son rapport au Congrès de Rome, en 1908, sur les caisses maladies et accidents :

« Les caisses font des examens bactériologiques, radiologiques, délivrent des eaux minérales, des fortifiants, du vin. Dans certains cas, des infirmiers sont envoyés à domicile pour tenir le ménage. On facilite le séjour dans des établissements de bains, des cures d'eau, des séjours d'été. »

La République Française refuse depuis trois ans aux médecins et aux blessés de réviser le tarif Dubief. Or, comme de nouveaux médicaments, de nouveaux procédés scientifiques, tels que la radiographie, ne sont pas inscrits au tarif ; il est encore des juges de paix qui refusent aux ouvriers et employés blessés de profiter de la radiographie malgré un récent arrêt de la cour de Cassation.

Savez-vous ce que, depuis deux ans, répond la direction de la Prévoyance sociale aux médecins et aux ouvriers ?

« Je ne réunirai la Commission de révision du tarif que si vous m'apportez des projets permettant aux patrons et aux assureurs de dépenser moins d'argent pour les frais médicaux. »

Et pendant que M. Bielfeld fait donner des fortifiants aux blessés allemands et les envoie dans des cures d'été, la République Française tolère que M. Leiris, juge de paix du XIVe arrondissement de Paris, dise le 11 mars 1909 :

« Attendu que dans la nomenclature très détaillée du tarif Dubief on ne voit mentionné aucune eau minérale ; qu'il suit de là que l'Eau de Vichy, en particulier, est exclue des produits dont le paiement incombe au chef d'entreprise, il y a lieu de déduire de la facture la somme afférente aux 30 bouteilles d'eau de Vichy. »

M. Bielfeldt, en Allemagne, fait donner des fortifiants et de l'hématogène aux blessés de l'industrie allemande. Mais la République Française tolère que M. le juge de paix de Marly-le-Roi, choisisse, le 26 février 1908, pour expert, un médecin qui a le cynisme de dire :

« Toutefois le Dr Goldenberg, en prescrivant au blessé une diète hydrique composée d'Eau d'Evian, de champagne Moët et Chandon, et d'eau gazeuse d'Apollinaris, *n'a peut-être pas suffisamment pris en considération la condition sociale de ce dernier.* »

M. Bielfeldt, en Allemagne, fait radiographier les blessés de l'industrie allemande ; mais la République Française, refuse depuis deux ans, de réviser un tarif qui a permis à la 4e Chambre du Tribunal de la Seine de dire, le 25 mars 1910 :

« Attendu, en ce qui a trait aux radiographies, qu'elles ne peuvent être comprises dans les frais médicaux, qu'elles ne figurent pas dans l'énumération limitative de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 (Tarif Dubief) ;

« Que ce serait aggraver les charges qui doivent être supportées par le chef d'entreprise que de lui imposer d'autres frais. »

Immédiatement, ce jugement fut imprimé et envoyé par les Compagnies à tous les magistrats de France. Et, chose plus curieuse, alors que des juges de paix se refusent encore à faire payer le prix de la visite en sus du prix du pansement, malgré les jugements de tribunaux d'appel, on vit immédiatement ces mêmes juges de paix se baser sur ce jugement pour refuser le paiement de toutes les radiographies. Il a fallu un arrêt de la cour de Cassation pour mettre fin à ce sabotage d'une loi ouvrière par des magistrats fils, gendres ou amis d'industriels ou d'assureurs.

Dans le décret du 28 février 1899, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 27 de la loi du 9 avril 1898, il est dit au chapitre II, art. 11 : « Toutes les sociétés doivent communiquer immédiatement au Ministre du Commerce dix exemplaires de tous les règlements, tarifs, polices, prospectus et imprimés distribués ou utilisés par elles ».

Or, il nous faudrait des pages entières pour reproduire ici tous les imprimés que, journellement et par milliers d'exemplaires, les assureurs

adressent aux blessés pour leur faire croire qu'ils perdront tout droit à leurs indemnités, s'il ne se soumettent à tous les caprices de quelques directeurs de Compagnies ou de grosses usines.

Alors, de deux choses l'une : ou bien le Directeur de la Prévoyance sociale ignore ces imprimés, et alors, il ne veille pas à ce que les sociétés obéissent à l'article 11, ou bien il reçoit ces imprimés destinés à tromper les blessés, et dans ce cas, il tolère des faits délictueux.

Depuis le vote de la loi, des Compagnies d'assurances, des syndicats de garantie (qui ont, comme médecins ou avocats-conseils, des députés et des sénateurs largement rémunérés) n'ont cessé d'influencer les magistrats pour obtenir qu'ils abaissent constamment le taux des incapacités. Pour arriver à ce but, des assureurs et des syndicats de garantie adressent fréquemment des circulaires confidentielles aux juges et aux experts. Et depuis 1902, cet abaissement des indemnités est constant.

Si les blessés du travail sont plus mal soignés dans la République Française que dans l'empire allemand, nous allons voir que les sujets de l'Empereur d'Allemagne sont mieux indemnisés de leurs incapacités que les citoyens de la soi-disant République Française.

En Allemagne, on prend pour base de l'indemnité *la pleine rente,* c'est-à-dire les 2/3 du salaire de l'ouvrier, qui représentent la rente que touche un blessé allemand atteint d'une incapacité permanente totale.

Puis on attribue à l'ouvrier atteint d'une incapacité permanente seulement partielle, *la totalité de son taux d'incapacité,* correspondant à la pleine rente.

Exemple : un ouvrier allemand gagne 1.200 fr. ; les 2/3 de son salaire soit 800 fr. représentent pour lui la pleine rente à laquelle il aurait droit s'il avait une incapacité permanente totale.

Au lieu d'avoir une incapacité totale, il n'a que 50 % d'incapacité. Il touchera les 50 % pleins de la pleine rente de 800, c'est-à-dire 50 % de 800 fr., soit 400 fr. de rente.

Prenons maintenant un ouvrier français gagnant le même salaire de 1.200 fr. S'il a une incapacité permanente totale, il touchera bien comme l'Allemand les 2/3 de son salaire, soit 800 fr.

Mais s'il a l'incapacité de 50 %, au lieu de toucher comme l'Allemand 50 % des 2/3 de son salaire (la pleine rente allemande) il ne touchera que la moitié de son incapacité de 50 %, soit 25 % de son plein salaire et, gagnant 1.200 fr. avec 50 % d'incapacité, il n'a droit qu'à 25 % de 1.200 fr., soit à 300 fr. de rente, au lieu de 400 fr. de rente que touche le blessé allemand. C'est-à dire que les patrons et les assureurs français payent à leurs ouvriers 1/4 en moins de l'indemnité que l'industrie allemande paye aux ouvriers et employés allemands.

En Angleterre il en est de même et les blessés ne touchent pas pendant le traitement le 1/2 salaire, mais bien 75 % du salaire total.

Et on ne permet pas aux patrons de retarder, comme en France, grâce à la complicité des magistrats, le paiement de cette indemnité-maladie pendant six mois ou un an.

Ces jours derniers, nous faisions remarquer à un agent général d'assurances, cette différence de traitement entre l'ouvrier français et l'ouvrier allemand. « Eh bien, nous répondit-il, si les ouvriers français ne sont pas contents, ils n'ont qu'à aller travailler en Allemagne ».

Vraiment, sont-ce là des raisonnements d'homme sérieux ? Ne serait-on pas tenté de croire que les assurances feraient œuvre de propagande internationaliste et même antimilitariste ?

Que répondre à un ouvrier qui vous dira : pourquoi aller me faire casser la g... pour conserver le monopole de MM. les assureurs qui spéculent sur notre peau et qui, sous le couvert des grands principes d'égalité, de liberté et surtout de fraternité, refusent de nous traiter comme sont traités les sujets de l'autocrate kaiser, parce que cela leur coûterait quelque chose ?

O veau d'or, sous notre régime de ploutocratie actuelle, que de crimes ne commet-on pas en ton nom !

De tout ceci, il résulte que des personnes bien renseignées en arrivent à dire que la Direction de la Proyance sociale aveugle ou trop complaisante, est une honte non pas pour la République Française qui rougit difficilement lorsqu'il s'agit de s'agenouiller devant le veau d'or, mais pour l'humanité entière.

DIVERNERESSE.

SOU MÉDICAL

Séance du 11 août 1911.

Admissions : Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

2391. Angeli, à Saint-Etienne.
2392. Bonave, à Decazeville (Aveyron).
2393. Bouissou, au Gua (Aveyron).
2394. Couly, à Decazeville (Aveyron).
2395. Giscard, à Cransac (Aveyron).
2396. Joffre, à Cransac (Aveyron).
2397. Monfrin, à Decazeville (Aveyron).
2398. Fualdès, à Firmy (Aveyron).
2399. Furbury, à Firmy (Aveyron).
2400. Périer, à Port-d'Agrès (Aveyron).
2401. Puéchagut, à Decazeville (Aveyron).
2402. Sahut, à Aubin (Aveyron).
2403. Duchesneau, à Louhans (Saône-et-Loire).
2404. Florange, à Montpont (Saône-et-Loire).
2405. Gibaud, à Pierre (Saône-et-Loire).
2406. Boymond, à Cuiseaux (Saône-et-Loire).
2407. Crosse, à Villeloin-Coulangé (Indre-et-Loire).
2408. Vallet, à Royan (Charente-Inférieure).

Le conseil s'occupe du cas suivant : le médecin qui est *appelé par un patron* pour donner des soins à ses ouvriers blessés est-il lié avec ce patron, par une *convention tacite*, en vertu de laquelle il serait en droit de réclamer au patron ses notes d'honoraires, en se plaçant sous l'empire du droit commun et non sous celui de la loi du 9 avril 1898 ? *Quid* de la compétence du tribunal civil ? ou du juge de paix ?

Cette question étant soulevée par un jugement d'avant dire droit et frappé d'appel, le conseil réserve son appui pécuniaire jusqu'à la prochaine séance, pour avoir entre les mains le texte du jugement incriminé.

Le Conseil examine ensuite une question de *procédure militaire*, concernant la participation des médecins civils aux *conseils de réforme* ; le conseil technique militaire du *Concours* et du « Sou » a répondu sur certains points ; mais le conseil décide de poser quelques questions de procédure au Ministre de la guerre, pour pouvoir donner tous renseignements utiles et complets à notre adhérent, qui nous a soumis le litige.

Le Dr M. demande si l'on doit considérer comme ayant été blessé au cours de son travail, un ouvrier victime d'un accident de voiture, le véhicule appartenant au patron et destiné à transborder des *ouvriers de l'usine* à la ville et réciproquement.

Le Conseil conclut pour l'affirmative et charge le Dr Diverneresse d'adresser à notre confrère *tous les jugements se rapportant* à la question.

Un de nos adhérents, qui a à se plaindre de dé*nis* de justice de la part d'un juge de paix, transmet au Conseil du « Sou » une *plainte* qu'il adresse *au Garde des Sceaux*.

Le Conseil va étudier tout le dossier pour bien mettre en lumière les injustices dont est victime notre confrère, puis fera le nécessaire pour que la plainte soit remise et prise en considération.

A propos d'un litige pour *vente de clientèle*, le Conseil est d'avis que le contrat que notre confrère a passé avec son successeur est juridiquement nul, comme basé sur une vente illicite, celle d'une clientèle.

Le Dr H. demande au Conseil d'ordonnancer le paiement des honoraires de son avocat, qui a plaidé pour lui dans un procès de *responsabilité professionnelle* et qui lui a fait obtenir gain de cause.

Le Conseil vote une somme de 400 fr.

VARIÉTÉS

La Scie...

Tranquillisez-vous, bureaucrates mes amis ! Votre situation, plutôt précaire en France, va changer de fond en comble, et cela grâce aux Compagnies d'assurances, dont les tendances humanitaristes sont incontestables et incontestées.

Vous allez me comprendre.

La loi de l'offre et de la demande fera, dans un avenir très prochain, augmenter la valeur et le prix du bureaucrate français. En effet, les Compagnies d'assurances finiront par nous forcer à prendre chacun un ou deux secrétaires particuliers. Car il ne suffit point de soigner ses malades. Pour exercer la médecine, il faut, aujourd'hui, donner maints rendez-vous aux représentants de ces assurances, et entretenir avec celles-ci une correspondance qui, pour n'être pas productive, n'en est pas moins .... rasante !

Voulez-vous un petit résumé de la paperasserie que vous avez à fournir et des entretiens que vous devez avoir en échange des *quarante sous* que la loi vous accorde à l'occasion du certificat initial ? En voici un :

1° Certificat initial ;

2° Deuxième certificat initial, que l'on vous demande pour la Compagnie, le premier ayant été déposé à la mairie ;

3° Certificat final.

Ce serait le paradis, s'il n'y avait que cela. Seulement, avant le certificat final, vous risquez de recevoir l'invitation d'un confrère, représentant la Compagnie, lequel vous demandera des renseignements ou bien un rendez-vous ; que vous acceptiez ou non, il faut avoir la politesse de répondre ; donc :

4° *Lettre au médecin de la Compagnie.*

Après la reprise du travail, il faut envoyer :

5° Votre note d'honoraires.

On ne vous répond pas.

Après 3 *semaines d'attente inutile*, vous envoyez :

6° Un rappel de votre note.

Même politesse : on ne répond pas.

Après 10 jours de vaine attente :

7° Deuxième rappel de votre note.

Nouvel affront — car c'en est un — on ne répond pas. Si, quelquefois : on vous fait l'honneur de vous écrire, en vous priant de vouloir bien passer aux bureaux de la Compagnie pour vous entretenir au sujet de votre note. Abandonnez donc vos malades ou votre instant de repos ou de lecture, et allez voir les ronds-de-cuir qui vous proposeront des réductions vexantes en faisant — habilement, certes, — des insinuations malhonnêtes. Si vous n'y allez pas, vous aurez peut-être l'honneur d'une visite. On vous ennuiera pendant un interminable quart d'heure, au sujet de la toujours même réduction : le cumul. Si vous refusez, on vous honorera peut-être d'une deuxième visite, sœur de la première.

Si vous refusez toujours, vous aurez à écrire une nouvelle lettre avec copie détaillée de votre note d'honoraires que vous adressez soit au patron directement, soit à la commission d'arbitrage. Je ne continue pas ; il me faudrait toutes les pages du *Concours médical* pour exposer toutes les pérégrinations auxquelles vous serez astreints.

Que l'on me permette seulement une remarque au sujet de la commission d'arbitrage. Cette commission est, nul n'en doute, une excellente institution. Cependant j'y vois, pour ma part, un énorme inconvénient. Le voici :

Que pouvez-vous espérer, vous médecin, de cette commission ? — *Votre droit, dans le meilleur des cas* : le règlement entier de votre note.

Que peut-on espérer la Compagnie d'assurances ? *La réduction de la note.*

Que risquez-vous ? Que risque-t-elle ? *Vous — de perdre une partie de ce qu'on vous doit ; elle — de payer intégralement ce qu'elle doit,* c'est-à-dire : RIEN A PERDRE pour la Compagnie, RIEN A GAGNER pour le médecin.

Vous courrez des risques ; elle n'en court aucun.

Je parle naturellement du seul médecin digne de ce nom — du médecin honnête. Les quelques fripouilles qui peuvent exister parmi nous comme dans toutes les autres professions ne m'intéressent pas. Qu'on les poursuive et qu'on les punisse sévèrement ; qu'on les *dégrade* même, je n'y verrais aucun inconvénient pour le corps médical ; bien au contraire....

Je ne parle ici que du médecin honnête ; je ne puis parler que de celui que je connais le plus — de moi-même (pardon du peu de modestie.....). Or, toutes les fois que j'adresse à une Compagnie d'assurances une note d'honoraires, j'ai tellement la conviction d'avoir agi correctement et d'être dans mon droit que j'ai la sensation de lui envoyer un timbre-poste dont le prix n'a pas à être discuté. Un timbre-poste ! Parlons-en ! Je crois que les Compagnies d'assurances finiront par nous demander plutôt des timbres-rabais....

N'y aurait-il rien à faire contre cet état de choses ? N'y aurait-il vraiment pas moyen d'exercer la médecine *dignement, honnêtement,* sans marchandages et sans démarches épiciéresques ?

J'ai l'impression qu'en réfléchissant bien, on pourrait arriver à une solution de cette scie.

D[r] FAINSILBER.

Voici, à ce sujet, deux petites histoires avec leurs documents. Si tous les médecins agissaient de la même façon que celle indiquée dans les lignes suivantes, il me semble bien que tous ces ennuis finiraient par s'évanouir.

Histoire I. — La Compagnie d'assurances X. (son nom serait trop long à citer....), à laquelle j'avais adressé une note d'honoraires pour le traitement d'une plaie abdominale, daigne m'envoyer un imprimé couvert d'additions (de loin, on dirait que toutes les mouches ont pris de l'eau-de-vie allemande et se sont donné rendez-vous sur le papier en question...). Voici le contenu de cet « avis ».

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien passer un prochain jour à notre bureau (*si possible*) (1) *de 2 h. à 4 h.* (*de 9 h. à 11 h.*) (*samedi excepté*) (*Jeudi prochain*), *pour nous entretenir de la note d'honoraires que vous nous avez adressée pour soins donnés à M. Y.*

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations (*empressées*) (1).

Pour le secrétaire général.

Le chef (*Pr*) *du Service des Sinistres.* X.

(1) Ajouté à la main.

A cet avis d'une clarté académique, je réponds le jour même ceci :

M. le Secrétaire général de, etc.

Monsieur,

En réponse à votre honorée du 23, j'ai le regret de vous informer qu'il m'est impossible de me déplacer au sujet de mes notes d'honoraires. Cela pour deux raisons : 1° *parce que mon temps est pris ailleurs et* 2° *parce que je n'ai rien à ajouter à ces notes, basées strictement sur le tarif Dubief.*

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations empressées. D[r] *F...*

Une vingtaine de jours après, je reçois un *avis*, pareil au premier mais plus propre et signé toujours par le même « pour, pour ».

Ayant la mauvaise habitude de ne pas laisser traîner ma correspondance, je réponds encore le jour même.

M. le secrétaire général de, etc.,

Monsieur,

En réponse à votre avis que je reçois à l'instant, j'ai le regret de vous répéter ce que je vous écrivis le 25 du mois dernier, à savoir que je n'ai ni le temps, ni l'habitude de me déplacer au sujet de mes notes d'honoraires. Si donc dans les dix jours, je ne reçois de vous aucune réponse, je m'adresserai directement au patron de l'ouvrier Y.

Veuillez, etc. D[r] *F...*

Dix jours exactement après cette lettre, ma concierge me montait le courrier qui ne contenait pas la réponse de la Compagnie. J'écrivis donc au patron en réclamant le montant de ma note, dont je lui adressais une copie claire et détaillée.

Quelle ne fut ma surprise de recevoir, 3 jours après, une lettre *de la Compagnie d'assurances,* signée par le même « pour », ainsi conçue :

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous retourner ci-joint votre relevé d'honoraires Y, en vous faisant connaître que cet accident a été refusé par nous comme accident du travail.

Veuillez, etc.

Pour le Directeur,

Et voilà pourquoi j'avais reçu deux avis et été appelé à *comparaître* devant les ronds-de-cuir de l'honorable compagnie.

Histoire II — J'ai donné mes soins à un blessé, victime d'un accident d'automobile (pas un acc. du tr.), la Compagnie d'assurance du chauffeur — dont j'ignore d'ailleurs le nom — envoie le D[r] A , lequel, après avoir visité le malade, me demande des renseignements. Je lui en fournis volontiers.

Quelques jours après, deuxième médecin délégué, le D[r] S., vient voir le blessé et ne le trouve pas chez lui. Il dit donc au fils de l'accidenté *de lui envoyer le blessé* .Celui-ci s'y rend accompagné de celui-là. Le D[r] S. *défait le pansement,* fait une série de réflexions, plus ou moins superflues, donne même des coups de téléphone et couronne toute cette activité par la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Voulez-vous que je vienne examiner chez vous samedi, soit à 10 h. 1/2, soit à 11 h. 1/2, M. Z. rue ... n° .... à qui vous donnez vos soins pour un accident d'auto.

Dans l'attente d'une réponse qui me fixera sur l'heure qui vous conviendra, veuillez, mon cher confrère, agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs. Dr S...

A cette lettre courtoise mais, à mon avis, superflue, je répondis ceci :

Mon cher Confrère,

Je suis absolument désolé de la réponse que j'ai à donner à votre courtoise invitation de rendez-vous.

Je trouve que, depuis quelque temps, nous avons trop de besogne extra-médicale — et cela grâce aux Compagnies d'assurances qui nous traitent trop en épicier et nous traquent systématiquement. Pour pouvoir réserver tout mon temps aux malades auxquels je le dois et à ma propre culture scientifique et artistique, je n'accepte aucun rendez-vous — quel qu'il soit, médical ou administratif — avec ces mêmes compagnies. Dans notre cas particulier, le malade a d'ailleurs déjà été vu par vous-même ainsi que par un autre confrère, le Dr A., venant de la part de votre Compagnie d'assurances.

Veuillez donc m'excuser de ce refus, qui ne s'adresse pas à vous personnellement, dont j'aurais été très heureux de faire la connaissance, et croire, mon cher confrère, à mes sentiments les plus confraternels. Dr F...

Voilà comment nous sommes forcés d'utiliser notre temps. C'est beau, la médecine !

Dr FAINSILBER.

Vous venez de donner votre adhésion au « Sou », confrère Fainsilber ; il y a gros à parier que, pour vous « la Scie » va cesser.

Faites-nous expertiser vos notes litigieuses et faites savoir aux Compagnies récalcitrantes que le « Sou » vous accorde son appui moral vous nous en direz des nouvelles. Les Compagnies d'assurances ne s'attaquent qu'aux faibles et aux isolés, jamais aux forts. Et au « Sou », nous sommes forts, elles s'en sont déjà aperçu. P. B.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— La lutte contre le choléra. — La Commission permanente du Conseil supérieur d'hygiène vient de se réunir au Ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygyène publiques, a mis la Commission au courant de la situation sanitaire au point de vue du choléra dans les divers pays d'Europe et spécialement en Italie. Il a rappelé les instructions antérieurement approuvées par la Commission et selon lesquelles tout cas plus ou moins suspect doit être sérieusement examiné.

M. Mirman a ensuite fait devant la Commission l'historique détaillé des cas constatés à Marseille ; il a déclaré qu'aucun cas nouveau n'avait été signalé depuis le 20 juillet ; il a fait connaître la promptitude et l'énergie avec lesquelles les mesures prescrites par les instructions ministérielles avaient été exécutées, et il a demandé à la Commission d'examiner si des mesures complémentaires devaient être prises.

La Commission a indiqué les points sur lesquels l'attention des autorités devait être à nouveau attirée de façon plus spéciale ; elle a été unanime à considérer que c'était sur place, dans chaque ville où des cas se produiraient éventuellement, étincelle projetée par un foyer épidémique du Nord, que les moyens de défense locale devaient être appliqués avec le plus de vigilance, et qu'il n'y avait, d'ailleurs, aucune prescription substantielle à formuler en dehors de la stricte observation par tous du décret du 1er août 1910 et de la circulaire du 16 juin 1911.

Elle a émis le vœu que M. Jules Renault, conseiller technique sanitaire du Ministère de l'Intérieur, soit envoyé dans les départements du Midi pour examiner l'organisation de la surveillance locale.

— La poussière en chemin de fer. — De quoi est-elle composée, cette poussière qui tourbillonne tout autour de nos grands rapides, ou de nos express, s'engouffrant dans les compartiments, se déposant sur les voyageurs, respirée, aspirée par eux ? De charbon d'une part, et d'autre part de la poussière de la voie elle-même.

Or, tous les wagons de grande ligne sont, heureusement pour les voyageurs, pourvus de w. c.

Mais avez-vous réfléchi que ces water-closets se résument en un simple tube qui conduit sur la voie les superfluités de la nourriture et de la boisson ? Au cours d'un voyage d'une douzaine d'heures, toutes les personnes occupant un wagon ont l'occasion d'avoir recours à cette installation. Un calcul des plus élémentaires nous démontre que chaque wagon abandonne ainsi 10 kilogrammes environ de... marchandise, ce qui donne 100 kilogrammes par train. Or sur les grandes lignes, il circule par jour une vingtaine de trains dans l'un et l'autre sens. Voilà donc que c'est par tonnes que les matières fécales sont répandues sur les voies de chemins de fer ! Rapidement, tout cela est desséché et réduit en poudrette, pour être soulevé abondamment à chaque passage de train. Aussi, quand à l'arrivée d'un long voyage, vous vous sentez la figure terreuse, les narines pulvérulentes et les dents crissantes, ne mettez pas uniquement en cause la poussière de charbon et le ballast effrité !

Est-ce qu'en améliorant un peu leur système de water-closets les grandes Compagnies ne pourraient nous épargner une telle disgrâce, et de tels dangers, car, quoi de plus riche en microbes que les résidus des exonérations intestinales ?

— Une nouvelle fraude alimentaire. — L'industrie laitière s'est considérablement développée en Italie, ce qui a déterminé l'accroissement de la production fromagère ; le beurre trouvant facilement un débouché, les fabricants ont été amenés à faire des fromages dans lesquels ils substituent la margarine à la crème du lait. Les éleveurs italiens ayant signalé cette fraude au gouvernement, celui ci obligea les fabricants de cette nouvelle sorte de fromages à les revêtir d'une marque spéciale.

Cette mesure protectrice contribua à déprécier sur place les fromages margarinés et alors on songea à les exporter en France ; à la frontière ou dans

certaines villes du sud-est de la France, on fait disparaître la marque indiquant la margarinisation et l'on revend les fromages comme fromages de pur lait, sous la forme des fromages du Cantal ou de Laguiolc.

La législation française est très sévère pour la substitution de la magarine au beurre ; mais rien n'a été prévu relativement à la substitution de la margarine à la crème de lait dans les fromages. Il est impossible que le gouvernement français ne prenne pas les mesures nécessaires pour protéger les fabricants de fromage du Plateau central, du Cantal et de l'Aveyron contre la concurrence déloyale que leur causent les fromages de margarine de provenance italienne.

— **Honoraires d'autrefois.** — Une curieuse découverte d'histoire sociale a été faite au cours de fouilles récentes à Babylone. On a mis au jour des inscriptions de pierre, remontant à près de quatre mille ans et concernant les honoraires des chirurgiens d'alors. Ils étaient modérés, tout au moins à notre appréciation actuelle. Une jambe cassée se remettait pour 8 fr. 50, une dent arrachée revenait à 3 fr. 75. Une opération faite au « couteau » coûtait 12 chekels d'argent, soit environ 15 francs. En revanche, les pénalités étaient terribles contre le chirurgien maladroit. S'il entreprenait une opération qui tournait mal, il était condamné à avoir les deux mains coupées !

— **Médecins de riches et médecins de laquais.** — Sébastien Mercier, qui vivait à la fin du XVIIIe siècle, raconte, dans *Tableau de Paris*, qu'un médecin fameux, qui ne fait la médecine que pour les gens riches, fut appelé chez un homme aisé. Il se chargea volontiers de le traiter. Pendant la convalescence du malade, le laquais de ce dernier se trouva indisposé. Le convalescent, en reconduisant son médecin, le pria de s'arrêter un moment dans l'entresol pour donner un conseil à son laquais. Le médecin lui donna le conseil, mais le maître, un mois après, l'ayant fait avertir de passer chez lui, il n'y vint pas. Etonné de ce procédé, il en demanda la raison au médecin dans une maison où il le rencontra. Voici la réponse du docteur : « En m'écrivant, Monsieur, vous ne m'avez pas marqué, si c'était pour vous ou pour votre laquais. Je n'ai point été chez vous ; car je suis bien aise de vous prévenir que je ne fais point de la médecine pour les laquais ». Que doit-on admirer le plus dans cette manière d'agir ? La haute idée de la dignité professionnelle, ou l'outrecuidance d'un praticien par trop infatué de lui-même.

La réponse s'impose d'elle-même, n'est-il pas vrai, et de nos jours l'homme qui souffre est aux yeux du médecin moderne un malade et rien que cela.

Et c'est fort bien ainsi !

— **Une femme peut-elle commencer d'accoucher sans le savoir, ignorant qu'elle est enceinte** ? Par M. le docteur Ferreira Cabrera. — Une femme de vingt-trois ans, mariée depuis trois ans, et donnant le sein à un enfant né onze mois après le mariage, fut prise brusquement dans la nuit de douleurs dans le bas-ventre sous forme de coliques, que rien ne put calmer. Un médecin appelé quelques heures après constata que la paroi abdominale était dure et qu'on y sentait une tumeur assez grosse. Pensant que les coliques de la malade tenaient à une indigestion, il prescrivit des lavages intestinaux, des massages, des onctions calmantes et, comme aucun de ces moyens ne réussissait, une potion de morphine et de bromure de potassium. Ce qui n'empêcha pas les douleurs de se faire plus fortes et, finalement, à la suite d'une colique expulsive, un enfant fort bien constitué apparut à la vulve. Or, le père et surtout la mère furent stupéfaits, tellement ils étaient loin de s'attendre à cet événement. La mère avoua que si elle ne voyait pas l'enfant, elle ne pourrait jamais croire qu'elle aurait pu être enceinte.

Laissant de côté l'aspect comique de cette observation, l'auteur se demande comment expliquer qu'une mère ait pu ignorer qu'elle était enceinte. Il est certain que l'absence des règles n'avait pas pu frapper cette dernière, du moment qu'elle nourrissait son premier enfant. D'autre part comme elle était très grasse, le développement de son ventre avait été mis sur le compte de la graisse. Enfin les mouvements du fœtus avaient été pris par elle pour des mouvements de gaz, des flatulences.

Desgranges, Duquesnel, Fodéré, Vogel, Klein, Brouardel ont rapporté déjà des cas de ce genre. Et pas plus que dans le cas de M. Cabrera, il ne s'agissait de femmes atteintes de tares pathologiques ; elles jouissaient d'une pleine santé physique et morale.

Il est donc incontestable qu'une femme peut être enceinte sans le savoir et commencer d'accoucher sans s'en rendre compte. Ces faits ont, au point de vue médico-légal, une importance qui ne saurait échapper.

— **Talma dentiste.** — On sait peut-être que Talma, dont le père exerçait la profession de dentiste à Londres, commença par apprendre ce métier. Mais l'étude de Shakespeare et la représentation de ses chefs-d'œuvre, dit Alfred Copin (*Talma et la révolution*) (p. 7), dans leur idiome national, étaient d'un bien autre attrait pour l'imagination ardente du jeune homme. Assez rompu bientôt aux finesses de la langue anglaise pour en saisir toutes les nuances, Talma se livra alors à une étude approfondie de la littérature anglaise, et surtout du drame anglais. Cependant le futur acteur, de retour à Paris, reprit pendant 18 mois, chez un de ses oncles également dentiste, rue Mauconseil, la profession que son père lui avait enseignée. Le Conservatoire de déclamation, ou, pour être plus exact, l'*Ecole royale dramatique* venait d'être ajoutée à l'école de chant depuis le 18 juin 1786. Talma s'y fit admettre, le 13 juillet de cette même année, après avoir récité le rôle de Xipharès de *Mithridate*. On peut donc dire, sans faire d'à-peu près, que Talma fut un des premiers, sinon le premier élève inscrit pour les classes de déclamation du Conservatoire, et, tout en continuant sa profession de dentiste, il en suivit les cours, jusqu'au 31 mai 1788. Pendant cet espace de temps il ne répéta pas moins de 180 rôles.

Un médecin meurt victime du devoir. — La médecine vient de faire une nouvelle perte en la personne du docteur Bruandet, professeur à l'école de médecine de Reims, où il exerçait la chirurgie.

Le docteur Bruandet, qui n'avait que trente-six ans, a succombé à un anthrax contracté au cours de l'opération, récemment pratiquée par lui à Reims, d'un malade atteint de cette affection.

Le défunt, originaire de Bourges, était revenu dans son pays natal pour y subir une opération aux suites de laquelle il a succombé.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. **N° 37** **Dimanche 10 SEPTEMBRE 1911.**

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Dans la circonscription électorale de M. le Ministre du Travail.

La chasse aux médecins indépendants

Le 18 juillet 1911, le Juge de Paix de St-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône) disait en pleine audience, dans un jugement, que le médecin patronal avait le droit de violer le domicile d'un ouvrier, pour faire un certificat en dehors de la présence du médecin du blessé, et cela contrairement à la loi du 31 mars 1905.

Evidemment ce juge n'a pas lu à l'*Officiel* les motifs des précautions à prendre avant de permettre au médecin du patron de pénétrer dans le domicile du blessé. Le rapporteur de la loi, M. Mirman, disait : « qu'il était très délicat d'autoriser le médecin du patron à entrer « dans le domicile d'autrui, et qu'il était nécessaire, dans tous les cas, de ne laisser pénétrer le médecin du patron qu'après avoir « obtenu l'autorisation du Juge de Paix. » Si le patron a besoin du certificat de déclaration, il n'a qu'à accepter celui du médecin du blessé, ou à demander au Juge de Paix l'autorisation d'envoyer son médecin, chez l'ouvrier. Après quoi le médecin du patron pourra pénétrer chez le blessé, et pour ne pas violer le secret professionnel, ce médecin remettra à l'ouvrier le certificat que le blessé enverra, lui, au patron.

Evidemment ce Juge de Paix n'a pas l'esprit assez libéral pour comprendre les principes élémentaires de la « déclaration des droits de l'homme ».

Nous reviendrons plus tard, s'il le faut, sur cette question de droit et de principes.

Ce qui nous intéresse aujourd'hui c'est l'*incident* suivant :

A l'audience (où ce juge si peu libéral émettait la prétention de permettre aux médecins patronaux d'entrer chez les blessés comme dans un moulin), se trouvait le Dr Simonot qui n'a voulu vendre aux patrons ni sa science, ni sa conscience. En entendant les étranges théories du Juge de Paix, il ne put s'empêcher de s'écrier (simple réflexe) : « Ah pardon ! M. le Juge, c'est faux. »

Le Juge fut à ce point indigné de cette résistance aux intérêts d'un patron (avec lequel paraît-il il possède une superbe chasse gardée)

que ses oreilles bourdonnèrent sans doute et qu'il.... entendit : « vous en avez menti, M. le Juge. » Puis levant l'audience il rédigea, sous le coup de cette émotion, un procès-verbal où il disait : « Le Dr Simonot m'a injurié disant : « vous en avez menti, M. le Juge », et il s'est « élancé vers moi en faisant des gestes mena- « çants.

Le procès-verbal fut adressé au Procureur de la République à Lure. Vous pensez avec quel plaisir on fit la chasse à un médecin indépendant des assureurs, qui ont de fréquents rapports avec M. le Ministre du Travail.

Mais voilà qu'à l'audience de la correctionnelle deux coups de théâtre se produisirent :

Premier incident. — Six témoins viennent déclarer, contrairement aux affirmations du Juge de Paix, que le Dr Simonot n'a pas prononcé les mots « vous en avez menti » mais qu'il a simplement dit : « Ah pardon ! c'est faux » et que, toujours contrairement aux laffirmations dudit Juge de Paix, le Dr Simonot ne lui a fait aucun geste menaçant. Ces six témoins étaient :

1° Me Blanche, avocat près le Tribunal de Lure ;

2° M. Marchand Emile, agent général d'assurances à St-Loup ;

3° M. Jacquey, gendarme en retraite décoré ;

4° M. Maillefer, patron fabricant de chaussures patenté ;

5° M. Bernardin, boucher patenté ;

6° M. Prauthoy, cafetier patenté.

Deuxième incident. — En examinant son dossier avec son avocat avant l'audience de la correctionnelle, le Dr Simonot y trouve une note ainsi conçue :

« Le Dr Simonot critique les affaires admi- « nistratives et s'occupe de choses en dehors de « son rayon d'action ». Signé Ch. Corne.

M. Corne est le maire de Saint-Loup. Notre confrère fut d'autant plus stupéfait de cette note signée du maire qu'il faisait souvent au café sa partie avec lui.

Le lendemain de l'audience, retrouvant le maire au café, il lui refuse la main. Celui-ci demande des explications. Le Dr Simonot lui dit qu'il est indigné de la note qu'il a mise dans son dossier. Le maire affirme alors devant plus de dix témoins qu'il n'a signé aucune note. Alors..... ce serait donc..... un faux.

Il paraît qu'à l'audience, l'avocat de notre confrère demanda, comme conséquence de la déposition des six témoins, à s'inscrire contre l'inexactitude du procès-verbal du juge de paix, et à porter cette affaire aux assises. A ce moment, paraît-il, le Tribunal ne riait plus, et parut ne pas avoir entendu la demande de l'avocat.

Les ouvriers électeurs de M. Renoult, francmaçon philanthropique, sont peu satisfaits de ce procès fait au médecin qui les défend. Mais ceci est affaire entre les ouvriers et les futurs candidats aux sièges législatifs de la Haute-Saône.

Pour nous, Sou Médical, nous n'oublions pas que nous avons intenté au maire de Nîmes, qui avait voulu léser un de nos confrères, un procès qui dure depuis dix ans. Nous sommes allés au Tribunal civil, en appel, en cassation, devant le Conseil de préfecture, le Conseil d'Etat, le Tribunal des conflits ; nous sommes retournés devant le Tribunal civil, en appel, nous sommes en cassation pour la 2e fois pour défendre ce procès que nous avons tantôt perdu, tantôt gagné suivant les juridictions, et qui dure encore.

Eh bien ! si notre confrère le Dr Simonot était condamné sur une dénonciation d'un juge de paix reconnue inexacte à l'audience par six honorables témoins, nous saurions découvrir un avocat qui parlerait assez haut pour être entendu par la Cour s'il y a appel. Et nous espérons alors que la Cour d'assises, devant laquelle le juge de paix aurait à venir s'expliquer, nous dira en toute indépendance si la vérité a été sciemment altérée par les six honorables témoins, ou par un magistrat.

Le Conseil d'administration du Sou Médical.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Asile clinique Sainte-Anne (service du Prof. Ballet)

M. le Docteur Delmas, chef de clinique.

Les Psychoses puerpérales.

On désigne sous le nom de psychoses puerpérales les troubles mentaux qui peuvent apparaître au cours de la grossesse, du post-partum et de la lactation. Ainsi comprises, les psychoses puerpérales ont été étudiées depuis longtemps et l'exposé de leur histoire peut être divisé en deux périodes : une première période, clinique, et une seconde période, pathogénique. La période clinique est contemporaine de l'époque héroïque de la psychiatrie : elle commence à Esquirol pour finir à Magnan. Les auteurs ont eu principalement en vue l'aspect clinique de la maladie. Ils ont été frappés par les phénomènes d'excitation et ont surtout décrit les manies puerpérales. Ils avaient vu les mélancolies puerpérales, mais ils les fai-

saient rentrer dans la mélancolie en général. Ils insistaient sur le terrain et, déjà, ils avaient noté la fréquence, la constance du terrain dégénératif chez les sujets atteints de psychose puerpérale.

La deuxième période est la période pathogénique. Ses travaux s'étendent jusqu'à nos jours. Ils ont abordé plutôt le côté étiologique et pathogénique. Mettant à profit les études générales sur les infections et les intoxications, ils ont cherché l'existence d'une toxi-infection à l'origine des psychoses puerpérales. Cette période commence en 1882, par un article de M. Ballet qui annonce que les psychoses puerpérales doivent relever d'une toxi-infection. Puis, plusieurs thèses sont venues pour appuyer cette opinion.

On a proposé de classer les psychoses puerpérales en différents groupes : psychoses de la grossesse, du post-partum, de l'allaitement ; psychoses avec grande, moyenne, petite intoxication. Je préfère adopter une division plus clinique, basée sur le type de psychose observé. Je diviserai donc les psychoses puerpérales en 5 groupes qui sont :

1º La confusion mentale puerpérale ;
2º La manie puerpérale ;
3º La mélancolie puerpérale ;
4º Les obsessions ;
5º Les formes associées ou combinées, faites avec des éléments des formes précédentes.

La confusion mentale puerpérale offre l'aspect de toutes les confusions mentales. On a dit que tous les délires se ressemblent et le type des délires toxiques est la confusion mentale. Sous ce nom, on entend un syndrome caractérisé par le ralentissement ou l'arrêt des opérations mentales. Le malade se présente avec un air étonné, hagard, qui cherche à juger, à comprendre. Vous lirez sur son visage l'effort qu'il fait pour saisir. Si vous lui posez une question, l'effort va s'accentuer. Il répondra lentement, ou bien il sera incapable de répondre. Rarement, le confus donne une réponse inexacte. Il répond bien, mais lentement, ou pas du tout. Vous noterez aussi la désorientation qui en est le corollaire, et un autre symptôme assez fréquent : les fausses reconnaissances. Les malades confondent les ressemblances et font de fausses reconnaissances. Il y a aussi de gros troubles de la mémoire. De même que ces sujets ont du ralentissement des idées, de même ils ont de la lenteur dans l'évocation des souvenirs.

Dans la psychose puerpérale, vous pourrez rencontrer, associés à la confusion mentale, des troubles sensoriels, sous forme d'hallucinations et en particulier de deux ordres d'hallucinations, habituelles aux états toxiques : les hallucinations visuelles et les troubles de la sensibilité générale. Les malades voient des animaux dans leur lit, des bêtes qui les rongent ; elles ont des sensations de froid, de chaud. Quelquefois, également, il existe des hallucinations auditives. Lorsqu'un délire toxique s'accompagne d'hallucinations auditives, c'est parce que le sujet est un grand dégénéré. Si vous notez que la patiente est à la fois une confuse et une hallucinée, vous comprendrez qu'absente de son milieu, elle vit dans le milieu que lui créent ses hallucinations. C'est un état semblable au rêve à l'état de veille. Le malade rêve, tout en allant et venant.

Un sujet, ainsi absent de son milieu et ayant des hallucinations effrayantes, se trouvera dans une situation émotionnelle spéciale qui explique l'activité de ces malades. Les hallucinations visuelles ont quelquefois un caractère agréable ou indifférent ; mais, la plupart du temps, elles sont terrifiantes et dictent les actes à la patiente.

A côté de l'état mental, existe toujours un état physique qui se traduit par des symptômes d'intoxication, épuisement, pâleur, fatigue, fièvre, troubles digestifs, et fréquemment infection génitale.

La confusion mentale puerpérale revêt des degrés divers. La forme dont je viens de parler est la forme moyenne. Il est des formes plus graves, avec délire aigu, agitation constante, ataxo-adynamie, parfois mort. Il est aussi des formes bénignes, avec tous les intermédiaires.

Je vais vous présenter une femme atteinte de confusion mentale puerpérale d'intensité modérée. Elle est accouchée il y a six mois, et deux mois après son accouchement, sont apparus des troubles de confusion mentale légère. Elle commença par perdre la notion des heures de la journée, ne préparant plus en temps convenable les repas de sa famille ; elle ne se rendait plus compte de son travail. Entrée à l'asile, elle s'améliora rapidement. Elle avait, associée à sa confusion mentale, une chorée de Sydenham qui persiste. Cette association n'est pas rare, les deux affections puisant, en ce cas, leur origine à la même source.

J'arrive à la deuxième forme clinique de psychose puerpérale : la manie puerpérale.

Les anciens auteurs, vous ai-je dit, avaient principalement décrit comme psychose puerpérale, la manie. Elle est assez fréquente, moins cependant qu'on ne l'a cru autrefois. Elle est caractérisée, vous le savez, par trois caractères essentiels : l'agitation motrice, le besoin incessant de marcher, de s'agiter jour et nuit même ; l'humeur gaie, l'euphorie ; l'excitation intellectuelle, la loquacité, et aussi la présence au milieu, qui la distingue de la confusion mentale, où il y a désorientation.

La manie et la confusion mentale peuvent s'associer. Voici une femme chez laquelle il semble exister à la fois des phénomènes confusionnels et de la manie. Elle est tantôt présente, tantôt absente au milieu. Ainsi, en entrant dans cet am-

phithéâtre et en voyant des gradins, elle s'est écriée : « C'est donc à l'école ici », montrant sa présence au milieu. Mais elle est d'autres fois confuse. Lorsque la manie confusionnelle est bien marquée, c'est seulement rétrospectivement, quand la confusion mentale est calmée et qu'il ne reste que la manie, que l'on fait le diagnostic. Voilà un autre type de formes associées, où vous trouvez réunies la confusion mentale et la manie.

Il est un caractère clinique sur lequel les auteurs ont insisté. Parmi les éléments de la manie figure l'excitation génésique, la nymphomanie. Elle est fréquente et s'observe dans ces psychoses puerpérales.

La troisième forme de psychose puerpérale, la mélancolie, revêt les caractères de la mélancolie en général. Elle comprend de l'inertie motrice, du ralentissement mental et de l'humeur triste. Elle oppose un contraste complet avec la manie. On y rencontre des tentatives de suicide. On voit des mères tuer ainsi leurs enfants. Je vais vous montrer une femme atteinte de mélancolie puerpérale. Elle est accouchée il y a cinq mois, et est entrée à l'asile un mois et demi après son accouchement. *Voyez son air abattu, fatigué.* Aussitôt entrée, elle cherche une chaise pour s'asseoir. Elle cause à voix basse ; elle a des idées d'immortalité, de négation. Elle croit qu'elle ne mourra pas, et qu'elle sera éternellement malheureuse. Elle n'a plus d'estomac, plus d'organes.

La quatrième catégorie des troubles mentaux de la psychose puerpérale est moins importante. Elle est constituée par les obsessions. Les obsessions des femmes enceintes sont connues sous le nom d' « envies ». C'est déjà un symptôme de dégénérescence signalé depuis longtemps.

Les obsessions de la psychose puerpérale n'offrent pas une grande importance en elles-mêmes. Ou bien, on les voit chez de grandes obsédées, obsédées avant et qui restent obsédées après, ou on les voit chez les petites obsédées qui, ayant une forme fruste, exagèrent le syndrome à l'occasion d'une grossesse.

Une autre forme d'obsession, assez intéressante, est celle qui s'accompagne de délit médico-légal. La kleptomanie rentre dans ce groupe. Les femmes volent plus fréquemment à l'époque des règles ou au cours d'une grossesse.

La dernière catégorie de troubles mentaux de la psychose puerpérale comprend les formes associées. Je n'y reviens pas. Je vous ai montré la manie confusionnelle. Il y a des mélancolies confusionnelles.

A la classification que je viens de vous présenter, on pourrait faire des objections. Les anciens auteurs avaient surtout décrit la manie puerpérale. M. Régis, au contraire, veut voir plutôt l'état confusionnel. Lorsqu'il existe des phénomènes maniaques ou mélancoliques, on devrait dire, selon lui, confusion mentale avec phénomènes d'excitation ou de dépression. Pour ma part, j'estime, qu'à côté de la confusion mentale puerpérale, on a le droit de décrire une manie et une mélancolie puerpérales, c'est-à-dire une manie et une mélancolie survenant à l'occasion d'une grossesse.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le guaco contre les piqûres d'insectes

Notre confrère, M. le Dr Abel Claude, a fait paraître dans l'*Art Médical* une étude intéressante sur l'efficacité du guaco, contre les piqûres d'insectes.

Le guaco est une plante herbacée, grimpante, de la Nouvelle-Grenade.

C'est au célèbre Mutis que nous devons la connaissance du guaco Mikania et les avantages aussi inappréciables qu'inattendus que cette plante offre à la médecine. Il paraît bien prouvé, par les expériences multipliées faites dans le Royaume de Santa-Fé, par MM. Mutis, Zea, don Pedro Vargues, don Francesco Matis et autres, que c'est le remède le plus propre à combattre la morsure des animaux venimeux, qui infectent les parties humides du nouveau continent.

Il existe 7 espèces de guaco : celle qui est la plus usitée est une liane dont la feuille ressemble à celle de la vigne ; elle est d'un vert très vif en-dessus et rouge écarlate en-dessous. On la trouve en très grande quantité dans l'épaisseur des forêts de l'isthme de Darien. Cette plante atteint une longueur de 10 à 60 mètres. Sa sève, très abondante, est exprimée, puis mêlée avec moitié de son volume de tafia. Plus le mélange vieillit, plus il est efficace.

L'auteur signale les remarquables résultats obtenus par l'emploi du guaco dans les cas de piqûres de cousins, moustiques, puces, punaises, guêpes, abeilles.

Avant de s'exposer aux piqûres, il suffit de lotionner les régions découvertes avec le guaco, pour éloigner tous les insectes et éviter leurs piqûres.

Quand, malheureusement, on n'a pu employer le guaco comme prophylactique, et quand les insectes ont fait leur œuvre, même les guêpes ou les abeilles, le guaco sert de remède et se montre admirablement efficace : douleurs, cuissons, battements disparaissent rapidement sous l'influence de compresses imbibées de guaco.

On l'administre, par surcroît, à l'intérieur ; une ou deux cuillerées à café de guaco pur (en teinture), telle est la dose employée habituellement.

Formules utiles contre les insectes et guêpes qui pullulent pendant la saison chaude

La *Revue mensuelle du Médecin praticien* publie deux formules utiles à retenir, en attendant que l'on puisse essayer le guaco dont nous venons de parler.

Mixture contre les piqûres de moustiques :

Chloroforme	5 gr.
Formol	5 gr.
Baume de Fioraventi	15 gr.
Teinture d'eucalyptus	25 gr.

Employer en badigeonnages sur les parties piquées.

Destruction des guêpes. Verser dans le guêpier la préparation suivante :

Sulfure de carbone	250 gr.
Eau q. s. p.	1 litre

L'indice respiratoire.

La mensuration du thorax est un procédé d'exploration clinique très ancien. Laënnec, Schnepf, Woillez ont particulièrement étudié ce moyen de diagnostic fort utile. M. Hirtz a imaginé un mode de mensuration qui mérite l'attention des cliniciens ; voici en quoi il consiste :

« Si l'on mesure chez un individu normal avec un ruban métrique la circonférence du thorax, on constate que la différence entre cette circonférence et le périmètre thoracique après une inspiration forcée est de 7 centimètres en moyenne ». M. Hirtz désigne ce chiffre sous le nom d'indice respiratoire. Il représente le degré d'élasticité thoracique et par conséquent donne la notion de l'élasticité des poumons sous-jacents.

Le Dr Marcel *Leblanc,* de Paris, a exposé dans sa thèse les perfectionnements qu'il a cru pouvoir appliquer à la méthode du Dr Hirtz. Il prend ses mesures à quatre hauteurs différentes du thorax, aux points de repère osseux précis, que l'on peut trouver aussi bien chez l'homme que chez la femme ; pour simplifier, il désigne ces mesures par les lettres A B C D.

La mesure A est prise directement sous les aisselles ; en arrière le ruban métrique passe entre la quatrième et la cinquième apophyse épineuse des vertèbres dorsales. En partant de l'apophyse de la septième cervicale, la proéminente, ce point de repère est facile à trouver. Chez les sujets un peu gras il est commode, pour repérer les apophyses épineuses, de faire fléchir fortement en avant le cou et le tronc du sujet ; partant de ce point de repère en arrière, le mètre bien horizontal passe par la deuxième pièce sternale.

« La mesure B passe en arrière sous l'apophyse de la huitième dorsale, le mètre passe sous les seins assez bas pour que l'opérateur ne soit pas gêné par leur volume chez la femme.

« La mesure C passe entre la dixième et la onzième dorsale, le mètre étant appliqué sur la partie inférieure des côtes.

« La mesure D passe par l'ombilic, elle donne une idée approximative de la respiration abdominale.

« Quant au petit tour de main nécessaire pour bien prendre ces mesures, il est facile à acquérir.

« Au début, il faut rechercher soigneusement des points de repère et opérer lentement ; avec un peu d'habitude, on arrive à placer le ruban métrique du premier coup au bon endroit. Il faut aussi serrer bien également le thorax dans les deux mesures en inspiration et en expiration.

« La position dans laquelle on mesure les sujets est la position assise sur un lit ou sur une chaise. On a fait quelques essais de mensurations dans des positions variées : les bras élevés verticalement au-dessus du corps ou les bras horizontaux : on a trouvé des différences peu importantes et variables d'une fois à l'autre ; aussi a-t-on abandonné cette manière de procéder. Il est facile d'éviter une cause d'erreur sérieuse en prenant les deux mesures inspiratoires et expiratoires, le sujet restant bien dans la même position ; c'est en définitive la seule chose importante et elle est facile à obtenir ».

Certaines maladies de la plèvre et du poumon modifient l'indice respiratoire.

Dans la tuberculose les résultats ne sont nets qu'à *la période ultime.*

Les épanchements unilatéraux liquides ou gazeux de la plèvre diminuent l'indice respiratoire du côté où ils se produisent.

Les épanchements bilatéraux diminuent l'indice respiratoire dans son ensemble.

Mais c'est surtout dans l'emphysème que la méthode présente un intérêt pratique ;

1° L'indice respiratoire est toujours diminué et sa valeur numérique est en rapport généralement avec les manifestations cliniques ;

2° La recherche peut donner une base sérieuse de pronostic et permet dans une certaine mesure de répondre à cette question : que vaut un emphysémateux ?

3° Un indice respiratoire de moins de 3 centimètres doit faire porter un diagnostic réservé sur l'avenir du sujet ;

4° Un indice respiratoire de 1 centimètre ou moins paraît fournir une indication sérieuse de tenter l'opération de Freund.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Dans quelles conditions les hémorragies des premiers mois de la grossesse peuvent-elles entraîner l'avortement ! — Grossesse et diabète.

Quand surviennent des *hémorragies pendant les premiers mois de la grossesse,* il arrive fréquemment que le médecin se demande avec perplexité, *s'il doit, ou non, provoquer l'avortement.* Ne risquera-t-il pas, en attendant trop longtemps, de voir la patiente s'anémier par des hémorrhagies répétées ? Et s'il intervient, ne supprimera-t-il pas inutilement le germe d'une existence ?



1° *Si le col est dilaté,* au point de supporter l'introduction du doigt et de laisser percevoir la pointe de l'œuf, le doute n'est pas possible : l'avortement est devenu inévitable, il faut le hâter.

2° *Si le liquide amniotique s'est écoulé,* les conditions sont les mêmes : l'avortement est imminent ; tout au plus, peut-on le retarder de quelques jours ou de quelques semaines, sans aucun profit, d'ailleurs, pour la mère et l'enfant.

Cependant, lorsque le col est encore fermé, il est très difficile de voir s'il y a écoulement du liquide amniotique. Celui-ci a pu se dissimuler à l'occasion d'une leucorrhée menstruelle plus abondante ; mais il n'est pas rare d'observer dans ces conditions des douleurs intermittentes, rappelant les vraies douleurs qui précèdent la rupture normale de la poche des eaux. L'erreur est encore plus facile quand l'hydrorrhée menstruelle s'accompagne d'un suintement sanguinolent. Néanmoins quand le col est fermé, il est possible de tirer des indications précieuses de la consistance de l'utérus ; tandis que l'utérus gravide donne l'impression d'un globe plus ou moins dur, élastique, il apparaît plus mou, après l'issue des liquides de l'œuf. Mais l'examen est d'autant plus difficultueux, l'erreur d'autant plus aisée que souvent la femme renseigne mal le médecin sur ce qui s'est passé, en particulier s il s'agit de l'intégrité des membranes. Toutefois dans ces cas, ou bien s'il s'agit de tentatives criminelles, l'avortement ne tarde pas à se produire, ou bien l'apparition de fièvre, de lochies fétides, nécessite une intervention rapide.

3° Plus grandes sont les difficultés *quand les hémorrhagies assez abondantes deviennent persistantes.* Des parties génitales, on voit s'écouler un sang noirâtre, analogue à celui des menstrues. L'hémorrhagie continue durant des jours et des semaines, ou bien elle devient intermittente. En dépit de tous les traitements, l'hémorragie persiste, et cependant le fœtus n'est pas expulsé, et l'utérus conserve le volume qui correspond à l'âge de la grossesse ; on admet alors qu'il ne s'agit plus d'hémorrhagies simples de la grossesse, mais d'un avortement inévitable, quoique retardé, et la plupart des auteurs donnent le conseil de provoquer cet avortement. De fait, on trouve alors le plus souvent un fœtus déjà mort depuis longtemps et un placenta plus ou moins infiltré de sang, transformé en môle.

Cependant, il arrive aussi de reconnaître parfois un fœtus encore vivant, qui aurait pu continuer son développement.

Le Prof. SEITZ (*Munch. med. Wochens.*, n° 4, 1911) rapporte un cas de ce genre : une femme enceinte de 4 mois lui fut amenée, qui depuis plus de trois semaines perdait d'une manière ininterrompue du sang noirâtre ; l'utérus paraissait un peu plus petit que la normale à cet âge de la grossesse. Estimant que le fœtus devait être mort, l'auteur place un ballon pour hâter l'expulsion, et quel ne fut pas son étonnement de trouver un enfant encore en vie, dont le cœur se contractait encore un peu, puis un placenta tout à fait normal.

Dans un autre cas, il y eut au cours des premiers mois d'abondantes pertes de sang durant six semaines, et la grossesse arriva à terme par la naissance d'un enfant robuste et bien portant.

Voici encore une observation plus curieuse : une femme, grosse de deux mois, tombe d'un étage puis elle eut une perte de sang qui dura plusieurs jours ; un peu plus tard, au 4e mois, nouvelle chute, et nouvelle perte de sang durant quelques semaines ; et cependant un enfant robuste naquit à terme.

Ce sont là des faits qui rendent bien obscure cette question des hémorragies de la grossesse et de l'interruption de la gestation.

Raisonnant sur 25.000 observations de grossesse recueillies à la Clinique de Munich, et tenant compte des avortements criminels ainsi que des hémorragies qui entraînent d'emblée l'avortement, Seitz estime que dans 43 pour 100 des cas d'*hémorragies graves ou persistantes* des premiers mois de la grossesse, la gestation peut continuer pour un laps de temps indéterminé, et que dans 15 pour 100 des cas, elle arrive à terme.

Comment dès lors peut-on en pareilles circonstances établir le pronostic dans un cas déterminé ?

Le plus souvent, c'est au facteur *étiologique* qu'il faut accorder la plus grande importance. Quand il s'agit de la syphilis, il est généralement trop tard pour instituer le traitement spécifique, à moins que le Salvarsan ne vienne changer les conditions actuelles. Les chances sont également faibles dans l'anémie, les néphrites et autres anomalies. Le placenta prœvia serait exceptionnellement cause d'avortement. C'est au contraire dans les hémorragies par traumatisme ou par endométrite qu'une thérapeutique rationnelle donnerait les meilleurs résultats ! après des traumatismes on a vu des écoulements sanguins persister durant des semaines, et cependant la grossesse arriver à terme.

Ensuite l'*âge de la grossesse* entre également en considération. Une hémorrhagie prolongée, qui survient durant les deux premiers mois, amène presque fatalement la mort du fœtus. Par contre, au cours des 8e et 4e mois, des hémorrhagies, même prolongées, sont souvent mieux supportées ; aussi faut-il être très réservé pour interrompre artificiellement la grossesse, et n'intervenir que si une longue observation a démontré soit l'arrêt du développement de l'utérus, soit sa diminution de volume, ou bien le début d'une anémie grave.

Puisque les hémorrhagies sont certainement dues au décollement partiel du placenta, la *thérapeutique* recommande avant tout d'éviter de nouveaux décollements, que pourraient déterminer des contractions utérines d'une certaine intensité ; le fœtus supporte d'ailleurs sans inconvénient des infarctus du placenta. Il est donc absolument indiqué de se rappeler la remarquable efficacité du repos au lit *suffisamment* prolongé et de laisser les malades couchées durant six à huit semaines, C'est le seul procédé pour éviter les avortements. qui se produisent généralement dans ces délais. Au commencement de l'hémorragie, il est bon d'inhiber les contractions utérines au moyen des opiacés, de l'opium, en particulier, sous forme de gouttes à l'intérieur ou de tampons vaginaux.

On pensait autrefois qu'une femme diabétique ne pouvait jamais concevoir ; on sait maintenant que si la *grossesse au cours du diabète* est possible, elle est cependant chose rare.

Il semble exceptionnel d'observer la glycosurie gravidique au même titre que l'albuminurie gravidique ; la glycosurie ne serait pas une complication de la grossesse ; la grossesse au contraire serait très capable de réveiller une glycosurie, jusqu'alors latente.

L'observation du Prof. Ehret (*Munch. med. Wochens*, 1911, nº 27) est à cet égard très concluante : une femme qu'il observait depuis 8 ans, chez laquelle il avait déjà à maintes reprises recherché, mais en vain, le sucre urinaire pour des symptômes qui éveillaient son attention du côté du diabète — devient grosse ; elle fait de la glycosurie. Elle est soumise à un régime diététique approprié ; la grossesse et l'accouchement sont normaux ; puis le sucre disparaît à nouveau. Cependant la malade garde une tolérance diminuée pour les hydrates de carbone ; la glycosurie alimentaire maintenant apparaît facilement. Le diabète, dit l'auteur, est redevenu latent.

Il suffit de diagnostiquer à temps le diabète au cours de la grossesse et d'instituer aussitôt un régime diététique convenable, pour que le pronostic de la gravidité et de l'accouchement ne soit pas aussi défavorable que le veut Naunyn. Ces précautions évitent l'avortement ou l'accouchement prématuré, systématiquement pratiqués comme le veulent certains auteurs.

Cependant il ne faut pas oublier qu'à la suite de plusieurs exacerbations gravidiques, le diabète pourrait néanmoins prendre une forme grave. Toute femme chez laquelle une grossesse aura révélé un diabète latent devra être soumise d'une façon permanente à la réduction prophylactique des hydrates de carbone, afin que l'occasion d'une nouvelle grossesse ne vienne pas accroître encore son intolérance pour ces aliments.

G. F.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement médicamenteux précoce de la tuberculose pulmonaire.

(D'après L. Rénon).

A. Médication tonique.

1º *Arsenic.*

Arséniate de soude............... 0 gr. 05
Eau distillée.................. 300 gr.

Prendre avant le déjeuner et le dîner, pendant vingt jours par mois, une cuillerée à soupe et pendant trois à quatre mois.

En cas de toux sèche et répétée ajouter à la formule ci-dessus :

Teinture de lobélie............. 1 à 2 gr.

On peut encore se servir des

Granules de Dioscoride,

3 à 6 par jour. Chaque granule représente un milligramme d'acide arsénieux.

ou de :

Liqueur de Fowler,

IV gouttes par jour qu'on porte en cinq à six jours, progressivement, à XII ou XIV gouttes ; on s'y maintient pendant quatre jours, puis on redescend en cinq à six jours à IV gouttes. Période d'interruption, puis reprise.

Cacodylate de soude............. 0 gr. 05

Pour une ampoule, en injection sous-cutanée.

Une injection tous les deux jours durant 16 jours ; 8 jours de repos, puis nouvelle période de 8 injections en 16 jours.

2º *Créosote.*

Ne la donner que dans les formes torpides ou quand il y a d'abondantes suppurations.

La donner en lavement :

Créosote...................... 1 à 3 gr.
Jaune d'œuf.................... nº 1
Lait.......................... 120 gr.
Laudanum...................... V gouttes.

Pour un lavement qui sera donné après un lavement évacuant et qui sera gardé.

On peut avec avantage remplacer la créosote dans les tuberculoses torpides par :

Carbonate de gaïacol............ 0 gr. 50

p. 1 cachet nº 30, 2 à 4 par jour

Ou :

Thiocol....................... 0 gr. 50

p. 1 cachet nº 40, 2 à 4 par jour.

3º *Urée* :

Si les reins ne sont pas lésés, on peut essayer dans toutes les formes de tuberculose :

Urée.......................... 0 gr. 75

p. 1 cachet nº 40, de 2 à 4 par jour.

4º *Tannin.*

Si l'estomac est bon, on peut administrer le tannin.

Tannin........................ 0 gr. 20
Phosphate de chaux............. 0 gr. 50

p. 1 cachet, 5 par jour.

Si le tannin provoque des crampes d'estomac, essayer :

Tannigène..................... 0 gr. 20

p. 1 cachet 3 par jour, nº 30.

5º *Composés phosphatés* :

Glycérophosphate de chaux....... 0 gr. 50

p. 1 cachet nº 30, 2 ou 3 par jour avant les repas.

Ou :

Glycérophosphate de soude....... 2 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères. 260 gr.

3 à 4 c., à s. pour jour dans un peu d'eau avant les repas.

6° *Lécithine* :

Lécithine..................... ...... 0 gr. 05

p. une pilule, 3 à 4 en 24 heures.

B. Médication récalcifiante de Ferrier.

Eviter l'ingestion d'acides organiques ou inorganiques.

Aux deux repas principaux prendre un cachet.

Carbonate de chaux........... } àà 0 gr. 50
Phosphate de chaux........... }

p. 1 cachet, n° 40, 2 par jour.

Trois quarts d'heure avant le repas un verre d'eau bicarbonatée calcique.

Pas de liquide alcoolique.

Pas d'aliments uniquement gras.

Pain, 200 à 300 gr. par jour.

Se nourrir de viande, poisson, œufs, légumes, pâtes, en 3 repas par jour, à 8 heures, midi et sept heures du soir.

Donner en outre aux deux repas principaux.

Chlorure de sodium..... 0 gr. 20 à 0 gr. 50

dans 100 à 200 gr. d'eau.

J. Noir.

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

X. — Les Aliments.

Le praticien est souvent appelé pour des accidents consécutifs à des ingestions alimentaires. Souvent même il s'agit d'accidents graves, mortels, une enquête est ordonnée par la justice. Dans tous les cas, il est intéressant de connaître la cause des accidents, non seulement au point de vue procédure, mais aussi au point de vue médical. Le médecin doit donc effectuer des prélèvements et les envoyer au laboratoire en prenant les précautions nécessaires à leur conservation pendant le temps de l'expédition et du voyage.

Il serait inutile de répéter les règles du prélèvement pour chaque espèce d'aliment. Ces règles sont les mêmes pour tous. Le produit doit toujours être manipulé stérilement, introduit dans un récipient stérilisé, clos hermétiquement par un bouchon stérilisé (pinces flambées ; vases passés à l'autoclave ou flambés, suivant leur nature ; bouchon en coton, stérilisé avec le vase à l'autoclave, ou bouchon de caoutchouc également stérilisé ; capuchons stérilisés par ébullition dans la liqueur de van Swieten ; entonnoirs stériles ; enfin, tout le matériel de la manipulation, d'ailleurs fort simple, doit être stérile). Mais le point le plus important est celui de la conservation pendant la durée du transport. Il faut se souvenir une fois de plus que le froid est un excellent agent de conservation des microbes et des tissus organiques. Donc, en vue du transport on emballera le flacon, ou la boîte, ou le tube, ou le récipient quelconque comme il a été dit d'emballer le flacon d'eau destinée à l'analyse, dans l'article VIII, p. 729, n° 32, du *Concours médical*. Le récipient introduit dans une gaine de fer blanc, à frottement, est placé dans une seconde beaucoup plus large ; l'intervalle compris entre les deux boîtes est rempli de glace concassée et de sciure de bois. Nous ne répéterons pas ici la description de cet emballage que l'on trouvera à l'article VIII.

Mais, presque tous les produits alimentaires sont susceptibles de donner lieu à des prélèvements. La viande fraîche peut être souillée par un bacille de provenance extérieure, elle peut provenir d'animaux malades (il y a souvent lieu dans ce cas de prélever des selles ou des vomissements) (1) ; enfin, le médecin est appelé auprès d'un malade pour une infection résultant de l'usage de la viande d'animaux malades (bacillus enteridis).

Les produits alimentaires de la charcuterie (saucisses, jambons, pâtés, boudins, etc.), les poissons salés, tous les aliments qui ne doivent être consommés qu'un certain temps après leur préparation sont la cause des intoxications connues sous le nom de botulisme (bacillus botulinus).

Les conserves sont souvent la cause d'accidents soit, ainsi que l'a dit Vaillard, parce qu'elles sont fabriquées avec des viandes malades, soit parce que la viande a été manipulée malproprement ; les conserves peuvent encore être devenues dangereuses parce que la stérilisation n'a pas suivi immédiatement l'emboîtage, ou parce que les soudures ont sauté pendant la stérilisation et ont dû être refaites ensuite.

Les huîtres, les moules sont parfois toxiques à cause de la qualité de l'eau qu'elles renferment, eau souillée par des déjections jetées dans les parcs (2). Il suffit de ne pas les ouvrir pour les envoyer au laboratoire, mais il faudra toujours en adresser plusieurs, de 6 à 10, par exemple.

Quoique très rares, les accidents dus à des aliments végétaux sont possibles : les pommes de terre, par le bacillus solanifera, agent de production de la solanine, les artichauts par une variété de colibacille sont les légumes auxquels le praticien aura le plus affaire.

Les fromages donnent rarement lieu à des intoxications. Cependant il s'en produit quelquefois et Metchnikoff a fait remarquer qu'on trouvait dans les fromages des vibrions variés. Or, dans l'intoxication par les fromages, il se produit de petites épidémies et les symptômes rappellent ceux du choléra. Le bacille tuberculeux pourra être recherché dans les fromages, mais

(1) V. *Concours médical*, n° 11, article IV, p. 228.

(2) V. « La nocivité des huîtres et la prophylaxie des accidents qu'elles peuvent causer », par le Dr E. Bodin. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, nos 2 et 3, 1911.

surtout dans le beurre. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a normalement ou à peu près, dans le beurre, des bacilles para-tuberculeux ou pseudo-tuberculeux, la quantité de beurre envoyée en tant que prélèvement ne devra pas être inférieure à 100 gr.

Le lait peut véhiculer aussi le bacille tuberculeux ainsi qu'un grand nombre d'autres organismes saprophytes, pathogènes ou agents de fermentation. Il en est de même des crèmes.

Le praticien aura donc à prélever éventuellement des échantillons de tous ces produits alimentaires.

Dr René Martial

ÉPIDÉMIOLOGIE ET HYGIÈNE

Le diagnostic de la scarlatine par les hémorragies cutanées provoquées. — Prophylaxie des infections typhiques et paratyphiques propagées par les fraises. — Sur la prophylaxie chirurgicale de la fièvre typhoïde. — Quelle est la cause des intoxications par ingestion de gâteaux, dits « choux à la crème »?

Le diagnostic de la scarlatine par les hémorragies cutanées provoquées a fait l'objet d'un certain nombre de travaux intéressants publiés en ces temps derniers. Il est en effet très important, au point de vue prophylactique et thérapeutique, de savoir reconnaître la scarlatine ; or ce n'est pas chose facile, surtout en présence des formes frustes qui ne se traduisent que par un érythème fugace, parfois inaperçu, ou même seulement par une angine. On s'est bien efforcé de trouver des signes accessoires aidant au diagnostic, tels que : la leucocytose ; l'éosinophilie ; la réaction de Wassermann ; les indices révélateurs de l'infection si fréquente du foie (présence d'acétone, d'urobiline, d'urobilinogène). Cependant depuis Hecht (1907), on tend à considérer certaines hémorragies cutanées comme caractéristiques de la scarlatine, et ces hémorragies seraient dues à une diminution de la résistance des capillaires causée par le poison de la scarlatine, cette résistance variant d'ailleurs avec les individus.

Ces hémorragies peuvent être *spontanées*, et alors, particulièrement observées au niveau des plis de flexion du coude, et aussi du genou ; on les a décrites sous le nom de « plis rouges de la scarlatine ».

Elles peuvent être aussi *provoquées*, ainsi que le montrent les travaux de Leede (*Munch. Med. Wochens.*, 1911, nº 6), confirmés d'ailleurs par les observations de Bennecke (*Ibid*, 1911, nº 14). Deux moyens existent : ou bien celui d'Hecht, qui comprimait, quelques secondes entre le pouce et l'index, un pli de la peau du dos ou de la poitrine et déterminait ainsi des hémorrhagies pétéchiales, soit celui de Leede-Bennecke.

Leede avait remarqué que, lors des saignées pratiquées chez des *scarlatineux* pour une raison quelconque, on notait très régulièrement des pétéchies plus ou moins volumineuses, dans quelques cas même de véritables hémorragies tandis que dans d'*autres affections*, ce même phénomène faisait défaut. Ce signe fut alors recherché systématiquement chez les scarlatineux en comprimant l'humérus avec une bande de caoutchouc, le pouls restant toujours perceptible. Dans plusieurs centaines de scarlatine on observa presque toujours des hémorragies cutanées plus ou moins accentuées. D'autre part, le contrôle fut exercé sur d'autres malades, et quelques-uns seulement montrèrent des hémorragies par stase ; encore celles-ci étaient-elles loin d'être constantes ; dans la rougeole l'auteur constata aussi l'existence de ce phénomène ; en tous cas, quand il ne s'agissait pas de scarlatine, l'hémorragie survenait toujours *difficilement*.

Il est difficile de dire combien de temps dure ce phénomène, la plupart des malades quittant l'hôpital le 42e jour de la maladie ; cependant il est certain qu'en général ce signe des hémorragies par hyperémie persiste encore le 42e jour.

***

Comment éviter la transmission des infections typhiques et paratyphiques par les fraises souillées ? Le procédé très simple, que propose Sacquépée (*Mouv. Hyg.*, 1910), semble résoudre la question de la *stérilisation des fraises.*

Il suffit de rincer les fraises à l'eau stérilisée (eau bouillie par exemple), et de les faire tremper ensuite dans du vin rouge pendant une heure. Le vin qui a servi à la stérilisation peut être consommé sans danger.

Cette opération détruit les bacilles typhiques, et paratyphiques B.

D'autres germes, tels que le coli-bacille et l'entérocoque, traités dans les mêmes conditions, subissent une réduction considérable (de 19/20e au moins après 2 heures de séjour dans le vin rouge) sans toutefois disparaître complètement ; mais il est inutile de s'effrayer de leur persistance en petite quantité, ces germes faisant normalement partie de la flore intestinale humaine.

***

Il peut être parfois nécessaire de faire une *prophylaxie chirurgicale de la fièvre typhoïde*; voici dans quelles conditions.

Nous savons à présent que parmi les facteurs de transmission, *directe ou indirecte* (l'eau restant toujours ici le principal agent du contage), il faut attribuer une place aux *porteurs de germes*, qui éliminent des bacilles d'Eberth, d'une manière temporaire ou durable, continue ou intermittente.

Ces porteurs de germes sont :

1º Ou bien les convalescents de la maladie, bacillifères pendant 2 ou 3 semaines ;

2º Ou bien les anciens typhiques, bacillifères pendant des mois et des années (porteurs chroniques) ;

3º Ou bien des personnes saines — qu'elles soient en incubation de fièvre typhoïde, ou qu'elles n'aient jamais la fièvre typhoïde, ni dans le présent, ni dans le futur.

Ces sujets constituent une cause infectante notoire, car on admet que 5 pour 100 des anciens typhiques restent des éliminateurs ; ils excrètent des bacilles par les fèces et par les urines ; ils sont plus particulièrement dangereux quand ils s'occupent de l'alimentation : cuisiniers, laitiers, etc., et la fièvre typhoïde transmise devient alors « la maladie des mains sales » ; cependant les porteurs sèment aussi leurs bacilles partout : puits, rivières, poussières, etc.

Comment donc se défendre contre ces éliminateurs ?

Leur dépistage par la bactériologie n'est pas toujours commode ; leur isolement n'est pas possible ; les essais d'antisepsie intestinale (par les cholagogues et les laxatifs, calomel, salicylate de soude, émétine, ipéca) et d'antisepsie urinaire (urotropine) n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Et cependant les bacilles colonisent chez eux dans la vessie urinaire et surtout dans la vésicule biliaire. Dans ces conditions, la chirurgie ne pourrait-elle pas nous venir en aide, surtout que, si les bacilles parfois prolifèrent simplement, ils peuvent dans d'autres cas déterminer des lésions locales (cholécystite, lithiase éberthienne) qui éclatent quelquefois au cours de la fièvre typhoïde, mais aussi longtemps après) ? Ne supprimerait-on pas la source de l'infection en enlevant la vésicule, ou en la drainant ?

En 1907, Dehler intervint deux fois, se proposant de tarir la source de ce microbisme latent, par le curage des voies biliaires ou par la cholécystectomie (*Munch. Med. Woch.*, avril et octobre 1907) ; Fromme, la même année, imita son exemple. A chaque intervention on trouva des bacilles dans la bile, au centre des calculs retirés, et l'excrétion par les fèces parut diminuer les premiers temps. Par contre, chez la porteuse de bacilles, opérée par Braun à Gœttingen par la cholécystectomie, l'examen des selles, fait deux fois dans la même année, trois ans après l'opération, démontra l'absence de tout bacille d'Eberth.

Dans ces conditions, dit Vince (*Cercle médical de Bruxelles*, février 1911), c'est à la cholécystectomie qu'il faut recourir de préférence, et cette intervention doit être préconisée chaque fois qu'on se trouve en présence d'un éliminateur durable.

Cependant il n'est pas inutile de rappeler que chez un sujet, mort des suites opératoires, on put constater l'existence du bacille *dans les voies biliaires intrahépatiques*, et que, chez un autre parfaitement rétabli, l'excrétion microbienne reprit au bout de six mois ! Il existe donc une disproportion absolue entre les dangers de cette intervention abdominale et le résultat qu'on peut en obtenir ; d'autre part, dit Rambaud, il est absolument contre-indiqué de faire supporter à un sujet sain, les risques d'une opération dont il serait le seul à ne pas bénéficier. Comme le prouvent les cas cités plus haut, c'est dans les vaisseaux sanguins et non dans les voies biliaires qu'il faudrait atteindre le bacille pour l'anéantir : la prophylaxie chirurgicale de la fièvre typhoïde doit donc pour l'instant faire place à la prophylaxie hygiénique.

***

L'ingestion de certains gâteaux, dits *choux à la crème*, est parfois susceptible de déterminer des phénomènes graves d'intoxication, caractérisés surtout par des vomissements, par une diarrhée fétide, par du collapsus, par de l'hypertrophie subite du foie et de la rate, par de la fièvre parfois ; il n'est pas très rare même de voir une issue fatale. Tout le monde connaît les cas de ce genre observés notamment à Bordeaux, à St-Mandé, et tout récemment à Arcachon (août 1910).

A propos d'un de ces accidents extrêmement sérieux, qu'il vient de voir au Caire, Hoobs (*La Clinique infantile*, 1er mars 1911) rappelle, sur l'étiologie de cet empoisonnement alimentaire, des données qu'il est intéressant de connaître.

La toxicité vient-elle du blanc ou du jaune de l'œuf ?

D'emblée le blanc doit être mis plus rarement en cause que le jaune, étant données la putréfaction rapide de l'albumine de l'œuf et l'odeur insupportable qui la révèle, cette dernière seule suffisant à proscrire l'emploi des blancs avariés. Cependant il faut savoir que le blanc est capable de produire des accidents graves surtout chez certaines personnes présentant une iodiosyncrasie spéciale.

Il n'en est pas de même du jaune de l'œuf, qui aussitôt séparé du blanc, aussitôt livré à lui-même, commence à se putréfier, sans qu'il dégage d'odeur désagréable, et que, par conséquent, il puisse être soupçonné dans sa nocivité. Pour éviter tout accident, le jaune doit être employé immédiatement, sinon il peut être dangereux. Les différentes enquêtes ont toujours montré que les intoxications avaient succédé à l'ingestion de gâteaux (choux, éclairs), faits avec des jaunes conservés à part, ce qui est malheureusement l'habitude de certaines ménagères, de certains pâtissiers.

Dans quelques villes même où, par suite d'industries spéciales, les blancs sont seuls utilisés (à Bordeaux pour le collage des vins), les jaunes sont vendus au commerce, et principalement aux pâtissiers en vue de la confection des crèmes ; car, ainsi qu'il a été dit, pour ne présenter aucun danger, cette utilisation devrait être immédiate, surtout après les manipulations, qui ont marqué la séparation des deux substances. Pour obvier à ces inconvénients, on a bien essayé plusieurs antiseptiques ; mais l'antiseptique lui-même peut être la cause de la septicité, ou bien, s'il est inoffensif pour l'homme, il peut être insuffisamment actif contre les microbes, mais ne pas atteindre les diastases, et dans ces conditions l'action des diastases se continue sur l'œuf pour augmenter son pouvoir toxique.

La toxicité dans ces accidents dus aux « choux à la crème » revient donc au jaune d'œuf qui n'est pas *employé* dans toute sa fraîcheur.

Dr Fiser.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas d'épanchement sanguin traumatique sous-dural sans fracture du crâne.

Observation : Le 24 mai dernier, dans une rixe, X., âgé de 69 ans, reçoit un fort coup de poing à la tête. Il perd connaissance pendant quelques minutes ; puis, revenu à lui, se dirige vers son domicile soutenu par le bras par un ami sur un parcours de 300 mètres. Il s'évanouit une seconde fois ; on le porte chez lui et on l'asseoit. Il revient à lui et se couche jusqu'au lendemain à midi. Il se lève, se plaignant seulement d'un fort mal de tête.

Il reste ainsi du 24 au 29 mai, se plaignant d'avoir la tête lourde, se levant et circulant chez lui, ayant conservé son appétit habituel.

Le 28 mai, il sort et préside pendant deux heures une assemblée ; puis rentré chez lui, il ne ressort plus. Il se couche définitivement le 31 mai et ne se relève plus. La parole devient hésitante et il lui est bientôt impossible de se faire comprendre. Puis survient du coma et du stertor. Le 1[er] juin, il a une première crise épileptiforme, le 3 juin cinq, le 4 une, le 5, une très forte ; le 6, une dernière qui dure trois heures. Il meurt le 7 juin à 4 heures du matin, sans avoir repris connaissance. Le 7 juin, deux médecins appelés tardivement remarquent une hémiplégie gauche.

Tel est le récit que me fait le fils de la victime avant que je procède à l'autopsie.

La nécropsie ne me fit reconnaître aucune trace de violences extérieures ; pas de traces de fracture du crâne ni d'enfoncement, pas d'infiltration sanguine des tissus. La calotte cranienne sciée, je trouvai les méninges un peu épaisses. Du côté droit à la région temporo-pariétale la dure-mère était noirâtre et tendue. Au-dessous d'elle existait un gros épanchement sanguin comprimant et déprimant en cuiller les lobes temporal et pariétal droits. La face interne de la dure-mère correspondant à la cavité était tapissée de caillots rouges bruns adhérents et qui ne pouvaient être détachés que par le raclage ; le reste du sang était liquide, de couleur noirâtre. La pie-mère et la substance corticale correspondant à la cavité étaient saines. Je ne trouvai ni foyer de contusion cérébrale, ni épanchement sanguin dans les ventricules, ni fracture, soit de la base, soit de la voûte du crâne.

A part quelques adhérences pleurales, vestiges d'une ancienne pleurésie, je ne découvris rien d'anormal dans aucun organe.

En résumé après un traumatisme cranien et des accidents initiaux dus à de la commotion cérébrale, ce blessé reste cinq jours lucide, menant une vie normale, présidant même, quatre jours après, une assemblée ; puis il est pris d'accidents cérébraux, qui amènent la mort en huit jours. Et comme cause de cette mort, je ne trouve à l'autopsie qu'un hématome sous-dural sans fracture du crâne.

Le récit des phénomènes qui précédèrent la mort et que me fit le fils du blessé était par lui-même assez net pour faire soupçonner l'existence d'un hématome sous-dural. En effet, l'hématome traumatique sous-dural se traduit par une perte de connaissance immédiate sous l'influence de la violence du traumatisme cranien. Puis, cette période soporeuse passée, tout rentre dans l'ordre et reste ainsi pendant un espace de temps qui varie de quelques jours à quelques mois. J.-L. Petit, le premier, a attiré l'attention sur ce signe des épanchements sanguins intra-craniens.

Après cette période de latence variable en durée, apparaissent les signes de compression cérébrale : mydriase et œdème unilatéral de la pupille ; respiration de Cheyne-Stokes ; stertor, hémiplégie du côté opposé au traumatisme ; crises épileptiformes, signe de Kernig, ralentissement du pouls. Ces symptômes sont communs à l'hématome extra ou sous-dural, bien que dans l'épanchement sanguin extra-dural la période de lucidité soit beaucoup plus courte. La ponction lombaire fournit un moyen de reconnaître si l'épanchement sanguin se fait au-dessus ou au-dessous de la dure-mère. Sicard et Monod ont démontré, en effet, que lorsqu'il existait un hématome sous-dural, on retirait un liquide céphalo-rachidien coloré par les hématies, tandis que dans l'hématome extra-dural le liquide céphalo-rachidien restait clair, la dure-mère empêchant les hématies de passer.

Ces faits ont une grande importance en médecine légale et dans la médecine des accidents du travail. Un ouvrier qui a subi un traumatisme cranien, après une perte de connaissance légère, peut reprendre son travail, ne pas même faire appeler un médecin comme dans le cas que j'ai rapporté, être pris, après une période de latence plus ou moins longue d'accidents cérébraux graves qui amèneront rapidement la mort, accidents qui sont la conséquence du traumatisme primitif et qui sont dus à la formation lente d'un hématome sous-dural. Kohl cite un cas où la période de latence dura quatre mois ; dans son *Traité sur les accidents du travail*, Vibert rapporte un cas où la mort ne se produisit que deux mois et demi après l'accident ; Brouardel rapporte un cas où la mort eut lieu quinze mois après l'accident. On peut trouver ou non une fracture du crâne.

Lorsqu'on arrive à temps et qu'on fait le diagnostic d'hématome sous-dural, ce que permettent de faire et l'analyse minutieuse des symptômes et le chromo-diagnostic de Sicard, il faut ouvrir le crâne et évacuer le sang épanché. La trépanation doit être large. Pour la faire, il faut se guider sur le siège probable des lésions d'après ce que nous savons des localisations cérébrales ; sur la douleur provoquée par la percussion du crâne ; dans les cas récents, sur les signes locaux : œdème des téguments, ecchymose sous-cutanée.

Après l'ouverture du crâne, on ne tombe pas directement sur le foyer sanguin comme dans l'hématome extra-dural ; mais on voit la dure-mère tendue, de couleur bleu noirâtre et surtout non soulevée par les battements du cerveau. La dure-mère incisée en bas de l'ouverture, et les parties liquides évacuées, il sera souvent nécessaire d'enlever les caillots adhérents à la dure-

mère à la curette. La conduite variera ensuite suivant que l'on trouve ou non le vaisseau lésé. Si l'on trouve le vaisseau blessé, il faut le lier ; dans un cas, je pus ainsi lier une des branches terminales de la méningée moyenne. Dans le cas contraire, sans s'attarder à une recherche souvent vaine, il faut faire de la compression soit avec une mèche de gaze, soit s'il s'agit d'un sinus, avec du catgut tassé, et suturer par-dessus la dure-mère.

J. Tissot,
(de Chambéry).

Petite Correspondance de Médecine pratique

La Tremblade, le 27 août 1911,

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je lis dans le *Concours* du 27 courant un article intitulé :

La fièvre typhoïde par ingestion d'huîtres.

Présentée de cette façon, la question est de nature à faire le plus grand tort à une industrie importante, en répandant l'alarme chez les nombreux consommateurs de ce délicieux mollusque.

Il faut dire et répéter, car c'est la vérité, que l'huître par elle-même est toujours saine et bienfaisante.

Si on la plonge dans une eau contaminée, elle est bien obligée d'absorber les bacilles qui s'y trouvent ; mais elle se hâte de s'en débarrasser, dès qu'elle est mise dans son élément naturel, l'eau de mer pure.

Les huîtres provenant directement des établissements ostréicoles des rives de la Seudre (huîtres dites de Marennes), n'ont jamais donné la fièvre typhoïde, et depuis un temps immémorial, les médecins de la région conseillent leur usage dans une foule de cas où les convalescents ont besoin d'un aliment délicat et nutritif.

Dans les localités éloignées, il appartient à qui de droit de veiller à ce que les huîtres, toujours saines à l'arrivée, ne soient pas mises dans des eaux souillées par des bacilles d'Eberth et autres, car alors les coupables ne sont pas les huîtres, mais les eaux où on les a placées.

Il en serait ainsi, du reste, de tout autre aliment, dans ces conditions.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, mes sincères salutations.

Guillou,
Docteur-médecin à la Tremblade-sur-Seudre depuis 1871.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations et Formulaire de Thérapeutique Médicale (Cœur, Vaisseaux, Reins), par le Dr G-E. Papillon, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant de l'hôpital Lariboisière — 1 volume in-18 relié de 408 pages — Année 1911 ; Prix : 5 francs ; net : **4** fr. **50**, broché : **4** fr. (Direction 9, rue d'Assas, Paris et Maloine éditeur, Paris).

Faciliter au praticien pressé le libellé d'une ordonnance parfois longue, surtout quand elle doit comporter à la fois : FORMULES MÉDICAMENTEUSES, RÉGIME ALIMENTAIRE, PRÉCEPTES D'HYGIÈNE SPÉCIALE (HYDROTHÉRAPIE, EXERCICES PHYSIQUES, etc.) — lui faciliter aussi la variété dans les prescriptions successives dans une même famille ou à un même malade soumis à un traitement prolongé ; tel est le but de ce livre, où à chaque pas, dans les chapitres consacrés aux cardiopathies, se retrouve l'empreinte de l'Ecole de Potain.

Sans doute, pour faciliter les recherches et éviter les redites (certains articles, comme : « rein cardiaque », « œdèmes » auraient pu être cherchés indifféremment aux affections du cœur ou à celles du rein) ; l'auteur a simplement adopté l'ordre alphabétique comme dans un dictionnaire, chaque article présentant un nombre suffisant de subdivisions pour répondre à tous les cas que peut offrir la pratique journalière et même à certains cas exceptionnels. Ainsi on remarquera le développement important donné aux articles : *albuminuries, anémies, artério-sclérose, goitre exophtalmique, polyurie, etc.*

Ce livre en mains, le médecin sera certain de pouvoir ne formuler que des prescriptions d'application facile et d'exécution courante. Les formules éparses dans les « consultations » se retrouvent, considérablement augmentées, à la fin du livre dans un *formulaire* où ne figurent que les médicaments utilisables dans les maladies de l'appareil circulatoire et des reins (objet du livre), mais essentiellement pratique dans sa forme abrégée : à chaque médicament on trouve les indications de solubilité, de posologie, des principales formes officinales.. pas de surabondance de formules inutiles ou désuètes, mais quelques formules judicieusement choisies et d'exécution facile. Pour certains (arsenicaux, ferrugineux, etc.) le lecteur trouvera un choix considérable de formes médicamenteuses qui lui permettra de varier presque à l'infini les modes d'administration et de continuer ainsi certains traitements de longue haleine sans s'exposer à se répéter ni à lasser la patience du malade.

La question des *Régimes alimentaires* est présentée avec beaucoup de clarté et de précision, avec des exemples de menus qui seront très appréciés des malades et de leur entourage.

Les *Agents physiques* (Electricité, Gymnastique, Massage, Hydrothérapie, Repos, Exercices physiques) sont étudiés en quelques pages où, sans phrases inutiles, sont condensées les notions pratiques que tout médecin devrait posséder sur ce sujet, pour ne plus l'abandonner aux coutumiers de l'exercice illégal.

Enfin un classement méthodique des *Stations hydrominérales* françaises, avec les précisions pour chacune de l'altitude, des caractéristiques thermales intéressant les cardio-vasculaires, anémiques ou rénaux, et des indications et contre-indications, permettra au praticien de répondre à coup sûr, sans longues recherches, aux questions et aux désirs de sa clientèle.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place
(*Suite*)

Réunions de Redon et de Châteaubriant.

Ce fut la journée des déceptions.

Le Syndicat de l'Ille-et-Vilaine comprend bien l'arrondissement de Redon, mais c'est là du syndicalisme sur le papier.

En réalité, dans les régions du Morbihan, de l'Ille-et-Vilaine et de la Loire-Inférieure qui sont en rapport avec cette ville, les médecins n'ont entre eux que de vagues rapports quand il s'agit de solidarité professionnelle. Ils louvoient isolément au milieu des écueils et des pièges créés par les coteries de politique locale, par la tyrannie d'allure féodale des hobereaux ou de leurs compétiteurs en influence, par l'exercice illégal ostensiblement patronné dans un but électoral. Peu d'espoir de vivre dignement de la profession en ces pays de servage, si la fortune personnelle n'y assure pas l'indépendance.

Il semble que, devant la situation peu enviable qui leur est faite, les médecins devraient être, là plus qu'ailleurs, portés à se grouper, à se syndiquer en vue de réactions nécessaires. Eh bien ! ayons le courage de le dire, nous ne les avons trouvés que résignés. C'est ainsi qu'ils vous parlent d'encombrement, quand ils sont au nombre de 1 pour 5.000 ou 6.000 habitants, et ils nous exposent, en même temps, que tout le monde, ou à peu près, pratique la médecine excepté eux, que si un praticien s'en prend, au nom de la santé publique, aux méfaits de toutes les cornettes, il se trouve deux de ses confrères pour s'interposer en faveur de celles-ci. Et tout est à l'avenant, et nos camarades en sont à déclarer qu'*on ne pourra jamais empêcher cela* !

Châteaubriant donne cette même note discordante, quand on le compare aux autres arrondissements de la Loire-Inférieure. Savez-vous combien nous avons trouvé de confrères au rendez-vous que nous avions proposé ? La qualité était excellente et nous permet de dire que nous n'aurons pas perdu notre temps, car ceux qui vinrent seront des apôtres de première valeur, mais enfin ils étaient .... deux !

Somme toute, les syndiqués de l'Ille-et-Vilaine, de la Loire-Inférieure, du Morbihan, ont à préparer des efforts convergents pour faire pénétrer le syndicalisme en cette région déshéritée. Nos amis Bernou, Guibert, Laurens pour Châteaubriant, Gringoire et Gascon fils pour Redon, sont prêts en qualité de *correspondants* du *Concours médical* à recevoir les zélés de Vannes, de Blain, de Nantes, de Rennes qui voudront bien les aider à constituer de façon sérieuse les Syndicats de l'arrondissement de Redon et de l'arrondissement de Châteaubriant.

C'est une tâche de toute urgence.

Dr Jeanne, Dr Boudin.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

La Retraite médicale.

A la parlotte de l'établissement d'Aix-les-Bains.

Tous les confrères ou à peu près font partie de l'Amicale : seuls sont restés en dehors ceux que leur âge empêchait d'adhérer.

On a parlé, la veille, de la constitution de la Mutualité Familiale, des retraites pour les médecins et pour leurs femmes, et j'ai dû promettre de me munir des tarifs pour répondre par des chiffres précis.

Le Dr G... va se marier, il voudrait assurer à sa femme une retraite ou une pension s'il venait à mourir — quelle combinaison doit-il choisir ?

Le barème de V., donne soit un versement initial unique de 3.476 fr., soit une cotisation annuelle de 223 fr. ; mais il trouve la pension de 600 fr. un peu modeste, — s'il choisissait la retraite ?

La combinaison R. lui plaît assez : s'il est malade, il a droit à l'indemnité-maladie jusqu'à 65 ans, et, à cet âge, il aurait la pension de 1.200 fr. Sa cotisation annuelle *contre-assurée serait* de 184 fr. Pourquoi sa femme n'entrerait-elle pas aussi à R. ? la cotisation contre-assurée serait de 119 fr.

Il aurait ainsi à verser 269 fr., indemnité-maladie comprise, soit approximativement un franc par jour, et pour ce franc journalier, il serait garanti contre l'éventualité *maladie ou accident* avec la perspective, pour lui et pour sa femme, de la pension viagère de 1.200 fr., à 65 ans. La contre-assurance des versements garantit contre l'éventualité du décès de l'un d'entre eux.

C'est à cette combinaison qu'il s'arrêtera et il se fera admettre au 1er octobre prochain.

Mais il est né le 1er janvier 1877 !

Il versera la cotisation de l'année 1911, puisque sa participation sera reportée au 1er janvier de l'année courante et il fera pour lui-même trente versements ultérieurs, le dernier en 1941. En 1942 il n'aura pas de cotisation à verser, et au 1er janvier 1943, il touchera la pension de 1.200 fr. Il continuera, bien entendu, à verser la cotisation pour sa femme jusqu'à l'âge voulu.

S'il était né un jour plus tôt, le 31 décembre 1876, il aurait eu une cotisation annuelle de 194 fr. il aurait versé pour la dernière fois en 1940, n'aurait rien versé en 1941 et aurait touché la pension en 1942.

S'il était né, au contraire, en décembre 1877, rien n'aurait été modifié pour lui : il aurait payé pour la dernière fois en 1841, et aurait touché la pension en janvier 1843.

Il ne faut pas oublier en effet que l'âge d'entrée a été statutairement défini l'*âge qu'on a eu ou qu'on aura dans l'année de l'admission.* Dans une Société comme la nôtre, il est impossible de tenir compte de quelques mois de plus ou de moins, d'autant que la différence qui en peut résulter est bien insignifiante, puisque la participation est ramenée uniformément pour tous au 1er janvier de l'année de l'admission et que, comme conséquence, la 65e année se trouve uniformément ramenée aussi au 1er janvier, ce qui fait qu'on ne paie pas de cotisation dans cette 65e année.

Si le Dr G. avait donné sa préférence à la Combinaison P pour lui et pour sa femme, il aurait eu à verser annuellement 510 fr., jusqu'en 1936. En 1937, il aurait touché la pension de 1.200 fr., tout en continuant à verser, pour lui-même, pendant cinq ans 59 fr., prime correspondant à l'indemnité maladie qui ne cesse qu'à 65 ans. Il aurait naturellement continué à verser 195 fr., pour sa femme jusqu'à l'âge voulu.

Rappelons qu'en cas d'interruption de versements, il n'y a pas déchéance et que l'intéressé, s'il a fait au moins cinq versements, a droit, au moment où il atteint l'âge fixé pour la retraite, à une retraite réduite calculée selon ses versements et suivant les bases qui ont servi à l'établissement des tarifs.

Tous, ai-je besoin de le dire, ont suivi avec le plus vif intérêt ces explications personnelles données au Dr G. ; quelques chiffres modifiés, ils trouvaient la cotisation qui s'appliquerait à eux-mêmes et c'était là, pour eux, matière à sérieuses réflexions.

Je ne saurais trop engager nos correspondants à ne pas, dans les réunions confraternelles, se contenter d'un exposé plus ou moins abstrait : qu'ils prennent le cas particulier d'un de leurs auditeurs et lui fassent l'application des barèmes : ce sera une véritable leçon de choses dont les conséquences se feront rapidement sentir.

A. Gassot.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

I

Saint-Georges-sur-Cher, 27 août 1911.

Mon cher confrère,

Je viens de faire une découverte et je voudrais en faire profiter tous les praticiens, lecteurs de votre journal.

J'ai déniché tout récemment à la dernière page du *Concours* une petite information ministérielle qui m'a rendu rêveur.

C'est une toute petite information, bien modeste qui s'intitule timidement : « Arrêté ministériel pour la recherche des moyens financiers nécessaires à l'application du décret du 11 janvier 1909 sur la réforme de l'enseignement médical ? » Hum ! Qu'est-ce que c'est que ça ?

Evidemment cela ne peut pas intéresser les praticiens. Les médecins n'ont pas à s'intéresser aux questions d'enseignement *médical.* C'est une vérité qui fut proclamée solennellement à la tribune de l'Union, et désormais la chose reste acquise. Il n'y a plus que M. Lépine, avec les flics et les cipaux pour s'occuper de ces questions-là. Les médecins ont des ambitions plus hautes, et les moments qu'ils ne donnent pas à la poursuite des honoraires, ils les consacrent généreusement aux gendarmes et leur soignent héroïquement les pieds pour gagner les palmes académiques.

Il y a bien encore parmi nous quelques égarés, entre autres un certain Leredde et ce mauvais coucheur de Lafontaine, qui perdent leur temps à s'occuper de l'*apprentissage* médical et de l'avenir de notre profession ; mais ce sont là de mauvais citoyens qu'un gouvernement sage et prévoyant fera bien de surveiller étroitement. D'ailleurs, ce Lafontaine n'a-t-il pas été en prison ?

Mais aussi qu'avait-il à vouloir s'occuper, lui médecin, d'enseignement médical ? Ça lui apprendra.......

C'est égal, ce petit communiqué ministériel me tarabustait malgré tout. Qu'est-ce qu'il pouvait bien cacher sous son petit air honnête et propret ? Je me suis enquis auprès d'un confrère parisien, qui entretient des relations cordiales avec un sergent de ville, élève préféré de M. Landouzy, et ce sont les renseignements puisés à cette source si pure que je voudrais communiquer à vos lecteurs.

Ils n'ont peut-être pas encore oublié, ces chers confrères, le fameux certificat de médecine supérieure dont accoucha M. Bouchard, et les incidents qui familiarisèrent les praticiens avec l'action directe. C'est de cette époque que datent l'annexion de la Faculté de Médecine à la Préfecture de police et l'enrôlement des braves sergots comme auditeurs de nos savants agrégés. Vous vous rappelez que les étudiants n'avaient pas été gentils pour leurs condisciples haut-bottés ; les praticiens avaient fait comme les étudiants, on avait échangé des arguments frappants et le ministre d'alors, ennuyé de tant de bruit, avait remisé M. Bouchard et sa *médecine supérieure.* Depuis, on s'était beaucoup occupé des réformes de l'enseignement médical. On en avait parlé dans les Congrès des Praticiens, dans la presse médicale et la presse politique, dans les corps de garde et même au dépôt. Il y a même une espèce de Comité, dit de vigilance, issu des congrès des Praticiens, qui réclame obstinément, au nom du corps médical, la nomination d'une commission de réformes composée mi-partie de professeurs, mi-partie de praticiens et d'étudiants. Les praticiens qui sont ordinairement d'anciens étudiants, avaient formé le projet, très conforme à l'intérêt public, de signaler quelles étaient les connaissances que l'on avait oublié de leur donner à l'Ecole, et les étudiants, qui sont des consommateurs d'enseignement et de futurs praticiens, se propo-

saient de réclamer un enseignement plus adéquat à la fonction de soulager et de guérir.

Ces préoccupations avaient beaucoup étonné les ministres. Comment pouvait-il y avoir des gens assez fous pour se préoccuper de la santé publique ? C'était absolument anti-démocratique, car comme chacun sait, la démocratie fait diriger les techniciens par les politiciens: c'est le règne de l'incompétence. Mais enfin, pour avoir la paix, l'avocat momentanément chargé du ministère de la santé publique promit solennellement de « consulter le corps des praticiens » avant d'entreprendre aucune réforme. Heureusement, M. Courmont, de Lyon, veillait, et dans les bureaux du Ministère, les ronds de cuir ne dormaient que d'un œil.

Vous connaissez sans doute M. Courmont, de Lyon, président du *Syndicat des agrégés*, et inventeur d'un certificat donnant aux cantonniers qui ont suivi les cours de M. Courmont, le droit d'enseigner l'hygiène aux praticiens. Quand les deux Chambres, fatiguées d'un trop pénible labeur, se résignèrent au repos, M. le Prof. Courmont se dit que le moment de travailler était venu, et c'est de sa collaboration avec les termites de la rue de Grenelle, qu'est sorti le petit arrêté signalé par le *Concours*. Le dit arrêté signé par un ministre, pressé de manquer au mois d'août à la parole donnée le 3 juillet, ne vise rien moins qu'à fournir au syndicat des agrégés les moyens pécuniaires de saboter l'enseignement médical et de nous doter encore de quelques petits certificats destinés à fractionner la médecine, en divisant les médecins en classes de plus en plus nombreuses et distinctes. Et voyez la manœuvre : pour annihiler l'opposition de nos amis les docteurs Laurent et Reymond, à la Chambre et au Sénat, on les a fourrés dans la « Commission en quête de fonds » pour les rendre complices de cette petite comédie.

Mais tout cela, n'est-il point vrai ? n'intéresse nullement les praticiens. Ils se rendent bien compte qu'ils ne sont que des médecins de cinquième zone, et que le mandarinat avec l'agrégation au sommet est une hiérarchie nécessaire à la classification des valeurs.

Nul n'ignore que nos écrivains les plus illustres sont les *agrégés* de l'Université, que les médecins les plus compréhensifs, les plus humains et les plus désintéressés sont les adhérents du syndicat des *agrégés* de M. Courmont et que le chef-d'œuvre de peinture dont s'enorgueillissait le Louvre et dont le pays déplore la perte en ce moment, est un portrait de M. Fallières, peint par M. Bonnat de l'Institut, *agrégé* de peinture en vieux chocolat. Ce sont là des vérités incontestables évidemment, et cependant, il est encore des praticiens, au nombre desquels je me fais honneur de compter, pour qui les questions d'enseignement et d'hygiène ne se séparent pas de l'avenir de notre profession, et de l'importance de notre rôle dans la société.

Je suis de ceux qui pensent que l'Agrégation doit disparaître et qu'elle disparaîtra sûrement sous les efforts combinés des praticiens et des étudiants. La suppression de cette institution caduque est nécessaire au développement harmonieux du syndicalisme médical, et le syndicalisme porte en lui l'avenir dont nous serons toujours, envers et contre tous, les facteurs conscients et irréductibles.

Croyez bien, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments,

Dr Campinchi,
Praticien de campagne.

II

Un arrêté ministériel en date du 1er août dernier nous informe que M. le Ministre de l'Instruction Publique vient de constituer auprès de lui une commission pour l'éclairer sur la recherche des moyens financiers nécessaires à l'application du décret du 11 janvier 1909 sur la réforme de l'Enseignement médical.

L'intention est éminemment louable et la méthode aurait certainement réuni tous les suffrages, si la composition de cette commission ne nous laissait pas un peu perplexes, nous, praticiens.

Si j'ai bonne mémoire, le décret de janvier 1909, invoqué ci-dessus, fut la suite naturelle des travaux d'une commission de réforme des Etudes médicales qui siégea en 1908, avant, pendant et après le Congrès des Praticiens. Or, cette commission d'Etudes était composée d'une majorité de professeurs, doyens ou directeurs de Facultés ou Ecoles de médecine et d'une minorité de praticiens.

Il semblait même, d'après les échos que nous avions recueillis de droite et de gauche, que les praticiens désignés par le ministre pour faire alors partie de cette commission, les Jeanne, les Gassot, les Gairal, les Dignat et autres n'avaient pas fait si mauvaise figure, auprès des hautes personnalités de l'Enseignement médical supérieur ; que bien souvent même leur initiative avait provoqué des décisions heureuses ; aussi notre étonnement est-il grand, quand nous parcourons la liste des treize membres qui composent cette nouvelle commission de recherches, de n'y voir figurer aucun des praticiens qui furent appelés à siéger dans la commission d'études de 1908.

Nos excellents et très sympathiques confrères Gilbert Laurent, député, et E. Reymond, sénateur, nous excuseront de ne pas les qualifier de praticiens, malgré toutes les marques d'intérêt qu'ils ont bien voulu nous donner depuis longtemps. Ils ne sont ici que les représentants l'un du Sénat, l'autre de la Chambre des Députés, comme il est d'habitude dans toutes les commissions ministérielles.

Sur treize membres que comporte cette commission (chiffre fatidique) sept seulement, *c'est-à-dire la majorité*, sont des fonctionnaires n'ayant aucun rapport avec la médecine. Ce sont : M. Liard vice-recteur de l'Académie de Paris ; M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur ; M. Celice, inspecteur des finances ; M. Lesage, inspecteur des finances, directeur de la comptabilité au Ministère de l'Instruction publique ; M. Luquet, directeur du contrôle au Ministère des finances ; M. Generès, chef de bureau à la Direction de l'Enseignement supérieur ; M.

Verwaert, chef de bureau à la Direction de l'Enseignement supérieur.

Il va sans dire que ces hautes personnalités doivent être considérées *a priori* comme animées de l'esprit le plus large et le plus conciliant, qu'elles ne sont appelées là en si grand nombre que pour nous montrer combien l'administration a de sollicitude pour le Corps médical et pour les études qui aboutissent au doctorat. Cependant, ce bloc enfariné ne nous dit rien qui vaille et, malgré la présence, en plus des deux représentants du Parlement, de trois doyens et de l'éminent Président de l'association des membres du corps enseignant des Facultés et Ecoles de médecine, M. le professeur Courmont, j'eusse préféré de beaucoup qu'on y mît un inspecteur des finances et un chef de bureau de moins, et qu'on les remplaçât par le Président de l'Union des Syndicats médicaux et un autre praticien ayant fait partie de la commission de 1908. Voilà où eût été la logique, mais il y a longtemps qu'elle est brouillée avec toutes les administrations du monde.

Est-il possible de faire modifier en notre faveur la composition de cette commission en demandant au moins l'adjonction de deux membres choisis parmi les praticiens et en particulier parmi le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux ? Cela me semble difficile pour plusieurs raisons dont la principale est la suivante :

Dans ses nouveaux statuts, l'Union des Syndicas est bien destinée à coordonner l'action syndicale, mais en respectant l'autonomie des Syndicats. Or, dans cette question qui peut être grosse de conséquence pour le corps médical tout entier, les Syndicats médicaux n'ayant pas été consultés et ne pouvant pas l'être en raison de l'urgence de la démarche, s'il y en a une à faire, il est impossible aux délégués des praticiens d'avoir un mandat précis de leurs commettants.

Certains Syndicats et parmi eux quelques-uns groupant un nombre considérable de confrères, ont étudié la question et ont montré que point n'était besoin d'argent pour appliquer les décrets de 1909 ; qu'une meilleure répartition des ressources actuellement destinées à l'Enseignement médical permettrait cette réorganisation de l'Enseignement. Quel sera leur porte-parole au sein de la commission ? Il semble que l'Union des Syndicats médicaux aurait là un rôle de premier plan à remplir. Le peut-elle ? Si cela est possible, que la démarche soit faite au plus tôt, sinon le Corps des praticiens de France continuera à être bafoué et trompé par l'administration, comme il le fut jadis

Eh bien ! il ne faut pas que cela soit ! Qu'est-ce à dire ! Nous aurions fait trois Congrès pour nous retrouver aussi impuissants que par le passé ? Cela ne doit pas être ; il ne faut pas que cela soit ! *Caveant consules* !

Dr DELPEUT.

CHRONIQUE SYNDICALE

Deux ans de lutte syndicale à Philippeville.

Philippeville, le 18 août 1911.

Mon cher confrère,

Je vous envoie un petit historique d'une lutte entre notre Syndicat et la municipalité. C'est, sur un petit terrain, un exemple typique de ce que peut être l'action d'un groupe résolu de médecins. Si ce n'est pas trop long, publiez-le dans le *Concours* si vous jugez que cela peut intéresser nos confrères, élaguez ce qui vous paraît superflu.

Je ne parle pas de notre action politique qui a été le levier.

A 7 médecins unis, nous avons démoli un parti politique qui depuis 10 ans, était inexpugnable ici, et si le maire est venu à composition, c'est que le mois de mai approche. Nous nous garderons bien du reste de nous y compromettre. Notre situation est telle que, planant à nous 7 sur tous les partis, nous les obligeons tous à composer avec nous. *Cela nous a coûté* 20 *fr. par mois en moyenne pendant* 2 *ans* ; mais je vous assure que deux ou trois d'entre nous qui ont bonne plume s'en sont payé. En un an, nous avons fondé 3 journaux et 3 fois on nous a enlevé à prix d'or nos rédacteurs. C'est l'histoire la plus amusante qu'on puisse imaginer, et jamais nous ne retrouverons plus les heures d'hilarité passées à rédiger ensemble les articles de polémique anti-municipale !

On ne touchera plus de longtemps à un médecin dans la région. Il s'en est fallu de peu que nous n'allumions en Algérie une bagarre politique aussi intense que l'histoire anti-juive ! ! Nous avons reculé pour ne pas indisposer la haute administration qui a toujours été bienveillante, grâce à nos relations personnelles.

Bien confraternellement à vous.

Dr FÉRAUD.

Au commencement de l'année 1909, les sept médecins de Philippeville, groupés en Syndicat, décidaient de relever les honoraires des clients riches en portant pour eux à 5 fr. le prix de la visite payée jusqu'alors 3 francs par tout le monde.

Il s'agissait d'une centaine de familles sur une population de 18.000 âmes.

Dans un but de politesse, et pour éviter toute discussion ultérieure, les 7 médecins rédigeaient et signaient une circulaire qui fut imprimée et envoyée sous enveloppe fermée à chaque client, pour les avertir qu'à l'avenir ils étaient considérés comme étant de 1re catégorie et paieraient 5 francs.

Deux jours après, la ville était en émoi et on lisait sur les murs de la cité un appel à la population, invitant les citoyens à se porter en masse à la mairie pour protester contre l'odieux Syndicat des médecins.

Grande réunion à laquelle quelques personnalités politiques traînent des ouvriers, des dockers et de très rares clients à 5 francs. Discours éche-

velés et vote d'un ordre du jour mettant en demeure le maire de dissoudre l'odieux Syndicat !

Le maire prend sa plume et écrit aux deux médecins communaux d'avoir à se retirer du syndicat, s'ils ne veulent pas être remplacés dans leurs services municipaux. Nos deux confrères répondent qu'ils n'ont à rendre compte à personne de leur conduite professionnelle ; ils continuent à assurer leurs services.

Appels dans la presse politique :

« On demande à Philippeville deux médecins communaux, etc... » (air connu !)

Nous répondons par des mises en garde dans nos journaux professionnels.

Echange de nombreuse correspondance avec des confrères qui nous demandent des renseignements et repoussent du pied les offres municipales. Fin avril, débarque un pauvre bougre en motocyclette qui arrive du fond d'un département, où il vient de perdre sa situation dans un conflit médico-politique. La municipalité l'accueille à bras ouverts, lui retient ses appartements ; mais le pauvre malheureux est le fils d'un confrère ; président d'un important Syndicat, il est pris de remords, vient nous trouver à la nuit tombante et, lesté de quelques billets de cent francs, nous le réexpédions nuitamment à X. où nos excellents confrères le mettent à l'abri du besoin ainsi que sa famille.

Le lendemain, le maire et ses amis cherchent leur médecin disparu !!!

Enfin, en mai, débarque du fond de la France un phénomène se disant ancien interne de Paris : pipe à la bouche, souliers éculés, il avait l'air de trop bien faire notre affaire pour que nous y allions des 500 francs qu'il aurait pu nous demander pour reprendre le bateau. Il s'installe et le conseil municipal lui vote 3.000 francs de traitement. Nos confrères syndiqués cessent leurs services, les soins aux indigents étant désormais assurés.

Quelques jours, après arrive de Z. le second phénomène, ancien major et sur lequel nous ne tardons pas à recevoir de la part de ses confrères de l'armée amples renseignements qui nous promettent des heures agréables.

Ah ! si groupement médical fut vengé des attaques stupides de politiciens en mal d'autorité, ce fut bien le nôtre. Je n'entrerai pas dans le détail de ce que fut pendant deux ans ici l'exercice professionnel de nos deux oiseaux de passage ; notre Syndicat les a ignorés et n'a jamais voulu entrer en contact avec eux. Mais je me rappelle avoir été autrefois un adversaire résolu de l'ordre des médecins ; j'estime aujourd'hui, après l'expérience de Philippeville, après ce que nous avons vu, qu'il sera nécessaire de l'établir un jour.

La paresse et l'incurie professionnelle et sociale de l'un, les extravagances délirantes de l'autre, ont été telles que, sans nous être jamais départis de notre dignité, nous venons d'obtenir une réparation éclatante. Le maire a provoqué dans un terrain neutre, le cabinet du sous-préfet, une réunion avec les sept médecins de Philippeville ; il nous a exprimé son désir de se débarrasser de ses médecins et fait appel à notre concours ; il n'était plus question de l'odieux Syndicat ni des visites à 5 francs. Nous avons répondu que nous acceptions à condition d'organiser nous-mêmes et suivant nos vues l'assistance et l'hygiène de notre ville ; nous avons obtenu *le paiement à la visite des soins aux indigents et un relèvement très important des traitements communaux pour les services publics.* Avant la crise, il n'y avait ici que 3000 francs pour 3 médecins ; il y a aujourd'hui 6.600 francs pour 4 médecins communaux.

Il y a parmi nous des amis et des adversaires de la municipalité ; celle-ci, dans un geste bien compris, a par écrit reconnu à chacun de ses médecins la plus complète indépendance politique. Je dois ajouter qu'au cours de la crise de deux ans, deux anciens confrères syndiqués ont quitté Philippeville et ont été remplacés par deux jeunes sortant de la faculté et qui tous deux ont repoussé toute offre municipale, se solidarisant d'emblée avec nous.

Quelle force que sept médecins unis dans une cité ! Aujourd'hui que la crise est terminée, nous savons presque gré à nos adversaires de l'avoir provoquée ; elle nous a procuré les heures les plus agréables de réunions presque journalières ; nous avons entre nous des rapports plus que confraternels ; la confiance absolue, l'amitié sincère nous unissent et les échos de notre lutte locale ont retenti dans tout le département et réveillé l'esprit de solidarité endormi depuis plus de quinze ans !

Dr Féraud.

— Nous ne pouvons que féliciter nos confrères de Philippeville de leur succès. Souhaitons qu'ils aient beaucoup d'imitateurs.

« Lorsque femme veut.... » dit l'adage ! A nous de prouver : « lorsque Syndicat médical veut ».... Saluons une fois de plus l'éveil de l'énergie syndicale ; quoique certains en disent, les Syndicats se bougent, certains agissent et, avec les nouveaux statuts de l'Union, ils vont nous démontrer qu'ils sont dignes de leur autonomie, en nous apportant les preuves de leur activité et surtout de leur volonté et de leur énergie. *Quo non ascendamus.*

P. B.

SOU MÉDICAL

Séance du 24 août 1911.

Adhésions. — Le Conseil prononce les adhésions suivantes, sous réserves de la publication statutaire, des Drs :

2409 Willard, à Laons (Eure-et-Loir).
2410 Derémeaux, à Wattignies (Nord).
2412 Bureau, à Surgères (Charente-Inférieure).

— Un de nos adhérents informe le Conseil qu'il a reçu une assignation en 500 *fr. de dommages-intérêts,* une Compagnie d'assurances l'accusant d'avoir *racolé un blessé.*

Après examen du dossier, le Conseil accorde l'appui moral et pécuniaire.

— Le Dr H. apporte un jugement de tribunal civil, établissant un *lien de droit entre le médecin et le patron* qui a fait appel au praticien pour soigner un blessé du travail. En conséquence, le médecin pourrait réclamer sa note directement au chef d'entreprise, en vertu du droit commun.

Ce jugement est frappé d'appel par l'adversaire du médecin.

Le Conseil du « Sou » décide de prendre à sa charge les frais du procès d'appel.

— Le Dr L. demande l'appui du « Sou » pour poursuivre un cas d'*exercice illégal* de la médecine par un marchand ambulant de bandages.

Le Conseil estime que, dans ce cas, le délit d'exercice illégal de la médecine n'est pas juridiquement établi et qu'il n'y a que des présomptions.

Tout au plus, le Syndicat médical de la région pourrait-il envisager l'idée de poursuite pour concurrence déloyale. Mais encore faudrait-il prouver la matérialité du fait délictueux. En conséquence, le Conseil croit qu'il est prudent de ne pas engager cette affaire à la légère, tant que notre adhérent ne pourra pas nous fournir une preuve et non une présomption.

— A propos d'un *accident agricole*, un médecin ne peut se faire régler ses honoraires par l'assurance qui fait la sourde oreille.

Le Conseil considère que notre adhérent a fait crédit au patron, pour le paiement de ses honoraires, parce que le patron a demandé au médecin des certificats destinés à son assurance. Le Conseil engage donc le confrère à poursuivre, en justice de paix, blessé et patron, comme étant solidaires.

— Un médecin a soigné des blessés, victimes d'un *accident, imputable à une commune,* en vertu de l'art. 1386 Code civil (mauvais état d'une construction).

Le maire propose de payer selon le tarif de l'A. M. G.

Le Conseil pense que ce mode de paiement peut être admis, à la condition que notre confrère ait l'engagement écrit du maire de lui payer la différence entre le tarif de l'A. M. G., et le tarif syndical, selon lequel la note du médecin doit être établie.

— Le Dr L. envoie les statuts et engagements d'une *société de secours mutuels,* qui accorde à ses sociétaires un prix de visite, laissant le médecin *libre de demander un prix supplémentaire aux malades aisés.* Un litige s'est élevé, avec un client, pour le paiement de ce surplus.

Le Conseil estime qu'il n'y a aucun lien de droit entre notre confrère et la mutualité, pour le paiement de ce surplus. Il doit donc attaquer directement son client, quitte à celui-ci à se retourner en garantie contre la société, si les statuts lui en donnent le droit.

— Le Dr M. demande si l'on peut considérer comme *clinique privée les salles exclusivement payantes d'un hôpital,* dans lesquelles il soigne des malades aisés auxquels, par règlement administratif de l'hôpital, il peut demander des honoraires. Peut-il alors réclamer sa note à un blessé du travail, pour soins donnés dans cette salle payante ?

Le Conseil, se basant sur le précédent établi par le jugement de Confolens, conclut pour l'affirmative. Il engage donc son adhérent à poursuivre et le « Sou » donnera son appui pécuniaire s'il y a lieu d'aller en appel ou en Cassation.

— *Quid* pour *responsabilité pour les honoraires d'un médecin* qu'un automobiliste est venu chercher, avec sa voiture, pour donner des soins à un individu qu'il a écrasé ?

Le Conseil se décide pour l'affirmative ; le chauffeur est venu quérir le médecin, moins par un sentiment d'humanité que pour diminuer sa responsabilité, au cas où, ultérieurement, il serait déclaré responsable de l'accident.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un médecin de campagne

La nourrice infanticide involontaire.

Les lettres publiées récemment dans le *Concours* au sujet de la responsabilité des médecins, inspecteurs des enfants du premier âge, me remettent en mémoire certains incidents plus ou moins graves qui ont marqué mon exercice, à l'époque, lointaine hélas ! où je remplissais moi-même cette fonction. L'un d'eux eut un caractère suffisamment tragique pour être rappelé ici. Il me permettra de dire mon mot, de formuler mon sentiment à propos de l'admirable loi Roussel.

J'avais pris mon rôle au sérieux et je faisais le plus régulièrement possible mes visites mensuelles, dans la circonscription dont j'étais chargé. Je m'efforçais de faire l'éducation puéricole des nourrices, je vitupérais comme il convient contre le biberon à tube, mais par-dessus tout, je m'élevais énergiquement contre l'abandon momentané des enfants livrés à eux-mêmes, sans aucune surveillance, et exposés à toutes sortes d'accidents. Et je n'avais pas tort, ainsi qu'on va le voir.

Parmi les nourrices soumises à mon inspection se trouvait, en 1897, une jeune femme élevant à la fois son propre enfant et un nourrisson, confié à ses soins mercenaires. La première fois que j'allai la visiter, je trouvai les deux bambins seuls, couchés chacun dans un berceau, au milieu d'une chambre. La porte était ouverte, mais de nourrice, point. Je dois dire, pour la clarté du récit, qu'il s'agissait d'une petite ferme au milieu de la campagne, assez éloignée des habitations voisines. Après avoir fait le tour de la maison, j'appelai pendant quelques minutes, au bout desquelles la femme accourut en s'excusant d'avoir été forcée de s'absenter pour chercher du lait. Je lui représentai ce que sa conduite avait d'imprudent, et je l'en-

gageai vivement à ne pas commettre une telle faute.

Le mois suivant, et malgré mes objurgations précédentes, je retrouvai les deux petits dans le même état d'abandon. Ce ne fut qu'après un quart d'heure d'attente que la nourrice revint, alléguant encore je ne sais plus quel prétexte pour expliquer sa sortie. Cette fois, je fus plus net et je déclarai à la coupable que, si pareil fait se renouvelait, je me verrais forcé de lui faire enlever son nourrisson. Précisément, les journaux étaient pleins de l'histoire macabre d'un enfant nouveau-né dévoré par un porc, sans que personne se fût trouvé là pour empêcher cet horrible festin. Je ne manquai pas de lui citer cet exemple : « Vous verrez, lui dis-je, que vous provoquerez, vous aussi, quelque accident dont vous vous mordrez les doigts. »

Je ne croyais pas si bien dire. Quelque quinze jours plus tard en effet, on venait me chercher en toute hâte de la part de cette nourrice, et voici ce que je trouvai : le nourrisson mort carbonisé, le ventre et la boîte crânienne éclatés, les intestins et le cerveau à nu. L'enquête à laquelle je me livrai immédiatement m'apprit ce qui suit : La nourrice avait assis chacun des deux enfants dans un fauteuil devant une table, au pied de laquelle elle avait fixé l'un des montants du siège, au moyen d'une serviette roulée, tournant le dos à la cheminée toute proche, dans laquelle flambait un superbe feu de bois. Puis, à son habitude, elle était partie. Le nourrisson s'était balancé, la serviette avait glissé jusqu'à terre, et à un moment donné, le fauteuil s'était renversé, projetant le petit dans le brasier, où il avait été littéralement grillé. « Vous avais-je assez prévenue ! » me bornai-je à dire à la malheureuse nourrice, qui sanglotait toutes les larmes de son corps.

Je fis, comme c'était mon devoir, un rapport à l'Administration supérieure. La nourrice fut poursuivie correctionnellement pour homicide par imprudence. Elle attrapa, en première instance, trois mois de prison et une amende. En appel, la peine fut élevée à six mois de prison, mais le bénéfice de la loi Bérenger fut accordé à l'inculpée.

Fait qui ne surprendra certainement pas les praticiens qui me lisent et qui connaissent bien l'âme étrange du populaire, je cessai d'être appelé dans le village où ce petit drame s'était joué. Mais, chose plus incroyable, les parents de l'enfant tué dans des circonstances aussi tragiques prirent parti pour la nourrice contre moi, et pour un peu, ils m'auraient volontiers rendu responsable de ce qui s'était passé,

La nourrice à qui advint cette fâcheuse aventure était, paraît-il, de mœurs légères, et, pour rejoindre son amoureux, elle n'hésitait pas à abandonner les enfants remis à ses soins. Je l'avais prise deux fois en défaut. N'aurais-je pas dû, sans temporiser, la signaler à qui de droit, et lui faire retirer ce nourrisson, dont j'aurais ainsi sauvé probablement la vie ? Problème angoissant que ma conscience se posa souvent dans les jours qui suivirent cet accident. Elle finit par se tranquilliser. Peut-être en effet, eussé-je usé de mon droit strict en cherchant à agir ainsi. Mais c'eût été en pure perte. La loi Roussel a commis une erreur en confiant aux maires la surveillance administrative des nourrices mercenaires et les sanctions qui en résultent : délivrance ou retrait des autorisations de prendre des nourrissons à gage. Que voulez-vous qu'un maire fasse contre la femme d'un de ses électeurs ? Rien.

En cas de conflit, le maire ne marche pas. Le Juge de paix serait le magistrat tout indiqué pour remplir ce rôle. Mais on y a pas songé. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Il en est d'ailleurs de la loi Roussel comme de la loi sur l'instruction obligatoire, dont les sanctions resteront toujours à peu près lettre morte, tant qu'elles appartiendront à un tributaire du suffrage universel.

Une *autre lacune, non de la loi, mais de la* façon dont elle fonctionne, résulte de la division du territoire en circonscriptions communales alors que là, pour toutes sortes de raisons, la circonscription médicale s'imposerait.

Les communes se subdivisent en hameaux, dont certains se trouvent souvent très éloignés de l'agglomération centrale et plus rapprochés d'un groupement desservi par un médecin autre que celui qui visite habituellement le gros du rayon. Comment veut-on que ce dernier, pour peu qu'il soit occupé, perde une demi-journée pour aller inspecter régulièrement un nourrisson, dans une région lointaine où il n'a rien d'autre à faire, et cela pour les modiques honoraires *que nous connaissons ? Il appartien*drait aux Inspecteurs départementaux, qui sont des fonctionnaires, de se renseigner sur les circonscriptions médicales, qui sont assez généralement bien délimitées, et de désigner les Médecins inspecteurs en conséquence.

J'estime, comme les honorables confrères qui ont traité ce sujet avant moi, qu'un médecin ne devrait accepter le poste d'inspecteur du premier âge que s'il se sent capable d'accomplir consciencieusement sa fonction. Il la remplira, s'il y trouve son compte, c'est-à-dire si les honoraires qui lui sont alloués se montrent suffisamment rémunérateurs. C'est l'œuvre des Syndicats médicaux de poursuivre le relèvement de ces honoraires de famine. A moins que l'Administration ne crée de véritables médecins fonctionnaires, avec traitement fixe, retraite et tous autres avantages réservés à ces situations. Du train où vont les choses médicales, et avec l'encombrement que nous subissons, nul doute qu'il ne se présente alors dix candidats pour un poste. Car, il faut bien le reconnaître, toutes les lois sociales qui ont vu le jour depuis une quarantaine d'années, ont ceci de particulier qu'elles entraînent fatalement la fonctionnarisation des organismes nécessaires à leur application. Veuillent les dieux en préserver et la médecine et les médecins !

G. Duchesne.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **La vaccination anti-typhique.** — L'avis suivant a été affiché à la Faculté :

« Messieurs les étudiants qui désirent se faire vacciner préventivement contre la fièvre typhoïde peuvent s'adresser à l'hôtel-Dieu (service de M. le professeur Chantemesse).

« Les internes, externes, stagiaires bénévoles et infirmières du service ont déjà demandé et subi cette vaccination ».

— **Poste de directeur de bureau d'hygiène.** — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte à Constantine (Algérie), dans les conditions déterminées par l'arrêté municipal du 30 janvier 1911.

Traitement fixe : 3.600 francs par an, sans indemnité d'aucune sorte.

Les candidats ont un délai expirant le 29 août 1911 pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus : l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— **Luttes d'Ecoles.** — Il existe en Amérique une Association ostéopathique qui soigne les maladies, et en particulier la fièvre typhoïde et la pneumonie par les phosphates et prétend les guérir tout aussi bien que les autres Ecoles.

Cette Association vient de lancer un curieux défi à l'Association médicale américaine, à l'Institut d'homéopathie et à l'Association américaine de médecine électrique, à l'effet de savoir laquelle des quatre écoles sauvera le plus d'existences sur 800 malades qu'elles se partageront dans les hôpitaux de New-York.

Les autorités des hôpitaux dresseront la statistique des patients qui vivront, de ceux qui mourront, et le nombre de jours qu'aura duré le traitement des malades guéris.

Les sujets ne seront pas consultés. Comme ce sont des malades soignés par la charité publique, on ne croit pas devoir demander leur avis sur cette expérience. L'école qui aura sauvé le plus d'existences sera proclamée victorieuse.

— **Physiothérapie** (*Cours de vacances*). — Le cours de Physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Dausset, Degrais, Durey, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald à l'école des Hautes Etudes Sociales et dans divers hôpitaux et cliniques aura lieu du 9 au 31 octobre 1911.

S'adresser pour les inscriptions ou pour l'envoi du programme détaillé à MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

— **Concours pour cinq places d'élève interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha.** — Ce concours aura lieu le 16 octobre 1911, à 9 heures du matin, à l'hôpital civil de Mustapha.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, au plus tard la veille du jour fixé pour le concours, jusqu'à 10 heures du matin, et fournir les pièces suivantes :

1° Un extrait de l'acte de naissance ;

2° Un certificat de moralité ayant moins d'un mois de date ;

3° Un certificat de vaccination ou de revaccination ;

4° Un certificat constatant la possession de quatre inscriptions au moins prises dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine françaises ;

5° Un certificat de nomination aux fonctions d'externe au concours.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu**, Professeur : M. A. GILBERT (Cours de vacances). — *Cours de clinique pratique* et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.

Un cours de vacances, commençant le 18 septembre 1911, aura lieu le matin à 10 heures et l'après-midi à 2 heures. Ce cours comprendra 28 leçons et sera terminé en quatorze jours. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire et pourront emporter les préparations exécutées par eux. Un certificat leur sera délivré à l'issue du cours.

Droit à verser 100 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

— **Laryngologie rhinologie et otologie.** — MM. Collinet, Rabé et Blanluet, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 19 septembre 1911, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique de la Faculté, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), une série de 18 leçons, avec présentation de malades.

Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche), à 3 heures.

Les élèves seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique. — Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, mardi, jeudi, samedi, de midi à 3 heures.

Droit à payer 50 francs.

— **Service médical de colonisation en Algérie.** — Un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation sera ouvert le 13 novembre 1911, à Alger (Faculté de Médecine), à Paris (Office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des Facultés ou coles de Médecine.

Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes, qui correspondent à des traitements variant entre 3.000 et 6.000 francs.

En dehors de leur traitement et de la clientèle payante, ces médecins reçoivent une indemnité de 500 francs à défaut du logement en nature, et éventuellement des allocations fixes ou variables pour le service des infirmeries indigènes, consultations gratuites aux indigènes, vaccinations, transports judiciaires, chemins de fer, etc.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'Intérieur, 2e bureau, du Gouvernement général de l'Algérie.

Les demandes d'admission au concours devront parvenir au Gouvernement général avant le 13 octobre 1911.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 38 Dimanche 17 SEPTEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Profession médicale en Russie

(Notes de voyage)

Le mois d'août, propice aux voyages, m'a conduit en Russie, à Wilna, à Péterhof, à Pétersbourg. Bien que venu là en touriste, je n'ai pu oublier ma qualité de secrétaire de la rédaction de notre *Concours Médical,* et j'ai pensé que quelques renseignements sur la médecine professionnelle au pays d'Ostrowsky pourraient intéresser nos lecteurs. La Russie apparaît encore à beaucoup d'entre nous si lointaine ! J'ai été incité, d'ailleurs, à recueillir ces quelques notes par l'aimable accueil des confrères de la nation amie et alliée qu'il m'a été donné de rencontrer sur ma route, et en particulier de notre confrère russe, le docteur Roubanovitch, un des praticiens les plus distingués de Pétersbourg, dont le nom est très répandu dans Kamennoostrovsky. Le docteur Roubanovitch parle français avec élégance et connaît particulièrement bien la vie médicale de son pays.

Je ne dirai rien de Saint-Pétersbourg, de ses longues *perspectives* un peu tristes, de sa belle promenade aux îles Baltiques, de sa Néva majestueuse, ni de l'existence slave. Le médecin, esprit curieux et observateur, pourrait cependant trouver là matière à bien des études psychologiques et physiologiques. La vie mondaine et populaire de Pétersbourg ne ressemble guère à la nôtre ! Elle a, dans ses beautés comme dans ses côtés faibles, une nuance tantôt naïve, tantôt violente, toujours exagérée, qui la rapproche de la nature. Le climat de la capitale russe, grande ville enserrée par des canaux et par les bras multiples de la Néva, influe beaucoup, d'autre part, sur l'état

physique et moral de ses habitants. L'humidité généralement extrême de l'atmosphère, l'absence trop fréquente du soleil, même dans les très longs jours d'été, font impression sur l'état d'âme des Pétersbourgeois. Malgré ses établissements de plaisir, où la nuit entière se passe en distractions adaptées à tous les goûts (certaines de ces distractions feraient pâlir — ou rougir — nos restaurants de nuit montmartrois), je ne conseillerai pas Pétersbourg comme cure de la neurasthénie. Nombre de nos compatriotes n'ont jamais pu s'accoutumer au climat ou à la vie de cette ville, si intéressante néanmoins pour l'étranger.

J'arrive aux questions de médecine professionnelle sur lesquelles je ne veux pas m'étendre outre mesure, désireux seulement d'en donner ici un rapide aperçu — simples notes de voyage.

En Russie, comme en France, le corps médical se plaint de l'encombrement. Là, comme ailleurs, les villes — les grandes villes surtout — ont trop de médecins. Les praticiens sont nombreux en Russie, mais avec une nuance particulièrement accentuée entre l'encombrement des villes et la situation des campagnes. Les campagnes, avec leur population disséminée et pauvre, tentent rarement les jeunes docteurs. Les petites villes sont également assez délaissées. En revanche, dans les grands centres, à Pétersbourg en particulier, la pléthore médicale est intense. Tous les jeunes médecins ont les regards tournés vers les cités importantes et beaucoup sont attirés par le mirage de la capitale.

Les sociétés médicales sont nombreuses en Russie. Il existe des associations analogues à notre Mutualité du Corps médical, des Sociétés qui donnent une indemnité journalière au praticien incapable d'exercer sa profession. Elles sont, comme chez nous, sous le régime de la cotisation.

Les Sociétés de Secours Mutuels en général ne semblent pas, cependant, s'être très développées chez nos amis et alliés. Nos confrères ne sont pas, à Pétersbourg, en face de ces multiples et grosses Mutualités que nous avons en France. L'esprit slave ne s'est pas, non plus, laissé aller à porter devant les tribunaux les questions de thérapeutique et de responsabilité médicale. Il n'y a pas, d'autre part, de loi sur les accidents du travail analogue à notre loi française. Aussi, les associations médico-chirurgicales russes n'ont-elles pas, jusqu'à ce jour, abordé d'une façon catégorique la question de défense professionnelle. Les voix qui se sont élevées dans ce sens n'ont pas abouti. On ne nous a pas signalé de société russe similaire de notre Sou médical.

A Pétersbourg, enfin, chose que nos lecteurs ne trouveraient peut-être pas de leur goût, le malade fixe généralement lui-même le taux des honoraires. Il remet au médecin, pour sa visite ou sa consultation, la somme qu'il juge bon de donner — dans la plupart des cas, une somme plus faible qu'il ne conviendrait —, et le praticien, sachant que, s'il n'accepte pas, le malade ira chez le confrère voisin, refuse rarement. C'est assez le régime de la carte forcée.

Un médecin praticien se fait, à Pétersbourg, un revenu professionnel moyen de 5.000 roubles par an environ. C'est à peu près en francs (13.300 fr.) ce que gagne, *comme moyenne*, un praticien parisien, mais il faut tenir compte qu'en Russie la vie est notablement plus coûteuse (évaluée en francs) que chez nous.

J'arrêterai là ces quelques indications qui sont, en définitive, de simples notes de vacances et n'ont pas d'autres prétentions documentaires. Nous voulons, en terminant, remercier notre confrère russe, le Dr Roubanovitch, de nous avoir fourni, pour la majeure partie, la matière de ce rapide exposé.

Dr P. Lacroix.

La Responsabilité des Médecins étendue aux Magistrats.

Dans un but surtout d'intérêt général, trop souvent exposé pour que nous ayons à y revenir, la responsabilité médicale a été limitée presque toujours par la jurisprudence à la faute lourde. Le médecin ne doit pas être consacré « tabou » dans notre Société moderne.

Comme tous les autres citoyens, mais pas plus que les autres, le médecin doit être responsable de ses actes coupables. Mais si nous admettons que notre responsabilité entre en jeu quand nous avons commis une faute lourde, nous sommes en droit de réclamer qu'aucune catégorie de citoyens, quelles qu'en soient les fonctions, n'échappe à cette responsabilité.

Aussi, sans avoir à l'égard de la magistrature le moindre sentiment de défiance, sans vouloir faire œuvre subversive, nous nous associons au vœu que vient d'émettre à l'unanimité le Conseil général de l'Yonne.

« Considérant que le juge d'instruction a une latitude beaucoup trop considérable dans l'exercice du droit d'arrestation, le Conseil général émet le vœu que le Parlement vote, dans le plus bref délai, une loi réglementant les conditions de responsabilité de l'État et des juges en matière d'abus d'arrestations, faites sans indices suffisants de culpabilité ; regrettant que la prise à partie ne *soit* possible contre le juge d'instruction que si l'intention du juge a été oppressive et s'il est établi que le magistrat a prévariqué, en conséquence demande à M. le garde des sceaux d'enlever l'instruction

aussitôt qu'il lui sera signalé qu'un juge a agi avec trop de légèreté et de prendre contre lui telles mesures que de droit.

Ce vœu a été motivé par l'arrestation et le maintien pendant deux jours en prison d'un domestique accusé par une fillette de quinze ans de l'avoir violée.

La fillette fut reconnue vierge par deux médecins et avoua elle-même qu'elle avait menti. Le juge d'instruction dans ce cas avait évidemment agi avec une coupable légèreté.

Si la responsabilité des magistrats en cas de faute lourde était établie, on ne verrait pas des juges d'instruction maintenir en prison pendant quarante jours un malheureux médecin inculpé des crimes les plus fantastiques et le renvoyer avec une ordonnance de non-lieu, brisant ainsi avec insouciance l'avenir d'un homme. On ne verrait plus ajourner pendant quatre années, grâce à des influences occultes, l'instruction ouverte contre une association de malfaiteurs à la requête du Syndicat de la Seine. Nous ne pourrions plus relever dans nos colonnes les jugements ridiculement iniques que certains juges de paix, forts de leur droit de se prononcer sans appel, rendent pour assouvir des haines personnelles ou pour plaire bassement aux politiciens qui les protègent.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur Pierre DELBET

Les fractures de Dupuytren.

Je vous présente un malade qui a eu, il y a 3 mois, une fracture de jambe. Voyez l'attitude du pied gauche. Elle est caractéristique et vous permet d'affirmer la fracture de Dupuytren. La déformation est la suivante : la malléole interne fait en dedans une forte saillie ; le pied est déjeté en dehors. Vue par la face postérieure, la déformation est plus apparente encore. C'est, d'ailleurs, la règle, et, si vous voulez vous rendre compte d'un pied valgus, regardez-le par la face postérieure. Du côté externe, à 5 ou 6 centimètres audessus de la pointe de la malléole, vous apercevez une dépression, dite — depuis Dupuytren — en coup de hache. En outre, il y a une transplantation du pied en arrière.

Ceci est la déformation même de la fracture de Dupuytren. La fracture date de 3 mois passés. Pourquoi l'attitude vicieuse persiste-t-elle ? Faut-il conclure que la réduction n'a pas été faite ? C'est possible, mais non certain. En tous cas, la question est d'un grand intérêt. Nous ignorons si la correction a été complète, mais le malade nous dit que, depuis qu'il marche, la déformation a augmenté.

Nous allons chercher à savoir si la fracture est consolidée. On constate de la mobilité anormale incontestable. Il existe des mouvements de latéralité. Donc, la consolidation n'est pas effectuée. Il n'y a qu'un cal fibreux, non osseux, ce qui permet de comprendre pourquoi la déformation a augmenté ces temps derniers.

La fracture de Dupuytren est toujours grave moins cependant avec les appareils de marche que nous employons. C'est, en effet, dans la fracture de Dupuytren que nos appareils de marche donnent les résultats les *plus parfaits. Ils permettent* de considérer comme bénigne cette fracture jusque-là considérée, à juste titre, comme grave.

A quoi tient la gravité de la fracture de Dupuytren ? A plusieurs causes. La déviation du pied en dehors tend la peau au niveau de l'extrémité inférieure du tibia. La peau, à cet endroit, est menacée dans sa vitalité ; il arrive qu'elle se perfore de dedans en dehors, ou bien qu'elle s'anémie de telle façon qu'il se forme une plaque de sphacèle. La fracture devient ainsi une fracture secondairement ouverte. Je vais vous dessiner le trait de fracture. Voici la malléole péronière, l'extrémité inférieure du tibia avec la malléole interne descendant moins bas que la malléole externe. Voici l'astragale. La fracture de Dupuytren se produit le pied étant renversé en abduction. Le premier résultat du traumatisme est la fracture de la malléole interne. Le gros ligament deltoïdien qui couvre cette malléole est d'une extrême résistance et il est rare qu'il se déchire. Quand le pied est renversé en adduction, ce qui est mis en tension, ce sont les ligaments externes, beaucoup moins résistants. Aussi, quand le pied se renverse en dedans, il arrive assez souvent que les ligaments externes cèdent. L'entorse externe est, pour ce motif, beaucoup plus fréquente. Lorsque le pied se renverse en dehors, le résultat presque constant est la fracture. Personnellement, j'ai vu deux fois seulement le ligament deltoïdien céder.

La malléole interne brisée (le trait de fracture est horizontal et rase le tibia), le pied continuant à se renverser en dehors, l'astragale repousse la malléole péronière. Les ligaments péronéo-

tibiaux peuvent céder avec diastasis de cette articulation péronéo-tibiale inférieure. Dans d'autres cas, ils résistent et le péroné se brise, de telle façon que la fracture se produit obliquement. Il est classique de dire qu'elle va à 6 ou 7 centimètres au-dessus de la malléole. Ce n'est pas très exact. La fracture est toujours extrêmement oblique et c'est seulement la fin du trait de fracture qui arrive à 6 ou 7 centimètres de la pointe malléolaire. La fracture passe, en général, par le tibia ; il y a un fragment de tibia entraîné avec le péroné.

Telle est la fracture de Dupuytren. Comment vont se placer les fragments ? Le pied se renverse en dehors ; la malléole interne et le fragment péronéal le suivent. Il y a une forte déviation en dehors. C'est la déformation que vous constatez chez ce malade. Il n'existe plus de connexion entre le pied et les os de la jambe, et le pied a tendance à se déplacer en arrière, l'arrière-pied est allongé et l'avant-pied raccourci. L'axe de la jambe tombe plus en avant que normalement. Ceci est d'une grande importance. Quand le poids du corps porte sur un point où il n'est pas habitué de porter, il en résulte des troubles de statique. Ce n'est pas tout. La flexion est gênée et, le pied ne pouvant pas faire de flexion dépassant notablement l'angle droit, la marche est très troublée.

Un des dangers, ai-je dit, de la fracture de Dupuytren, c'est la possibilité d'une perforation de la peau. Si nous représentons la peau sur le schéma que je viens de tracer, nous voyons que, du fait du déplacement en dehors du pied, la peau qui recouvre la malléole interne est tendue, sa vascularisation troublée et sa vitalité menacée. Si l'on ne réduit pas la fracture, le sphacèle devient menaçant.

Un autre élément de gravité est le caractère nettement intra-articulaire de la fracture. Evident pour le tibia, ce l'est également pour le péroné, le trait de fracture péronéal étant très oblique et arrivant sur l'articulation. La fracture est donc articulaire. Le sang s'épanche dans l'articulation et il se fait une hémarthrose. Il peut même se faire un élément réactionnel.

La réduction est le plus ordinairement facile. On l'obtient d'une manière constante avec la traction continue. Pourquoi, dès lors, voit-on tant de mauvaises réductions ? Cela tient à ce que les fragments sont mal placés. Nous trouvons ici une analogie avec les fractures de la rotule. Le fragment détaché est recouvert d'un côté de cartilage, de l'autre côté de tissu fibreux, et il se produit habituellement dans la fracture de Dupuytren le même encapuchonnement que dans les fractures de la rotule. Considérons une fracture de la rotule. Le fragment supérieur, au lieu de regarder en bas, regarde en bas et en avant. La surface fracturée du fragment inférieur regarde en haut et en avant. Lorsque l'on fait une intervention sanglante, on constate que les divers trousseaux fibreux qui recouvrent la rotule ne se cassent pas nettement ; ils s'effilochent, de telle sorte qu'ils restent attenants aux fragments rotuliens de chaque côté. Ils arrivent ainsi à envelopper, à recouvrir, à encapuchonner les surfaces fracturées. Quand on incise, on n'aperçoit pas l'os, il faut avec une pince aller chercher les brides fibreuses, et les relever. Le résultat, c'est que, quoi qu'on fasse, en dehors d'une intervention sanglante, au cours de laquelle on relève ce manteau fibreux, on n'arrive jamais à mettre les os en contact. C'est un des motifs de non-consolidation des os fracturés, de non-formation de cal osseux.

Eh bien ! quand on intervient pour une fracture de Dupuytren, on trouve souvent les mêmes conditions réalisées. Du côté du péroné, la situation est moins fâcheuse, mais elle n'est pas excellente non plus. On comprend donc que cette fracture ait de la peine à se consolider par un cal osseux convenable. C'est pour cela qu'il est des cas où, après correction parfaite, on voit des malades sortir avec une jambe droite et revenir avec une jambe déviée, ultérieurement. Le cal était fibreux et, sous l'influence du poids du corps, la déformation en valgus s'est reproduite.

Voyons la mobilité chez ce malade. La flexion ne dépasse guère l'angle droit, ce qui est insuffisant. La déviation du pied est également importante. Au bout d'un certain temps de marche, des douleurs se produisent dans le pied. Les muscles se contractent pour immobiliser l'articulation et il en résulte de l'impotence fonctionnelle.

Une question d'un intérêt non moindre se pose en pareil cas. Elle concerne la responsabilité du médecin et du chirurgien. Berger ne voulait pas admettre ces déformations consécutives. Il disait que, lorsqu'on sort avec un pied qui est droit, le pied ne se dévie pas. Une telle opinion est excessive et l'on voit des pieds sortir droits du plâtre et se dévier ensuite. Notre malade est affirmatif à ce sujet. Il déclare que la déviation s'est progressivement accusée. J'ai fait moi-même des constatations de ce genre. A la radiographie, d'ailleurs, on trouve alors un cal très transparent, peu calcaire. Voici, encore, quelque chose de plus précis. Lorsqu'on est intervenu pour couper de tels cals, on a pu se contenter d'un simple bistouri, suffisant pour sectionner un cal purement fibro-cartilagineux.

Quelles conséquences tirer, pour la pratique, de l'observation de ce malade. Il nous déclare être resté 28 jours dans un appareil plâtré. On lui aurait fait, ensuite, des massages. Peut-être, est-ce à ces massages qu'il doit d'avoir conservé ses mouvements ; peut-être doit-il à cela, aussi, de ne pas avoir de cal solide. Une immobilisation de 28 jours est, à mon avis, insuffisante. Au bout de 28

jours, une fracture de Dupuytren n'a jamais un cal bien consolidé. Il faut au moins 45 jours d'immobilisation si l'on s'adresse à cette méthode, ou aux anciennes méthodes. Vous savez que nous faisons marcher nos malades sur le pied immédiatement, avec un appareil qui empêche le déplacement tant antéro-postérieur que transversal.

L'appareil comprend deux fortes béquilles descendant jusqu'au talon et s'opposant à toute espèce de déviation du pied. Depuis cinq ans environ que j'emploie cet appareil, j'ai vu bien des fractures de Dupuytren. Toutes ont merveilleusement guéri sans raccourcissement du pied, avec un axe de jambe normal, une articulation tibio-tarsienne souple, des muscles vigoureux et des tendons mobiles dans leurs gaines. Les malades peuvent travailler avec leur appareil. Dans ces conditions, on peut laisser longtemps l'appareil en place. Il permet au patient de se servir de toutes ses articulations. Peut-être ce fait que le malade marche active-t-il les phénomènes de consolidation. La circulation n'est plus la même que dans un membre au repos, l'œdème ne se produit pas. On peut laisser ainsi l'appareil 45, 50 jours.

Ici, nous sommes en présence d'une fracture vicieusement consolidée. Il y a des troubles fonctionnels graves. Je me rappelle avoir soigné une dame d'un certain âge, obèse, qui ne pouvait plus marcher avec sa fracture mal consolidée et qui demandait l'amputation.

Que faire contre cette fracture vicieusement consolidée ? Il est indiqué d'intervenir. Il est deux types d'intervention. L'une consiste à faire l'ostéotomie transversale de la jambe. On peut redéplacer le pied et le mettre dans l'axe de la jambe. C'est une opération simple et rapide. Ses résultats fonctionnels sont insuffisants, car en réalité on n'a pas changé les rapports vicieux de l'astragale. C'est une espèce de cache-misère qui dissimule la déformation.

Ce que l'on doit faire, c'est de remettre les choses en l'état où elles étaient au moment de la fracture. On repasse dans le trait de fracture, on sectionne le cal, on le résèque en enlevant toute la partie ostéo-cartilagineuse. Le pied redevenu mobile, on s'efforce de faire la réduction. Dans les cas anciens, l'opération est souvent complexe pour arriver à faire une réduction parfaite. La réduction obtenue, il faut la maintenir. J'ai pris l'habitude de la maintenir avec un enchevillement. Il donne de bons résultats quand il est fait soigneusement, après résection de tout ce qui est un obstacle à la réduction.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Albuminurie orthostatique et tuberculose.

La *Rev. Intern. de Clin. et de Thérap.* a récemment analysé un travail des Drs Lüdke et Sturm dans le *Munchener medizin Wochenschrift* sur les relations étroites de l'albuminurie orthostatique et de la tuberculose.

D'après ces auteurs, il existe une albuminurie orthostatique prétuberculeuse. Elle peut être utilisée en tant que signe avant coureur d'une tuberculisation imminente.

« Dans les cas d'albuminurie orthostatique observés par les deux auteurs, l'albuminurie était représentée par de l'englobulinurie. Très souvent, on a pu constater la présence de bacilles de Koch dans le sédiment urinaire de ces mêmes sujets. On a constaté également un abaissement de la pression intra-vasculaire.

« A noter qu'aux tuberculeux, dont les urines ne charriaient pas d'albumine, après une heure de station debout, il a suffi de faire une injection de tuberculine, à très faibles doses, pour que, dans la moitié des cas, se manifestât ensuite le phénomène de l'albumine orthostatique. »

L'ichtyol contre les furoncles

M. Bruch, de Munich, recommande l'ichtyol contre les furoncles (*Bull. Médic*). Avec l'extrémité d'une baguette de verre trempée dans ce liquide, l'auteur enduit la région du furoncle et ses environs, les poils ayant été soigneusement coupés s'il y a lieu. Par dessus, on applique un morceau d'emplâtre quelconque.

Très rapidement les douleurs se calment et le lendemain, le furoncle est mûr et se vide aisément.

On nettoie la région avec la benzine, et on renouvelle le pansement.

La caractéristique de ce procédé, en dehors de sa simplicité, est le soulagement rapide et considérable du malade après l'application du médicament.

L'accélération du travail pendant l'accouchement.

La fréquence des accouchements lents et traînants a naturellement provoqué chez de nombreux praticiens le désir de rechercher les moyens les plus efficaces pour en obtenir l'accélération.

Chez les femmes nerveuses épuisées, chez les cardiaques, chez les tuberculeuses, dans les cas d'œdème du col, d'œdème du vagin, de procidence du cordon, il y a incontestablement utilité et même urgence à abréger la durée du travail de l'accouchement.

M. R. Garipuy a récemment rappelé dans un article du *Toulouse Médical* les moyens que

les praticiens ont à leur disposition pour accélérer l'accouchement.

Les moyens médicamentaux doivent être rejetés comme inefficaces et même dangereux : ergot de seigle, quinine, sucre, rachi-stovaïnisation. — Bien plus puissants sont les agents physiques : massage, expression, bains chauds, injections vaginales très chaudes à 50°.

M. Garipuy recommande surtout l'emploi des moyens obstétricaux : écarteurs-dilatateurs de Tarnier, ballon de Champetier de Ribes intracervical ou simplement intravaginal, expression manuelle du fœtus par la paroi abdominale, bandage de corps bien serré autour de l'abdomen, depuis le bassin jusqu'à l'ombilic, enfin dans certains cas très rares, rupture artificielle des membranes.

L'expression abdominale du fœtus peut être directe ou indirecte.

L'expression directe (méthode de Kristeller) bien faite progressivement, sur le fond de l'organe, suivant l'axe du détroit supérieur, atteint le but qu'elle se propose ; elle s'ajoute à la contraction utérine, fait progresser le travail de l'accouchement. Elle peut agir seule, puisque chez certaines multipares, avec une seule contraction utérine prolongée par l'expression seule, on a pu terminer l'accouchement, arrêté à la période d'expulsion. Elle agit aussi, en exagérant la vigueur de la contraction qui devient meilleure ; pour quelques auteurs même, ce serait son principal mode d'action.

Des recherches expérimentales et cliniques, il ressort que, faite sans brutalité, l'expression est sans danger pour la parturiente et le fœtus. On doit la réserver à la période terminale. Mais on y renoncera si l'inertie est trop absolue, car la pression devrait alors être trop vigoureuse.

L'expression indirecte est celle qui est réalisée par la compression de l'abdomen par un bandage ou par les membres inférieurs de la parturiente relevés.

Enfin, l'expression indirecte par pression des cuisses de la femme, sur l'abdomen en position de la taille périnéale abrégerait la période d'expulsion, grâce à l'expression faite sur la mère et l'élargissement du détroit inférieur.

Tels sont les divers procédés, de valeur très inégale, applicables à tel ou tel moment, pour accélérer un accouchement qui traîne en longueur.

Cure d'air et d'altitude contre l'eczéma des nourrissons

M. le Dr Marfan a rappelé dans une communication à l'Académie de médecine que l'eczéma des nourrissons, si particulièrement tenace et difficile à guérir, paraît souvent influencé avantageusement par la cure d'altitude. Il cite quinze cas où l'efficacité de cette cure fut merveilleuse.

En s'appuyant sur ses multiples observations, M. Marfan croit pouvoir établir les règles suivantes :

Tout d'abord, s'il paraît qu'elle peut être employée dans toutes les formes de cette affection, elle n'est vraiment indiquée que dans les formes invétérées, avec perte du sommeil, amaigrissement et après la constatation de l'échec des traitements ordinaires.

Pour que la cure réussisse, il faut la faire à une altitude de 1.000 à 1.500 mètres. Certes, les nourrissons supportent admirablement le séjour aux grandes hauteurs, et il n'y a pas d'inconvénients à les conduire au-dessus de 1,500 mètres ; mais, pour obtenir un bon résultat, il ne semble pas nécessaire d'aller plus haut.

Il est, du reste, bien entendu que toutes les règles générales du traitement de l'eczéma doivent être observées durant la cure ; à la montagne comme à la plaine, il faut s'occuper du régime alimentaire, des troubles digestifs, et tant que l'amélioration ne s'est pas dessinée, continuer l'emploi des médications locales. Hormis l'application de ces règles, on ne fait aucune prescription spéciale concernant le séjour à la montagne, si ce n'est de laisser l'enfant dehors toutes les fois que l'état de l'atmosphère et de la température le permet.

Un séjour d'un mois à six semaines est en général suffisant pour obtenir une amélioration qui se maintient après le retour et qui permet de gagner sans incident la fin de la seconde année.

La cure d'altitude peut être faite en toutes saisons, aussi bien en été qu'en hiver ; d'après ce que l'on a observé, elle paraît être plus efficace l'hiver que l'été.

Le début de la cure peut être marqué par une apparence d'aggravation ; les parents devront donc prendre patience et attendre environ une semaine les bons effets du séjour à la montagne. Après ce laps de temps, si aucune amélioration n'est constatée, ou si, malgré une certaine amélioration, il est établi que l'enfant souffre de cette insomnie que certains sujets éprouvent aux hautes altitudes, il vaudra mieux revenir vers les plaines.

REVUE DE L'ÉTRANGER

Le traitement de l'érysipèle par l'acide phénique et l'alcool. — Le traitement du cancer par l'exposition des organes abdominaux aux rayons X. — Les cheveux de femme pour les ligatures vasculaires. — Les abcès typhiques de la rate. — Le diagnostic de la pleurésie. — Sur les hémorrhagies de la délivrance.

Le traitement de l'érysipèle par l'acide phénique et l'alcool a été préconisé dernièrement par Judd (*Centralblatt f. Chirurgie*). L'auteur conseille une application d'acide phénique concentré sur l'érysipèle jusqu'à apparition de la couleur blanche de cautérisation, suivie aussitôt après d'un lavage à l'alcool. Le traitement doit s'éten-

dre à un demi-pouce autour de la région atteinte. La démangeaison et la cuisson disparaissent aussitôt ; la fièvre doit tomber et les symptômes s'améliorer. Sur 67 cas, l'auteur ne relève que 5 insuccès. Jamais, affirme-t-il, il ne résulte de cicatrices de ce traitement, et la guérison survient à bref délai.

***

Au cours de l'année 1907, Beck a préconisé pour le *traitement du cancer* une méthode qui consiste à *exposer les organes abdominaux aux rayons X,* après éventration temporaire.

Werner et Caan ont employé ce procédé chez quatorze malades (neuf cancers *inopérables* de l'estomac, deux cancers avancés du rectum, un cancer du côlon, un cancer de la vésicule biliaire et une tumeur de l'ovaire). (*Münch Med. Wochens.,* 14 mars 1911.)

L'opération prémonitoire varie suivant les cas. Dans le cancer du pylore, on fait une incision médiane longitudinale ; on suture le péritoine à la peau par des catguts, et on attire au dehors la plus grande partie de la tumeur, libérée de ses adhérences et maintenue fixée au bord cutanéo-péritonéal par des points de suture ; puis on accole le mieux possible les surfaces péritonéales. Il est naturellement préférable de placer ces points en tissu sain qu'en pleine tumeur, dont le parenchyme est plus ou moins friable. Quand il s'agit d'une tumeur stomacale de la face postérieure, ou cachée sous le foie, l'exposition est plus pénible.

Jamais à la suite de ces interventions les auteurs n'observèrent d'accidents ou d'infection.

La plupart des malades purent quitter le lit avec un bandage compressif au bout de deux ou trois semaines ; les parties de la tumeur ou de l'estomac mises à nu se couvraient de granulations, qui commençaient à s'épidermiser vers le bord. Un malade, opéré depuis sept mois, a pu reprendre son travail sans ressentir aucun trouble de l'ouverture de son ventre.

Dans les tumeurs du côlon ou de la vésicule biliaire, il faut, disent les auteurs, attirer la plus grande partie de la tumeur au dehors, et fixer la paroi au rebord cutanéo-péritonéal. L'accolement du péritoine était si solide dans un cas que le malade put se lever au bout de trois semaines.

Dans un cas de récidive mésentérique de cancer ovarien, la tumeur fut d'abord énucléée, puis suturée à la peau.

Dans le même but thérapeutique, Werner et Caan mirent à nu deux cancers du rectum ; mais l'opération fut particulièrement pénible, car il s'agissait de cancers très étendus, adhérents au sacrum et à la vessie. Après résection du coccyx, ils attirèrent tant bien que mal la plus grande partie de la tumeur, la fixèrent, puis l'incisèrent de façon que la face interne de l'intestin et les portions ulcérées de la tumeur soient mises à nu. Les deux malades avaient déjà subi une colostomie antérieure. Un des malades, opéré depuis six mois, présente actuellement, dans la région anale, un revêtement cutanéo-muqueux normal, et il n'est nullement gêné dans la marche et dans la position assise. L'autre est mort depuis par infection septicémique de la tumeur.

En présence des résultats obtenus, les auteurs sont d'avis de continuer sur une plus grande échelle la méthode de Beck. Cette irradiation *directe* offre comme avantages une meilleure utilisation qualitative et quantitative des rayons X, un contrôle plus sûr de leur action ; elle permet d'éviter de léser les organes voisins et de causer des nécroses, des hémorragies ou des perforations. Werner et Caan conseillent de laisser assez longtemps en position les organes ainsi exposés, car les malades n'accusent aucune gêne et, d'autre part, il est nécessaire de surveiller ultérieurement l'évolution et parfois la récidive de la tumeur.

Il serait utile d'introduire une pareille méthode dans le traitement des autres tumeurs abdominales (reins, vessie, pancréas), ainsi que des tumeurs intra-thoraciques et intra-craniennes, et, *dans beaucoup de cas, on pourrait sans grandes difficultés techniques préparer chirurgicalement une intervention efficace des rayons X,* et mettre la radiochirurgie au service du traitement des tumeurs malignes.

***

Sofoteroff conseille l'emploi du *cheveu de femme pour les ligatures vasculaires.* — Son utilisation dans les autopsies d'une part, et dans l'expérimentation animale d'autre part, montre qu'il est tout à fait capable de résister à la pression intravasculaire et qu'il ne laisse suinter aucun liquide. Le cheveu doit être soumis à l'ébullition dans une solution saline, puis conservé dans la paraffine-vaseline. L'épreuve bactériologique est favorable à ce procédé. (*Centralblatt f. Chirurgie,* 1911, nº 21.)

***

Le Dr Prapping (*Münch. med. Wochens.,* 1911, nº 25) estime que si, au cours d'une fièvre typhoïde ou d'une récidive de fièvre typhoïde, apparaissent des accès de fièvre, rémittente ou intermittente, atypiques, il faut toujours penser à la possibilité d'un *abcès éberthien de la rate.* Le diagnostic doit être posé à l'aide de la douleur locale, de la tuméfaction splénique, et des manifestations qui se produisent au niveau du cul-de-sac pleural (radiographie), et aussi de la ponction exploratrice quand il est nécessaire.

Le traitement rationnel, qui donne un pronostic favorable, consiste dans l'ouverture de l'abcès.

***

Le diagnostic précoce de *la pleurésie infantile* appartient aux choses importantes, car il y va souvent de la vie de l'enfant d'avoir reconnu son empyème.

Il appartient également aux choses difficiles,



car il est parfois malaisé de distinguer la pleurésie de la pneumonie. Tout d'abord *l'auscultation* renseigne mal ; la respiration bronchique n'indique pas toujours une infiltration aiguë ou chronique du poumon ; la diminution du murmure vésiculaire n'est pas toujours un signe de pleurésie, comme on le croit généralement, l'inverse peut s'observer. La *percussion* cependant est plus précise, en ce sens qu'une matité s'étendant à *toute* la hauteur du poumon est l'indice d'une pleurésie, et non d'une pneumonie, même si la respiration est bronchique ; cependant une zone de matité plus limitée peut également déceler une pleurésie, si le liquide n'occupe pas toute la cavité pleurale.

La matité de la pneumonie n'occupe généralement qu'un lobe du poumon, et, quand il s'agit du lobe inférieur, elle dépasse exceptionnellement la ligne axillaire antérieure. Dans les cas de pleurésie partielle, la respiration est toujours affaiblie au niveau de la matité, elle n'est bronchique que s'il y a pleurésie enkystée ; c'est là une donnée importante à retenir puisque dans les empyèmes enkystés il est particulièrement indiqué d'opérer.

Quand, dans une infiltration pneumonique, une bronche se trouve obturée, le murmure vésiculaire peut isolément être diminué.

Enfin, chez l'enfant, il est impossible d'*ausculter la voix*.

De toutes ces considérations il ressort qu'une *ponction exploratrice* devient parfois indispensable au diagnostic de la pleurésie, et surtout au diagnostic de la nature du liquide.

A cet égard l'*état général* du malade et les *anamnestiques* sont aussi de première importance. Si l'empyème et la pleurésie séreuse peuvent, l'un comme l'autre, avoir un début brusque ou insidieux, déterminer une fébricule légère ou une hyperthermie marquée et rémittente, dans l'empyème seul l'habitus est pneumonique, c'est-à-dire dyspnéique ; tout au plus la dyspnée s'observe-t-elle dans les premiers jours de la pleurésie séreuse, qui a débuté brusquement. D'autre part dans la majorité des cas, l'empyème a été précédé de plusieurs jours, semaines ou mois par une pneumonie.

Si le diagnostic d'empyème ne se pose pas chez les enfants dont l'état subjectif est bon, parfois un empyème chronique peut être pris pour de la tuberculose.

Les petits malades toussent ; ils ont quelquefois des sueurs nocturnes, une fièvre rémittente, de la matité et de la respiration bronchique dans un côté de la poitrine ; ils maigrissent, et cependant il ne s'agit souvent pas de tuberculose incurable du poumon droit ou gauche, mais d'un empyème thoracique curable.

Ici apparaît la nécessité de la ponction exploratrice. La purulence du liquide éventuellement retiré de la plèvre apparaît le plus souvent à l'œil nu ; en tous cas l'examen microscopique nous dit alors s'il y a polynucléose et par conséquent présence de pneumocoques ou d'autres germes pyogènes — ou s'il y a lymphocytose — si donc la pleurésie elle-même est de nature tuberculeuse.

La *ponction exploratrice*, dit F. HAMBURGER (*Münch mediz. Wochens.*, 1911, n° 24), est une opération tout à fait inoffensive, facile à pratiquer, mais cependant parfois très mal faite. Il faut tout d'abord une seringue parfaitement étanche, munie d'une aiguille bien pointue. A l'endroit choisi, on doit toujours piquer sur le bord supérieur de la côte inférieure, piquer de suite assez profondément, et attendre que la seringue suive, ou non, les mouvements respiratoires. Si elle suit la respiration, on a la preuve que l'on se trouve dans le poumon ; il faut alors non pas retirer le piston, mais bien toute la seringue, jusqu'à ce que celle-ci reste immobile. Alors seulement on tire très lentement le piston, et l'on voit si le corps de pompe se remplit de liquide.

Si, bien qu'elle soit profondément enfoncée, la seringue ne suit pas la respiration, c'est que le poumon a été refoulé par une assez grande quantité de liquide, à moins qu'il n'y ait des adhérences du poumon à la paroi thoracique.

En l'absence de tout résultat positif de la ponction, on peut affirmer qu'il n'existe aucun exsudat, sous la réserve que, dans les cas où la clinique rend vraisemblable l'empyème, on aura employé une canule assez grosse pour éviter que des bouchons de fibrine assez épais ne soient venus en obturer la lumière.

***

Les *hémorrhagies de la délivrance* constituent une grave complication de l'accouchement ; elles sont dues soit à une anomalie de la délivrance (retardée ou incomplète), soit à l'inertie utérine, et même à l'atonie pure. Pour les éviter, les accoucheurs ont préconisé, pour le traitement du post-partum, les méthodes les plus différentes — depuis la « méthode par traction et expression » des Français, jusqu'à la méthode expectative de Dublin.

C'est à ce dernier procédé que se rallie le Dr F. HEIMANN, et c'est à lui qu'il attribue l'absence d'accidents au cours de 20.000 accouchements faits à la Clinique de Breslau, sans qu'on ait été obligé de recourir au tamponnement ou à la dislocation de l'utérus, aux injections d'adrénaline, même poussées dans la musculature utérine pour les cas graves (Neu), à la compression temporaire de l'utérus par la méthode de Momburg.

A la Clinique de Breslau les procédés usuels ont eu constamment raison des hémorrhagies même les plus graves ; on faisait toujours une injection d'ergotine en même temps qu'on massait l'utérus ; si le sang ne s'arrêtait pas, on pratiquait une injection intra-utérine chaude, et parfois froide dans quelques cas exceptionnels : toujours l'hémostase a été obtenue.

Heimann estime que ces résultats remarquables sont dus à la stricte observation de la méthode expectative au moment de la délivrance. (*Münch mediz. Wochens.*, 1911, n° 24.)

G. F.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

Après une hématémèse :

Repos absolu au lit.

Ballon rempli de petits fragments de glace sur la région de l'estomac en interposant une couche de flanelle.

Potion avec 1 ou 2 gr. de chlorure de calcium.

Injection de 1 cc. d'ergotine Yvon.

Injection d'un demi-centigramme ou d'un centigramme de morphine.

ou :

Administrer une des pilules suivantes toutes les heures :

Extrait thébaïque	0 gr. 01

Pour 1 pilule, n° 20.

Faire prendre quelques fragments de glace. Diète absolue durant deux ou trois jours. Puis lavements alimentaires après lavement évacuateur :

Peptone	30 gr.
Lait	120 gr.
Jaune d'œuf	n° 1
Laudanum	V gouttes.

ou :

Peptone	20 gr.
Poudre de viande	15 gr.
Jaune d'œuf	n° 1
Bouillon dégraissé	115 gr.
Laudanum	V gouttes.

Ces lavements seront donnés tièdes et lentement avec une sonde de Nélaton en guise de canule.

Si le lavement n'est pas toléré, donner du lait écrémé ou du babeurre en petites quantités à la fois et froid.

En cas d'hémorragies graves : injections de sérum physiologique.

En dehors des hématémèses :

Régime lacté absolu.

Si le lait n'est pas très bien toléré, lui adjoindre un paquet, de la poudre :

Hydrate de magnésie	1 gr. 50
Bicarbonate de soude	1 gr.
Lactose	1 gr.
Sous-nitrate de bismuth } Carbonate de chaux }	ââ 0 gr. 80
Codéine	0 gr. 005

pour un paquet, n° 12.

ou avant la prise de lait, donner III à IV gouttes, dans un peu d'eau, de :

Solanine en dissolution dans q. s. d'acide sulfurique dilué	0 gr. 10
Ergotine	1 gr.
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Picrotoxine	0 gr. 01
Eau de laurier cerise	12 gr.

de suite après le lait prendre délayé dans un peu de lait ou d'eau un paquet :

Hydrate de magnésie } Bicarbonate de soude }	ââ 4 gr.
Lactose } Carbonate de chaux précipité }	ââ 6 gr.

p. 1 paq. n° 12. (VIRÈS).

Pour modifier l'ulcère :

Nitrate d'argent	0 gr. 20 à 0 gr. 40
Eau distillée	120 gr.

1 c. à s. 3 fois par jour. Augmenter progressivement la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 40.

(BOAS.)

Recourir au pansement bismuthé :

Sous-nitrate de bismuth } Craie préparée }	ââ 10 gr.
Eau bouillie	100 gr.

A prendre par cuillerées à soupe dans la journée. (SOUPAULT).

On peut avec avantage remplacer le sous-nitate de bismuth par le carbonate de bismuth.

Pour calmer la douleur. — Si les paquets au bismuth ne sont pas suffisants donner :

Teinture de jusquiame } — de chanvre indien } — de belladone }	ââ 2 gr.

X à XV gouttes 3 fois par jour dans un peu d'eau.

ou :

Exalgine	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 03
— d'héroïne	0 gr. 01
Sirop de belladone	20 gr.
Eau chloroformée } Eau de fleurs d'oranger }	ââ 50 gr.

Régime. — Une fois le régime lacté maintenu durant 15 à 20 jours, essayer les potages au lait avec tapioca, farine de riz, crème d'orge, puis des œufs peu cuits, des panades, des purées de légumes féculents bien panées. Ne pas permettre les viandes blanches avant six semaines, et les viandes rouges avant deux mois.

J. NOIR.

PÉDIATRIE

Sur le diagnostic de la tuberculose du nourrisson.

Il n'est pas de diagnostic plus difficile et plus délicat que celui de la tuberculose du nourrisson. Le petit malade, en effet, n'expectore pas spontanément ; il se laisse mal ausculter ; et de plus, cette infection est chez lui polymorphe.

I. — *Formes chroniques ou subaiguës.*

Les formes cliniques de la tuberculose du nourrisson sont souvent des plus déroutantes.

Il arrive parfois de rencontrer des enfants d'un aspect superbe, hauts en couleur, adipeux, qui, un beau jour, présentent une méningite tuberculeuse, tributaire d'une infection chronique, le plus souvent insoupçonnée. A côté de ces formes florides de bacillose aux surprises décevantes, il existe aussi des formes absolument intenses, se révélant tout à coup par des accidents aigus, rapidement mortels. D'autres bacilloses larvées du nourrisson se manifestent encore par des polyarthrites déformantes.

Cependant, certains nourrissons présentent un facies et un habitus extérieur qui, à eux seuls, mettent les praticiens dans la bonne voie. Comme le dit le Dr Tixier (*La Pédiatrie pratique,* 5 juin 1911), ce sont ces enfants aux téguments et aux muqueuses pâles, aux veines cutanées prononcées, au système pileux anormalement développé, dont les yeux tristes, à l'expression trop intelligente, sont ombragés par de longs cils ; ils ne se soucient guère de jouer comme les enfants de leur âge, et il faut se méfier de cette précoce « sagesse exemplaire », si bien décrite par Hutinel ; elle cache le plus souvent une tuberculose chronique.

Dans tous les cas, quand certains indices font soupçonner une tuberculose latente, il est nécessaire de procéder à l'examen systématique de tous les organes.

Le *ventre,* augmenté de volume, moins gros cependant que dans le rachitisme, présente une coloration collatérale. Le *foie* est d'habitude modérément augmenté de volume. La *rate* beaucoup plus tuméfiée mesure 7, 8 ou 9 centimètres sur la ligne axillaire ; cependant, on ne doit pas oublier que pareille hypertrophie se rencontre aussi dans le rachitisme, le paludisme, et surtout dans la syphilis. L'*intestin* est difficile à examiner, en raison de la défense de la paroi ; cependant les dimensions de l'abdomen sont anormales. Dans la *poitrine,* dont l'auscultation est délicate, on découvre dans quelques cas des râles de bronchite des plus mobiles et des plus variables. Parfois seulement l'examen du *médiastin,* de la zone trachéo-bronchique, révèle une inégalité de la respiration, au niveau de la racine des bronches ; ces deux derniers signes sont en général peu caractéristiques ; cependant s'ils coïncident, si en outre on perçoit des râles muqueux fixes, éclatant sous l'influence de la toux en un point du poumon, on diagnostique une tuberculose probable du médiastin et du poumon, en un mot une bacillose ganglionnaire. Nous ne parlerons pas de la broncho-pneumonie ou même des cavernes, dont la constitution ne soulève aucune difficulté. Les *adénites périphériques* du cou, de l'aisselle, de la région inguinale ne sont pas exclusivement propres à la tuberculose (syphilis, pyodermites du nourrisson) ; mais elles prennent une grande importance du fait de leur association à d'autres signes rationnels de l'infection par le bacille de Koch. D'autre part, si la progression du *poids* du sujet n'est pas normale, si, *indemne de tout trouble digestif,* « il pousse mal », on doit penser à la tuberculose. Quant à la *température,* il faut savoir que les tuberculeux apyrétiques sont nombreux dans les deux premières années de la vie.

Il existe cependant un moyen détourné de provoquer une ascension thermique démonstrative, c'est l'injection de sérum, dite physiologique, mais cette méthode n'est pas exempte de danger, car elle peut parfois déterminer des accidents aigus graves, tels que la méningite.

Pour ce qui est des *crachats,* que déglutissent les nourrissons, un lavage de l'estomac pourrait nous les procurer, et parmi les mucosités ainsi extraites artificiellement, nous trouverions peut-être quelques bacilles de Koch ; mais le fait serait rare, puisque le plus souvent on se trouve en présence de tuberculoses fermées.

Une autre recherche, plus caractéristique et plus précieuse, dit Tixier, est l'*épreuve de la tuberculine,* sous la forme de *cutiréaction.*

Si cette réaction ne paraît pas toujours spécifique chez les adultes et chez les enfants un peu grands, il n'en est pas de même chez le nourrisson.

On emploie une préparation contenant 1 centimètre cube de la solution mère de la tuberculine à 1 p. 100 de l'Institut Pasteur, noyée dans 49 centimètres cubes de sérum à 7 g. 50 pour 1000, et de cette préparation on inocule une à deux gouttes dans le derme au moyen d'un scarificateur analogue au vaccinostyle. Quand nulle modification locale se produit, il est seulement permis d'« espérer » que l'enfant n'est pas tuberculeux ; on conserve un doute. Si, au contraire, il se forme, au niveau de la piqûre, un halo rouge, une tuméfaction œdémateuse, on peut, s'il s'agit bien entendu, du nourrisson, affirmer à coup sûr qu'il est en possession de bacillose. Cette épreuve à déconseiller s'il s'agit d'adultes ou d'enfants grands, est, dit Tixier, des plus recommandables en matière d'examen des nourrissons.

La *radioscopie* est capable de déceler une adénopathie médiastine, mais ne faisant pas connaître la nature de cette adénopathie, elle ne fournit qu'un signe important de présomption en faveur de la tuberculose.

II. — *Formes aiguës localisées ou généralisées*

Elles surviennent d'emblée, ou bien au cours d'une tuberculose latente.

a) L'enfant est anorexique ; il rend des selles mélangées, diarrhéiques souvent. Il a une toux quinteuse, creuse, une dyspnée permanente, un pouls rapide ; il maigrit, fond à vue d'œil et présente une température de 37°5 le matin, de 39° le soir.

Eh bien ! c'est à la *glande hépatique* et au *système nerveux* qu'il faut s'adresser plus particulièrement pour surprendre la diffusion du germe tuberculeux dans l'organisme, la granulie aiguë.

Certes, le ventre est très sensible, il offre de la submatité à la percussion, la rate est augmentée ; mais surtout le *foie est hypertrophié et douloureux.* Ce signe, Hutinel le recherche de parti pris chez le nourrisson tuberculeux pour prévoir ou reconnaître la diffusion de l'infection.

Quant au *système nerveux,* on trouve souvent les réflexes dissociés, un certain nombre d'entre eux restant normaux. Les convulsions, la raideur des membres, la contracture de la nuque,

fournissent certainement des éléments diagnostiques et pronostiques plus importants que le poumon, où l'on note simplement des râles muqueux mobiles.

Ces considérations s'appliquent à la *forme aiguë généralisée de bacillose, fatalement et promptement mortelle* ; des sueurs profuses couvrent le corps du petit malade ; la cyanose s'accentue de plus en plus, la mort survient dans le coma.

b) Une autre forme, *curable* celle-là, est la *typho-bacillose*. Elle se manifeste par un état fébrile d'une durée de 15 à 20 jours ; un état de prostration, rappelant à s'y méprendre l'état typhique ; une accélération du pouls des plus marquées ; une albuminurie accentuée, et parfois des symptômes de localisation pulmonaire ou cérébrale, plus rares néanmoins chez le nourrisson, que chez les sujets de la seconde enfance.

Au début, avant l'apparition des signes de diffusion observés au cours de la granulie ou de symptômes de localisation, il est difficile de différencier la typho bacillose de la forme précédente ; cependant on n'y relève aucune perturbation du système nerveux, aucune douleur à la pression du ventre, du foie.

Ajoutons que chez le nourrisson et jusqu'à l'âge d'un an, la fièvre typhoïde est des moins communes.

Dans certaines contrées, le nourrisson est sujet à des accès de fièvre intermittente, à des irrégularités thermiques, qu'il faut savoir attribuer au paludisme et non à une bacillose aiguë. On ne confondra pas non plus avec cette infection les adénoïdites aiguës, les bronchites tributaires d'une poussée de dentition.

c) Les *formes localisées* de la tuberculose aiguë sont peu communes au-dessous de 2 ans ; on rencontre surtout les formes diffuses de la maladie. Cependant on peut observer l'*adénopathie du médiastin*, et plus rarement la *péritonite bacillaire*.

Enfin, la *méningite tuberculeuse* n'est généralement précédée par aucune convulsion, par aucune tétanie (Lesage et Abrami). La localisation encéphalique s'annonce par un état d'indolence contrastant avec l'habitus antérieur du nourrisson. Il somnole, tient son regard fixe, et en même temps maigrit d'une façon très évidente. Cette perte de poids associée à la propension au sommeil doit faire présager un syndrome méningé, qui est attribuable à la tuberculose en l'absence de toute étiologie pneumococcique, diplococcique, ou de toute gastro-entérite. L'hypertension du liquide cérébrospinal, sa lymphocytose, sa richesse en albumine et en fibrine, mais surtout la cuti-réaction à la tuberculine viennent affirmer la nature tuberculeuse de l'infection.

***

Même dans les formes curables, le *pronostic* de la tuberculose du nourrisson est toujours grave, car le germe infectieux est toujours prêt à se généraliser dans tous les organes.

Quant au *traitement* curatif, il est inefficace. On ne peut que s'efforcer d'empêcher l'éclosion de la tuberculose chez le nourrisson par une prophylaxie sévère, qui ne craigne pas, si ses ascendants sont tuberculeux, de l'arracher, dès la première semaine de son existence, à un milieu tout prêt à la contaminer.

Dr Fiser.

REVUE DE NEUROLOGIE

Le nerveux et le mental.

M. le Dr *Bérillon* a récemment fait paraître dans la *Revue de psychothérapie* un travail sur la différenciation nécessaire du nerveux et du mental, que nous demandons la permission de recommander à nos lecteurs.

Le nerveux doit être absolument séparé du mental. quoique souvent on éprouve au premier abord une certaine difficulté à préciser les caractères distinctifs de l'un et de l'autre.

« Comme toujours, le diagnostic de l'affection principale sera établi par les antécédents héréditaires ou personnels, les commémoratifs, les réponses du malade et surtout par l'étude minutieuse des symptômes qu'il présente. Mais la qualification de mental ou de nerveux appliquée à un état pathologique résulte le plus souvent d'une impression personnelle qui se dégage de l'attitude, de la physionomie, des gestes, de l'*habitus* extérieur, de l'aspect et de la manière d'être générale du malade.

« La physionomie du nerveux, très mobile, varie selon les impressions du moment. Chez le mental, le *facies* conserve en permanence des signes dont la fixité, par leur seul aspect, suffit au diagnostic, même dans les cas où la psychopathie n'est pas accentuée. Ce n'est donc pas sans raison que Morel a pu affirmer l'existence d'un *masque de l'aliénation mentale*.

« Il sera quelquefois difficile d'exprimer pourquoi vous inclinez à ranger tel malade dans la catégorie des nerveux et tel autre dans la catégorie des mentaux ; votre opinion correspondra cependant à une réalité tangible.

« C'est que les troubles nerveux et les troubles mentaux sont constitués par des tendances opposées et procèdent de causes très différentes. D'une façon générale, on peut dire qu'en ce qui concerne le nerveux, ces causes sont plutôt *extrinsèques, accessoires, passagères, locales*, tandis que chez le mental, ce sont plutôt les causes *intrinsèques, inhérentes, prochaines, prédisposantes* et *générales* qu'il convient d'incriminer.

« Si le nerveux donne l'impression du *superficiel*, du *fonctionnel*, du *transitoire*, de l'*immatériel*, c'est, au contraire, la notion du profondément *enraciné*, de l'*organique*, du *définitif*, de l'*indélébile* qui se dégage du mental.

« On retrouve entre le nerveux et le mental la différence qui sépare le *physiologique* de l'*anatomique*, l'*accidentel* et l'*occasionnel* de l'*acquis* et de l'*héréditaire*.

« On pourrait retrouver dans l'étiologie du nerveux l'influence de l'*éducation*, des *influences*

sociales, des *habitudes individuelles familiales* ou *collectives*. Les causes du mental devront être plutôt rattachées à l'*hérédité*, à l'*évolution organique* et aux *diathèses pathologiques*.

« Chez le nerveux, l'apparition des troubles et des accidents peut trouver une explication dans les causes *déterminantes communes* que les anciens désignaient sous le nom de *circumfusa, applicata, ingesta, excreta, acta, gesta* et *percepta*. Diverses causes spécifiques peuvent également être invoquées pour en expliquer l'apparition. Chez le mental, ce sont les causes *prédisposantes individuelles* qui exercent l'influence prépondérante dans l'éclosion des troubles. Au premier rang de ces causes se trouvent les aptitudes conférées par l'hérédité et qui constituent la prédisposition organique.

« La distinction du nerveux et du mental pourra, en clinique, résulter de la minutieuse observation des symptômes. La tâche serait cependant souvent très difficile si le clinicien n'appelait à son aide le secours de l'examen psychologique.

« Les facultés intellectuelles ont comme principale utilité d'améliorer le sort de l'individu et de le protéger contre les dangers qui peuvent menacer sa santé ou son existence. L'intelligence est donc, avant tout, une fonction de défense. C'est là son rôle le plus important et le moins discuté. Chez le mental, cette fonction de défense est toujours plus ou moins altérée et il est constant que, loin d'utiliser son intelligence pour rendre sa situation meilleure, le malade touché dans la sphère mentale ne néglige aucune occasion de se nuire à lui-même, quand il ne nuit pas aux autres.

« En résumé, le nerveux saisit d'une main plus ou moins vigoureuse la perche qui lui est tendue, mais il la saisit. Le mental la dédaigne ou la repousse.

« La conservation ou l'abolition de l'instinct de conservation fournissent donc un des caractères différentiels les plus marqués entre le nerveux et le mental.

« Il y a encore d'autres différences psychologiques. Elles se rattachent à la disposition plus ou moins marquée que présente le malade pour la sociabilité. La différence qui sépare le nerveux du mental consiste essentiellement dans l'inégalité de leur pouvoir d'adaptation au milieu social. Lorsqu'il a la perspective d'y trouver le repos et les soins dont il a besoin, le nerveux ne manifeste aucun ennui de vivre, en communauté, dans des sanatoria ou des maisons de santé. Ce ne sera que contraint et forcé que le mental subira la fréquentation de ses semblables.

« Enfin, fait capital, le nerveux n'est point arrêté dans son évolution mentale. Il la poursuit, il est vrai, avec des soubresauts et des heurts. Mais alors même qu'un ralentissement plus ou moins accentué résulte de ses troubles, il n'en continue pas moins sa marche en avant. Le mental n'évolue plus. Dans les cas les plus favorables, il demeure stationnaire, figé en quelque sorte dans l'immobilité. Plus gravement frappé, il incline à la régression mentale et revient à son point de départ, n'ayant parcouru qu'une étendue plus ou moins longue de son étape évolutive.

« L'aptitude à se perfectionner et à acquérir des connaissances nouvelles persiste chez le nerveux. Elle est abolie chez le mental, et l'on sait que l'arrêt dans le pouvoir de progresser ou d'acquérir, aussi bien au point de vue biologique qu'au point de vue social, est le signe fatal auquel on reconnaît le commencement du recul ou de la déchéance.

« Une opposition de mots me suffira pour exprimer une des tendances contraires par lesquelles se différencie le nerveux du mental et je dirai : le nerveux est toujours plus ou moins malléable, c'est-à-dire *maniable* ; le mental est toujours plus ou moins irréductible ou systématisé, c'est-à-dire *maniaque*.

« La conception des deux types, le nerveux et le mental, correspondant chacun à une entité morbide de nature et d'origine différentes n'est pas une simple vue de l'esprit. Elle se dégage nettement, au contraire, de l'observation journalière. Le *névropathe* et le *psychopathe* sont les représentants de deux espèces nosogéniquement dissemblables :

« *Le névropathe est troublé dans ses fonctions, le psychopathe l'est dans ses instincts.*

« On conçoit, dès à présent, que des tendances si opposées soient justiciables de médications et d'interventions psychothérapiques différentes. La psychothérapie, dont le nerveux sera justiciable devra être active, rapide. Utilisant les ressources que présente une malléabilité suffisante, elle pourra aboutir à une rééducation complète et à une guérison définitive.

« La psychothérapie applicable au mental s'inspirera de nécessités différentes. Elle devra s'efforcer de tirer le meilleur parti des fonctions conservées.

« Elle sera avant tout une œuvre d'éducation lente et patiente, visant à la réadaptation du malade au milieu social, cultivant et améliorant sa sociabilité et, faute d'éléments très utilisables se résignant à des résultats relatifs et incomplets.»

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les enseignements des statistiques

Les statistiques, qui sont des personnes fort sèches, mais néanmoins d'une éloquence très instructive, nous apprennent que la diarrhée infantile a causé, dans la semaine qui vient de s'écouler 66 décès de plus que la semaine précédente, chez les enfants de 0 à 1 an, et que la moyenne de ces deux semaines — 107 — est de plus de trois fois plus élevée que la moyenne ordinaire, — 34.

On avait pu croire que les chaleurs sénégaliennes dont juillet et août furent si prodigues envers nous allaient se tempérer et se rappro-

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces différents imprimés sont envoyés franco au prix de :

Les 50..................	1 fr. 50	Les 500...............	10 fr. »
Le 100..................	2 fr. 50	Les 1000...............	15 fr. »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix de médecin. Prix franco : les 50, 3 fr., le cent, 5 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires.) **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront le mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 francs le cent.

Repos hebdomadaire

Ces imprimés destinés à être remis aux clients avec tous envois de notes, lettres, etc., afin de vulgariser le repos hebdomadaire relatif du médecin, sont envoyés franco au prix de 1 fr. 50 le cent ou 1 fr. les cinquante.

Notes d'honoraires ordinaires

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs des notes d'honoraires ordinaires, dont le modèle se trouve à la page 182 de notre Agenda.

Prix : 2 fr. 50 le cent ; 10 francs les 500 ; 15 fr. le 1000.

Adresser les commandes accompagnées du montant à l'Administrateur du « Concours Médical », 132, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

cher de la normale. Cruelle désillusion ! Le thermomètre, qui semble avoir pris goût aux acrobaties auxquelles il se livre depuis le commencement de l'été, s'est repris à jongler avec les altitudes invraisemblables et se tient de nouveau à des 34 et 35°, comme si cela ne nous coûtait rien. Or, cela nous coûte au contraire énormément, en toutes choses en général, et en vies humaines à peine écloses en particulier. Car, si l'hiver est un tueur de pauvres gens, l'été n'épargne pas les tout-petits, et les fauche dans leur fleur avec une ardeur singulière.

Il est bon de rappeler ici que, lorsqu'elle est combattue en temps, la diarrhée infantile, de même que la gastro-entérite qui lui succède ou la complique souvent, est parfaitement curable. Les règles du traitement ont souventes fois été exposées dans ce journal. Elles sont cependant de celles qui méritent d'être répétées à satiété, parce que, scrupuleusement suivies, elles permettent de sauver un nombre incalculable de jeunes existences.

Ces règles dont d'ailleurs d'une simplicité enfantine, c'est bien le cas de le dire. Les voici sommairement résumées :

Dès qu'un nourrisson élevé au biberon, — ce sont les plus touchés et de beaucoup, — présente des troubles intestinaux, que ses évacuations alvines se modifient en quantité et en qualité, que la fièvre s'allume, que les douleurs coliquatives le tordent et l'épuisent, il faut le soumettre immédiatement à la *diète hydrique*, pratiquée de préférence avec la Reine de Vals. On utilisera, cela va sans dire, des biberons et des tétines soigneusement *ébouillantés et rincés* avec cette même eau minérale, dont on abreuvera largement le petit malade, mais d'une façon régulière, et cela pendant douze, vingt-quatre, trente-six heures au maximum ; après quoi, on sera agréablement surpris de constater un amendement rapide de tous les symptômes morbides, l'apaisement des coliques, la diminution des selles, le retour de leur aspect compact, d'un beau jaune d'or, etc.

On tentera alors la reprise de l'alimentation lactée en ajoutant une cuillerée à soupe de lait dans la première prise d'Eau de Vals, deux cuillerées dans la seconde, et ainsi de suite en augmentant d'une cuillerée à soupe chaque fois, jusqu'à ce qu'on ait atteint le coupage par moitié auquel on se tiendra le temps nécessaire pour acquérir la certitude que tout est bien et définitivement rentré dans l'ordre.

S'il s'agit d'un nourrisson élevé au sein, on appliquera la diète hydrique de la même manière ; puis, on tentera la reprise du sein, en faisant précéder et suivre chaque tétée, bien dosée, d'une cuillerée à café de Reine de Vals.

Le succès constant de cette méthode, qui a été minutieusement réglée, après de nombreuses expérimentations, par notre excellent confrère, le Dr A. Gassot, s'explique par les propriétés bien connues de la Reine de Vals, digestive, eupeptique, reminéralisatrice, diurétique et alcalinisatrice du milieu intestinal.

Remarque importante : il faut n'utiliser que de l'Eau fraîchement embouteillée et ne recourir jamais à une bouteille en vidange.

Ce procédé, qui a fait ses preuves, est le meilleur moyen de lutter contre les effets pernicieux de la grande chaleur sur les nourrissons, et de faire redescendre les statistiques à leur moyenne habituelle.

Dr E. D. Gaston.

Petite Correspondance de Médecine pratique

Traitement simple et pratique de la gale.

Comment, en villégiature et à la campagne, se débarrasser de la gale ? Les bains et la pommade d'Emmerich ne sont pas là d'un usage facile. Un mot de réponse s'il vous plaît. Merci d'avance.

Réponse. — Nous nous souvenons d'avoir lu quelque part que le pétrole (l'huile lampante) qui réussit parfaitement dans la phtiriase, est un bon remède de la gale. Il suffirait d'en imprégner un maillot ou une chemise, un caleçon, des bas et des gants et de rester ainsi vêtu durant trois jours. En prenant garde de ne pas transformer le malade en torche vivante par l'approche d'un foyer incandescent, c'est un procédé thérapeutique facile à appliquer et inoffensif.

On peut encore faire faire matin et soir des applications de la pommade suivante (Brocq) qui *a l'avantage de ne pas irriter la peau.*

Baume du Pérou	3 gr.
Onguent styrax fraîchement préparé	3 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Vaseline	àà 10 gr.
Lanoline	

La guérison des verrues.

On nous demande de quelle façon on peut se débarrasser des verrues. Deux moyens nous ont été tour à tour efficaces : le chaud et le froid.

Le chaud consiste à cautériser la verrue par des attouchements successifs avec la pointe du thermocautère ; on cesse dès que le patient commence à sentir vivement la brûlure après que la région superficielle de la verrue a été détruite par la cautérisation d'ailleurs indolente. Ce procédé simple, toujours efficace, est peu douloureux ; nous l'avons appliqué même à de jeunes enfants sans les faire vraiment souffrir.

L'usage du froid consiste à congeler la tumeur verruqueuse durant une minute environ au moyen de chlorure de méthyle ou de chlorure d'éthyle. On répète la congélation tous les deux jours.

BIBLIOGRAPHIE

Les applications pratiques du laboratoire à la clinique. *Principes. Techniques. Interprétations des résultats*, par E. AGASSE-LAFONT, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine ; avec préface de M. le professeur G. HAYEM. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in 8 écu, cartonné, avec 254 figures, dont 109 en couleur et 4 planches en lithographie : 10 fr.

Ce livre est destiné à mettre à la portée de ceux qui ne sont pas encore initiés aux travaux de laboratoire tous les procédés d'une application courante, facile et sûre pour le diagnostic.

L'auteur s'est efforcé de décrire dans un texte aussi clair que possible, accompagné de très nombreuses figures, dont la plupart en couleurs, soit les techniques délicates (ponction lombaire, étalement du sang, ensemencement d'un produit suspect, etc.), soit l'aspect macroscopique et surtout microscopique des éléments qui sont décrits (parasites, microbes, cellules, etc.)

L'ouvrage se divise en neuf parties comprenant : 1° L'organisation d'un laboratoire ; 2° Les notions de bactériologie et de parasitologie applicables à la clinique : 3° L'examen du sang ; 4° Les épanchements pathologiques des séreuses, les liquides kystiques, la ponction lombaire et le liquide céphalo-rachidien ; 5° Le pus ; les crachats ; les sécrétions nasales, urétrales, vaginales ; les lésions buccales ; 6° Le contenu gastrique et le suc gastrique ; 7° Les matières fécales ; 8° Les urines ; 9° Le diagnostic histologique des tissus pathologiques et des tumeurs (biopsie et premières manipulations).

On voit que cet ouvrage s'adresse non seulement à ceux qui veulent être guidés pour faire eux-mêmes et seuls les recherches de laboratoire, mais aussi à la grande majorité des cliniciens qui n'ont pas le temps de chercher les renseignements pratiques dans les ouvrages spéciaux. Ils y trouveront les indications nécessaires pour savoir, en présence d'un cas donné, s'il est utile de faire appel au laboratoire, pour quelles raisons, sous quelle forme ils doivent le faire, et quelle est enfin l'interprétation et la valeur des renseignements qui leur seront fournis.

A ce sujet, voici ce que dit le professeur Hayem dans la préface qu'il a bien voulu écrire pour cet ouvrage : « Quant aux médecins de campagne ou des petits centres qui n'ont pas la ressource de s'adresser à des officines ou à des laboratoires, force leur est de pratiquer par eux-mêmes les examens qui permettent l'élucidation des cas pathologiques soumis à leurs soins ; s'ils négligent ces examens, ils peuvent commettre de regrettables erreurs ou voir leurs clients s'acheminer vers les grandes villes pour s'adresser à des praticiens plus compétents et mieux informés ».

Le livre du Dr Agasse-Lafont comble une véritable lacune et il rendra aux praticiens et aux étudiants les plus grands services, aux premiers, dans l'exercice de leur profession et aux seconds dans la préparation de leurs examens.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le Tarif Dubief n'est pas limitatif. Le Chirurgien est-il un spécialiste ?

A propos d'une demande de renseignements et de la réponse que nous y avions faite dans un récent numéro du *Concours*, nous recevons d'un de nos lecteurs la lettre suivante :

Je lis dans la petite correspondance du *Concours Médical* du 16 juillet 1911, n° 29 :

« 1537. Dr D à M. à *Concours*. Désireux d'appeler en consultation auprès d'un accidenté du travail un chirurgien, comment faut-il que je m'y prenne ? Dois-je demander le consentement du patron ? Et si celui-ci refuse, que dois-je faire ?

Réponse. — Vous n'avez pas à demander le consentement du patron, mais nous vous conseillons de le prévenir de votre intention. »

La réponse, à mon avis, n'est pas juste et je me permets d'attirer votre attention sur ce cas qui se présente fréquemment au cours des accidents du travail.

Le tarif Dubief ignore le « chirurgien ». Il ne reconnaît d'autres spécialistes que les médecins oculistes et les oto-rhino-laryngologistes, dont les soins sont d'ailleurs tarifés à un prix assez rénumérateur.

Lorsque, dans les cas graves, le médecin traitant décide de recourir à une consultation avec un chirurgien, ce dernier a beaucoup de mal à se faire régler ses honoraires, si le médecin traitant n'a pas obtenu du patron ou de la Cie d'assurances l'autorisation écrite de faire appeler un chirurgien auprès du blessé.

La Cie d'assurances ne manque pas de répondre à l'envoi de la note des honoraires du chirurgien en le priant de se reporter au tarif Dubief :

« Lorsque, dans les cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaut au prix de quatre visites, etc. (art. 7).

« Elle (l'indemnité kilométrique) ne peut toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché. » (art. 8).

Il en résulte que si le chirurgien n'est pas le médecin le plus rapproché, son déplacement ne donne pas droit à une indemnité kilométrique.

Je parle de cette question par expérience ; appelé, un jour en qualité de chirurgien, en consultation auprès d'un blessé, la Cie m'a refusé toute indemnité kilométrique, et je crois bien que je n'aurais jamais été réglé sans l'amabilité du Dr Lepage qui, en qualité de secrétaire général de l'Association des Médecins de France, à laquelle je m'étais adressé, fit une démarche personnelle auprès du médecin en chef de ladite compagnie.

Le cas est assez fréquent, je crois, pour mériter d'être étudié, et la question vaudrait la peine d'être soumise à nos délégués qui vont s'occuper de la révision du tarif Dubief.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr G.

Voici les observations que nous suggère cette lettre. Tout d'abord notre confrère base sa doctrine sur une affirmation qui ne nous paraît pas exacte.

Le chirurgien, dit-il, est un spécialiste. Nous ne le croyons pas. Le spécialiste est un docteur qui soigne exclusivement un appareil. L'oculiste s'occupe de l'appareil de la vision, le laryngologiste soigne l'appareil de la phonation et de l'audition, le gynécologiste traite l'appareil génital, l'urologiste n'agit que sur l'appareil urinaire, le neurologiste s'occupe des maladies du système nerveux.

Le chirurgien lui, s'il ne s'occupe pas de la médecine générale, pratique du moins des opérations sur toutes les parties du corps, sur le larynx, le cerveau, les poumons, l'abdomen, le rein, etc., etc. Il n'est donc pas un spécialiste.

Mais en admettant même qu'il soit un spécialiste, pourrait-on dire qu'il n'a droit à aucun honoraire, parce qu'il n'y a de spécialistes reconnus que les oculistes et les laryngologistes visés au tarif, c'est-à-dire que l'art. 14 du tarif n'accorde d'honoraires qu'aux oculistes et oto-rhinologistes?

Admettons même que le tarif ne fixe de prix spéciaux que pour ces deux spécialités. Nous n'ignorons pas non plus que le Tribunal de la Seine (4e chambre, 3e section) a rendu, le 25 mars 1910, un jugement qui refuse de payer les radiographies sous le prétexte « qu'elles ne figurent pas dans l'*énumération limitative* de l'arrêté ministériel (Tarif Dubief) ». Nous savons aussi que ce jugement, tiré à plusieurs milliers d'exemplaires, a été envoyé, aux frais des compagnies d'assurances, à tous les magistrats de France et de Navarre. Mais le tribunal de la Seine siège à Paris, près du *siège* des grandes compagnies d'assurances; il doit donc subir plus que tout autre l'influence néfaste des rayons de ce soleil doré qu'est l'assureur.

Moins soumis que Danaë à l'action nocive de l'assureur, le Tribunal d'Alais, d'accord avec la logique, le bon sens, le droit, l'équité et l'humanité, le Tribunal d'Alais, dis-je, dans un jugement du 8 avril 1911 obtenu avec l'aide du « Sou Médical », (*Concours*, 14 mai 1911, page 444), disait, sur les contestations relatives à la radiographie : « *Attendu que l'arrêté de* 1905 (*Tarif Du-« bief) n'a pas entendu limiter le nombre des inter-« ventions médicales et chirurgicales,* mais simple-« ment tarifer celles qui, à l'époque de sa confec-« tion, étaient d'application courante. »

Donc le Tribunal d'Alais, à la demande de notre courageux confrère, le Dr Mosnier, d'Alais, *reconnaissait un autre spécialiste « le radiographe » bien que le tarif n'en parle pas.*

Enfin un récent arrêt de la Cour de cassation en date du 16 mai 1911, (Voir *Concours médical*, n° 28, p. 655) déclare que le tarif Dubief n'est pas limitatif mais indicatif.

Donc, si même le chirurgien était un spécialiste, il devrait être payé, bien qu'il n'y ait pas de tarif spécial indiqué au tarif pour ce spécialiste.

Mais au reste, est-ce qu'il n'y a pas dans le tarif un tarif spécial pour le chirurgien ?

Est-ce que l'art. 11 dudit tarif n'est pas ainsi conçu : « Les opérations de *grande chirurgie* donnent droit en sus du prix de la consultation ou de la visite aux allocations spécifiées ci-après :

G : trépanation : 40 frs.; § 8 : Laparotomie exploratrice : 100 francs.

L'art. 12 ne dit-il pas : Les opérations suivantes donnent lieu aux allocations déterminées ci-après :

N° 4 : Hématocèle rétro-utérine : 75 fr. — N° 14 : Laparotomie suivie d'opérations sur les viscères : 150 frs, etc., etc. ?

Est-ce que ce sont là des opérations que pratique le praticien ordinaire ? Est-ce que ce ne sont pas là, au contraire, des interventions que ne pratique que le chirurgien habitué à ces grandes opérations? Est-ce que ce ne sont pas là des prix spéciaux ?

Donc, contrairement à ce que dit notre confrère, « le chirurgien », qu'il soit ou non considéré comme un spécialiste ; que, spécialiste ou non, il soit ou ne soit pas « ignoré » du tarif Dubief, bénéficie, pour les opérations que seul il peut faire de prix spéciaux dans ce tarif.

Notre confrère nous dit encore que ce chirurgien appelé en consultation a du mal à se faire payer si le médecin traitant n'a pas obtenu du patron ou du représentant de la compagnie l'autorisation écrite de faire appeler un chirurgien du blessé.

Holà ! Sans doute pour faire preuve de conciliation, on peut écrire au patron *que l'on a décidé* qu'une consultation avec un chirurgien était nécessaire, et que l'on est tout disposé à accepter la présence à cette consultation du médecin du patron. Mais *c'est là une démarche toute d'impartialité* vis-à-vis du patron, toute de courtoisie à l'égard du confrère, médecin contrôleur de la compagnie.

Mais je repousse avec indignation et comme une humiliation inacceptable, cette prétention de la compagnie de ne payer que la consultation qui a été autorisée par elle et par écrit. Je jetterais à la porte, comme un chien, l'assureur qui viendrait dans mon cabinet émettre une pareille prétention, à laquelle on ne doit faire qu'une réponse, celle de l'envoi d'une assignation, comme le seul moyen de mettre fin à tout pourparler déshonorant pour le médecin.

Lorsque, pour se décider à une consultation ou à une intervention, le médecin traitant a des motifs qu'il juge sérieux et légitimes, il n'a de permission à demander qu'à son blessé et à sa conscience. Au point de vue médical, il doit ignorer le patron et la compagnie. Il a un droit ou plutôt un devoir : celui de guérir le plus complètement son malade, en employant tous les moyens raisonnables que peut avoir un médecin pour soigner un blessé, comme un être qui pense, qui sent et qui raisonne, et non pas comme on répare un outil.

Ni le législateur, ni la loi, n'ont songé à limiter les moyens raisonnables que peut avoir un médecin pour soigner un blessé. La loi n'a pas voulu limiter cette liberté nécessaire du médecin par la volonté ou les caprices d'un *patron ou d'un*

assureur ignorants des choses de la médecine et toujours plus ou moins rapaces.

Sans doute, on a toujours du mal à obtenir le paiement amiable de ce qui vous est dû par les assureurs qui fréquentent moins les Bourses du travail, que la Bourse des valeurs véreuses et sabotées ; cette race étant congénitalement malhonnête. Mais avec ces gens-là, il y a de petits procédés de douceur à employer sans hésitation ; ce sont les suivants :

Le médecin traitant doit, lorsqu'il présente sa note d'honoraires, y ajouter :

1° La note du chirurgien qu'il a fait appeler en consultation ;

2° La note du pharmacien qu'il a prié de faire crédit à son client blessé.

Car aujourd'hui les pharmaciens ont tant de mal, eux aussi, à se faire payer des compagnies que beaucoup refusent tout crédit aux blessés. Ceux-ci, ne pouvant payer d'avance les médicaments ou objets de pansements, quittent le médecin qu'ils avaient choisi et s'en vont au dispensaire ou chez le médecin de la compagnie qui les adresse au pharmacien de la compagnie.

C'est donc, pour un médecin, défendre ses propres intérêts et le libre choix que d'aider le pharmacien à se faire payer.

Avec les notes du médecin consultant et du pharmacien, il se fait remettre par chacun d'eux un pouvoir (sur papier blanc — enregistré gratis), puis il remet le tout à un homme d'affaires qui prend à chacun 8 ou 10 %.

Ce sont là des besognes ennuyeuses, il est vrai. Mais ce sera comme ça tant que les médecins ne voudront pas s'unir aux ouvriers pour faire supprimer l'assureur et obtenir son remplacement par les caisses hongroises : *Delenda est Carthago.*

Notre confrère ajoute que les compagnies ne veulent payer la consultation que 4 visites et refusent l'indemnité kilométrique du chirurgien venu de loin, sous le prétexte que le tarif Dubief ne donne que l'indemnité kilométrique du médecin le plus rapproché (art. 8). Cela, c'est la théorie des assureurs ; il est certain que « médecin le plus rapproché » signifie le *médecin le plus rapproché, capable de faire l'opération.* Notre confrère semble confondre l'esprit de la loi avec les désirs et les mœurs des assureurs.

Il n'a été payé, dit-il, que grâce aux bonnes relations du secrétaire de l'A. G. avec un médecin des compagnies d'assurances.

Il eût été aussi bien payé (qu'il en soit sûr), s'il se fût adressé aux Tribunaux avec l'appui du « Sou médical ». Dans ce cas même, la compagnie aurait payé la sauce en plus, c'est-à-dire, les frais d'un procès que le « Sou » aurait soutenu jusqu'en cassation, et qu'il soutiendra volontiers ; le cas échéant, certain qu'il est d'en faire payer les frais à mes bons amis, les assureurs.

DIVERNERESSE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Toujours la Retraite médicale.

Lorsqu'un confrère nous parle retraite, il n'envisage le plus souvent que la retraite de 1.200 francs et cela nous amène à répondre à une double objection.

Certains — c'est le cas le moins fréquent — nous disent : mais pourquoi limiter la retraite à 1200 fr, pourquoi ne pas admettre 1.300 et même 2.400 frs ?

A ceux-là, nous devons répondre que lorsqu'on crée une œuvre et qu'on veut la rendre durable, on ne saurait être trop prudent. Pour une somme égale encaissée, le risque n'est pas le même s'il s'agit d'une seule ou de deux personnes. Un jour viendra sans doute où les médecins, comprenant mieux la nécessité des œuvres de prévoyance, viendront en nombre à la Mutualité Familiale ; le Conseil alors examinera la possibilité d'augmenter le chiffre maximum des parts de pension. Mais actuellement le nombre des adhérents n'est pas tel que nous nous exposions à risquer une aventure.

D'autres confrères, plus nombreux, tout en reconnaissant les avantages de la retraite certaine, nous disent : la prime est trop élevée, elle dépasse mes possibilités.

A ceux-ci nous répondons : pourquoi n'envisager que la pension de 1200 fr ? Puisque la part type est de 120 fr, pourquoi ne pas souscrire seulement cinq parts ou même trois parts qui vous assureront la retraite de 600 ou de 360 fr. ?

Que ceux qui approuvent le principe s'inscrivent pour trois, pour deux, pour une seule part même : ils feront acte de solidarité professionnelle et, le jour où il leur sera possible d'augmenter dans leur budget la part de la prévoyance, ils auront toujours la faculté d'augmenter le nombre de leurs parts et conséquemment le chiffre de leur retraite.

Quelques-uns l'ont compris, mais nous voudrions voir ce mode de faire se généraliser.

On nous a dit que, pour un médecin, une pension de 360 fr, était ridicule — nous ne sommes pas de cet avis : Une pension, quelle qu'elle soit, n'est jamais ridicule, elle vient au jour dit se superposer à d'autres ressources, et, quand elle arrive, elle est toujours la bienvenue.

Dût-elle ne pas être augmentée, on devrait toujours la souscrire.

La cotisation que cette retraite exige est véritablement à la portée de tous et, il ne faut pas l'oublier, elle a toute chance d'être réduite encore par l'aide que l'Association Générale ne saurait refuser à la Mutualité Familiale.

Des sociétés locales ont déjà voté le versement supplémentaire de 0 fr. 80 par membre que nous leur demandions ; elles ont pensé qu'il leur importait peu d'avoir quelques francs de plus ou de moins dormant dans leur caisse et que ce prélèvement infime, qui ne pouvait diminuer sérieusement leurs ressources, pouvait au

contraire permettre de faire œuvre utile en encourageant la prévoyance d'une manière effective.

Il est bien de tendre la perche à celui qui se noie, mais on conviendra qu'il eût été mieux encore de l'empêcher de tomber à l'eau.

Et si, comme nous n'en doutons pas, la majorité des sociétés locales répond à notre appel, il nous sera possible de réduire chaque année les versements des humbles qui cotisent pour cette modeste retraite de 360 fr.

Quelques esprits chagrins craignent de voir des confrères aisés souscrire dans ces conditions la retraite de 360 francs et bénéficier ainsi de l'aide apportée par l'Association Générale, aide à laquelle ils n'ont pas normalement droit. Nous connaissons assez nos confrères pour ne pas les juger ainsi par avance et nous voyons mal le médecin qui a des ressources rechercher la pension minime parce que sa cotisation pourra être réduite de 10 ou de 15 francs. Mais, la chose fût-elle possible, nous ne devons pas moins chercher à venir en aide aux petits pour lesquels le bouclage du budget annuel constitue un problème.

Des confrères se sont déjà inscrits comme membres honoraires, s'engageant à payer la cotisation sans prétendre bénéficier d'une retraite quelconque ; nous reconnaissons mieux là l'esprit médical.

Donc, lecteurs du *Concours*, n'hésitez pas : inscrivez-vous à la Mutualité Familiale. Selon vos préférences choisissez la combinaison P qui donne la retraite à 60 ans ou la combinaison R qui la donne à 65 ans ; selon l'état des vos ressources, prenez dix, cinq, trois parts, prenez en deux, prenez en même une seule avec l'espoir d'augmenter plus tard.

Et si la fortune vous a souri, si vous comptez parmi les heureux de la profession, jetez un regard autour de vous sur ceux qui, condamnés au travail jusqu'à leur dernier jour, verront avec les années la clientèle les abandonner et leurs recettes diminuer en proportion ; tendez-leur la main en vous solidarisant avec eux soit en tant que membres participants, soit comme membres honoraires : vous mériterez bien d'eux, vous aurez fait une bonne action.

A. Gassot.

SOU MÉDICAL

Séance du 31 août 1911.

Admissions : Le Conseil prononce l'admission, sous réserve des publications statutaires, des Drs :

2412 — Laugier, St-Vallier-de-Thiey (Alpes-Maritimes).

2413.— Busson, Céreste (Maine-et-Loire).

2414.—Lévy Marco, Versailles.

Le Dr M. demande l'appui moral et pécuniaire du « Sou » pour engager, devant le juge de paix une action pour décider si doit relever de la loi du 9 avril 1898 un accident survenu à un ouvrier blessé, *en revenant de son travail*, dans la voiture appartenant au patron et destinée à transporter les ouvriers de l'usine à leur domicile.

Le Conseil accepte de payer les frais de justice.

— Un adhérent soumet un jugement de juge de paix se déclarant incompétent pour *honoraires pour radiographie* (loi de 1898), le tarif Dubief devant être considéré comme limitatif.

Le Conseil voudrait savoir, avant de se prononcer, si le jugement a été levé et s'il est passé en force de chose jugée.

Si oui, l'affaire pourrait être reprise par le médecin traitant qui a mis en œuvre son confrère radiographe, parce que c'est le médecin traitant qui aurait dû faire une note commune et présenter le dû pour son confrère.

Le Conseil enverra alors à son adhérent le texte du jugement d'Alais et celui de l'arrêt de la Cour de Cassation, qui décident que le tarif Dubief n'est pas limitatif, comme le voudraient les Cies d'assurances, mais bien simplement énonciatif. Nul doute que le juge de paix rende alors un autre jugement conforme et à l'équité et à la décision de la Cour suprême.

— Un adhérent demande où en est sa *plainte* que le « Sou » doit déposer entre les mains *du Garde des Sceaux, contre un juge de paix*, par trop partial.

Le Conseil estime que cette plainte doit auparavant être soumise à nos conseils juridiques *Mes Gatineau et Dumesny, pour lui donner une* forme très précise. Ce ne sera donc qu'au retour des vacances que cette plainte sera déposée.

— Le Dr G. demande s'il peut donner au président de son syndicat, dans le but de collaborer à une poursuite contre l'exercice illégal, le nom de quelques clients qui ont reçu les soins d'un rebouteur.

Non, répond le Conseil, parce que notre confrère a eu connaissance de ces faits dans l'exercice de sa profession et que, par suite, il est lié par le secret professionnel. Mais notre confrère peut engager ses clients à déposer spontanément auprès du président du syndicat et à accepter d'être cités comme témoins à charge.

— Un adhérent a l'intention de poursuivre un *pharmacien pour fraude* et substitution de médicaments pour une de ses ordonnances.

Le Conseil estime que le constat par huissier pourrait être refait, dans quelque temps, pour donner une forme très précise à l'accusation.

— Le Dr C., poursuivi pour *responsabilité professionnelle*, soumet le deuxième rapport des experts.

Le Conseil fera examiner ce rapport surtout au point de vue médical, à cause des contradictions qu'on y relève et fera faire un contre-rapport.

—Le Dr V. a soigné à *l'hôpital un ouvrier blessé*

et l'assurance refuse de payer les frais médicaux en invoquant le « tout compris ».

Le Conseil déclare qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail mais d'un accident agricole, pour lequel le tout compris ne doit pas s appliquer.

— Un confrère expose qu'il a soigné un blessé du travail, chez lequel s'est développée une maladie. L'assurance refuse de payer le médecin, car elle nie que la maladie soit la conséquence de l'accident.

Etant donné que la compagnie lui a souvent demandé des certificats, notre confrère demande s'il ne peut pas se placer sous l'empire du droit commun et non sous celui de la loi du 9 avril 1898, pour réclamer ses honoraires.

Le Conseil pense que notre confrère fera bien d'attendre que soit solutionné le procès actuellement pendant entre l'ouvrier et le patron, pour savoir si l'accident relève ou non de la loi de 1898, mais qu'il ne devra pas se laisser atteindre par la prescription d'un an. Aussi, devra-t-il assigner en paiement ouvrier et patron, si le procès pendant entre eux deux n'était pas solutionné avant l'expiration de l'année.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les livres de compte du médecin, renfermant des secrets qui doivent échapper à la vue de tous, ne peuvent être remis et examinés par n'importe qui, même lorsqu'il s'agit, en justice, d'y relever des preuves ou des erreurs.

TRIBUNAL CIVIL DE PITHIVIERS

Audience du 20 *juillet* 1911.

Attendu que les consorts, qui ont trouvé tout naturel de ne pas régler leur médecin pendant de longues années sauf par de légers acomptes en argent, viennent prétendre, après un accepté de compte signé par le mari, seul, il est vrai, qu'ils ne doivent absolument rien au docteur Courtade, lui ayant fait des livraisons en nature paille, beurre, œufs, etc. pour une somme égale à celle de ses visites et des fournitures de marchandises ;

Attendu qu'après avoir dans leurs conclusions demandé au tribunal de déclarer la demande du Dr Courtade non recevable et mal fondée, les époux sollicitent du Tribunal un jugement ordonnant que les livres du docteur Courtade leur seront communiqués, se faisant fort d'y relever des erreurs pour des sommes importantes ;

Attendu que le Tribunal pourrait, eu égard à la situation honorable qu'occupe le docteur Courtade, qui n'a certainement pas dû augmenter sur sa note le nombre de ses visites et les fournitures de pharmacie, rejeter cette demande ;

Mais attendu qu'en présence de l'insistance mise par les consorts, il estime qu'il y a lieu de recourir à cette mesure ;

Qu'il entend toutefois limiter cette mesure d'information, les *livres des médecins ne pouvant être remis et examinés par n'importe qui, ces livres enfermant des secrets qui doivent échapper à la vue de tous* ;

Que le Tribunal entend se réserver à lui seul l'examen des livres les parties toutefois présentes ;

Par ces motifs :

Le tribunal dit et ordonne qu'au jour que le tribunal déterminera, après vacations, sur la requête qui lui sera présentée, le docteur Courtade déposera en chambre du conseil tous les livres de compte en sa possession qu'il jugera utile.

Qu'en sa présence et en celle des époux les avoués présents, les livres de compte seront vus et examinés par le Tribunal ;

Dit et ordonne que, sur le vu des dits livres et lorsque le Tribunal se sera fait une opinion personnelle, sans que rapport spécial soit dressé, il sera par lui statué sans nouvelles plaidoiries, l'affaire ayant été plaidée au fond et à toutes fins.

Réserve les dépens.

Maladie professionnelle ou accident du travail ?

Est accident du travail tout abcès chaud produit par le contact prolongé d'un corps dur, lorsque le médecin traitant, médecin habituel de l'ouvrier *et connaissant bien son état pathologique, déclare que cet abcès n'est pas dû à une tare organique ou osseuse.*

JUSTICE DE PAIX DU CANTON DE SAINT-OMER

Jugement du 9 *mars* 1907.

Attendu que par l'exploit sus-visé, Briche, garçon brasseur au service du sieur Fournier, prétendant avoir été blessé à l'épaule gauche au cours de son travail, réclame à son patron le paiement d'une somme de quarante-cinq francs pour trente jours de demi-salaire, du vingt-neuf novembre mil neuf cent-six au vingt-six décembre suivant, avec condamnation aux dépens.

Attendu qu'à l'audience du neuf février dernier, le sieur Fournier, patron de l'ouvrier blessé, derrière lequel se trouve la Cie d'assurances « la Zurich », sans se préoccuper d'ailleurs ni des causes ni des circonstances de l'accident, et se basant uniquement sur un certificat médical délivré par M. le docteur Declety le deux décembre mil neuf cent six, c'est-à-dire quatre jours après l'accident, a prétendu qu'il s'agissait dans l'espèce d'une maladie professionnelle ne constituant pas un accident du travail soumis à l'application de la loi du neuf avril 1898, et a conclu à ce que nous nous déclarions incompétent en la matière et à ce que Briche soit condamné aux dépens ;

Attendu qu'en la cause il y a d'abord lieu de remarquer que le patron, au mépris des prescriptions édictées par la loi sus-visée, dans son art. 11 et dont la sanction est spécifiée dans l'art. 31, n'a point fait de déclaration de l'accident dont il s'agit à la mairie de Wizernes, lieu où il s'est produit ; mais que cette déclaration a été faite à cette mairie, le quatorze janvier dernier, par l'ouvrier blessé, lequel y a joint un certificat médical du docteur Declety du même jour ;

Attendu qu'il résulte d'un certificat délivré par ledit médecin, le vingt-six décembre mil neuf cent six, que Briche, qui était guéri de cet accident, a repris son travail à cette date ;

Attendu qu'à l'enquête, le témoin Barrois, entendu par nous, au sujet de l'accident dont il s'agit, a déclaré que le vingt-neuf novembre dernier, Briche et lui avaient descendu à l'aide d'un tinet un tonneau de bière à Wizernes, dans la cave d'une dame Pierru ; que la descente dans cette cave était

mauvaise, et qu'étant arrivés au bas de l'escalier, Briche lui avait dit qu'il s'était fait mal à l'épaule gauche avec le tinet, ajoutant que le lendemain et le surlendemain, cet ouvrier, qui se plaignait toujours de sa blessure, avait dû cesser son travail, et finalement était allé se faire soigner par le médecin, ajoutant encore qu'avant le vingt-neuf novembre, Briche ne s'était jamais plaint de son épaule ;

Attendu qu'au cours de l'enquête, sur interpellation, le sieur Fournier nous a déclaré, que le trente novembre Briche lui avait dit qu'il s'était blessé à l'épaule dans les circonstances sus-indiquées, qu'il ne pouvait plus porter de bière, qu'alors il l'avait employé dans sa brasserie à un travail moins dur, et que le deux décembre l'état de son ouvrier ne s'étant pas amélioré, il l'avait envoyé se faire soigner chez le docteur Decléty, ajoutant qu'à sa connaissance, avant le vingt-neuf novembre, Briche ne s'était jamais plaint d'avoir mal à l'épaule et n'avait eu aucune interruption de travail ;

Attendu qu'interpellé par nous sur le motif pour lequel il n'avait point fait sa déclaration à la mairie de Wizernes au sujet de cet accident, le sieur Fournier nous a répondu que c'était par suite d'un oubli de sa part.

Attendu qu'à la suite de cet accident, Briche eut un abcès chaud à l'épaule, d'une certaine gravité, lequel nécessita une intervention chirurgicale sous le chloroforme, et des soins spéciaux au point de vue aseptique ;

Attendu, qu'à la date du deux décembre mil neuf cent six, c'est-à-dire quatre jours seulement après l'accident, Briche, qui avait l'épaule enflée, enflammée, et dont le bras gauche, d'après sa déclaration, était paralysé, fut consulter le docteur Decléty, lequel comme praticien, et sans connaître davantage les circonstances dans lesquelles la blessure s'était produite, a délivré un certificat constatant notamment que Briche avait à l'épaule « un abcès produit (d'après lui) par le contact prolongé d'un corps dur (tinet) appuyant sur l'épaule, pour le port des tonneaux » ;

Attendu, d'autre part, que le même médecin qui a soigné Briche jusqu'à sa guérison, *et connaissait bien son état pathologique,* dans le troisième certificat délivré par lui le quatorze janvier dernier, à Briche, lors de sa déclaration d'accident déclare notamment : « il est vraisemblable que le port du tinet « entraîna une érosion passée tout d'abord inaperçue « au niveau de la clavicule... et qu'un abcès chaud « se produisit... la guérison ayant été complète, et « le blessé ayant repris son travail au bout de trente « jours, résultat qui n'eût pas été obtenu s'il y « avait eu la moindre lésion ou tare organique ou « osseuse »;

Attendu, qu'il résulte des faits et constatations susvisés, que l'accident dont s'agit, au sujet duquel l'intervention du médecin a été tardive ; qui s'est produit dans les circonstances de temps et de lieu, sus-énoncées et ce, dans un escalier de cave d'un accès difficile, et par cela même dangereux, constitue bien un accident survenu instantanément par le fait du travail ou à l'occasion du travail, prévu et spécifié par l'art. 1er de la loi susvisée, et non, comme on le prétend à tort, un accident dû à une maladie professionnelle ; que Briche qui en a été la victime, aura éprouvé et ressenti à l'épaule une action soudaine, telle que celle provenant d'un coup sourd, ou d'une contusion grave ayant amené et déterminé un abcès ou phlegmon ultérieur ; qu'en conséquence, dans l'espèce, il y a bien relation de cause à effet, relation tellement étroite et directe, que la maladie dont s'agit n'aurait pas pris naissance, sans le travail, et qu'en conséquence, en fait comme en droit, *ratione materiæ*, nous sommes compétent pour en connaître.

Par ces motifs : nous déclarons compétent en la matière.

Au fond : attendu qu'il est constant que Briche a bien été victime d'un accident du travail étant au service de Fournier, et ce à la date et dans les circonstances susindiquées ; que le défaut de déclaration de ce dernier ne saurait préjudicier à ses droits, que son salaire moyen journalier au moment de l'accident était de trois francs ; qu'ayant subi une interruption de travail pendant trente jours, il lui est dû par Fournier une somme de quarante-cinq francs pour son demi-salaire.

Pour ces motifs, nous, juge de paix, statuant par jugement contradictoire définitif et en dernier ressort, condamnons Fournier à payer à Briche pour les causes sus-énoncées une somme de quarante-cinq francs, avec intérêts judiciaires, le condamnons en outre aux frais et dépens.

Disons que notre décision sera exécutoire nonobstant opposition.

Réflexions

Les ouvriers ont donc tout intérêt à se faire soigner, non par le médecin de l'assurance, qui a tendance à prendre les intérêts de la compagnie qui le paie, mais par leur médecin habituel, médecin de famille, qui les connait bien et peut certifier qu'ils n'ont aucune tare pathologique susceptible de mettre sur le compte des maladies professionnelles, un véritable accident du travail.

De leur côté, les médecins indépendants, qui ne sont pas à la solde des compagnies, gagnent à dire la vérité et à défendre l'ouvrier, parce qu'ils peuvent se faire payer par l'assurance leurs honoraires que celle-ci refuse de payer, *sous le prétexte qu'il ne s'agit pas d'accident du travail.*

Témoin le jugement suivant consécutif au précédent.

Justice de paix du canton sud de Saint-Omer.

Jugement du 9 *mars* 1907.

Attendu que par l'exploit sus-visé, le demandeur réclame au défendeur *le paiement d'une somme* de quatre-vingt-treize francs vingt-cinq centimes pour honoraires des soins qu'il aurait donnés au sieur Gustave Briche, garçon brasseur à Wizernes, son ouvrier, blessé le vingt-neuf novembre mil-neuf cent-six au cours de son travail, avec condamnation aux dépens ;

Attendu qu'il est constant qu'à la date sus-indiquée, Briche, ouvrier au service du défendeur, en descendant un tonneau de bière dans une cave, à Wizernes, d'un accès difficile, a été blessé grièvement à l'épaule, et qu'il a été soigné par le demandeur ;

Attendu que conformément à l'art. 11 § 4, de la loi du 9 avril 1898, Briche a déclaré ledit accident à la mairie de Wizernes le quatorze janvier dernier en joignant un certificat médical du docteur Decléty du même jour, et ce, à défaut de déclaration de la part du défendeur, son patron, lequel nous a déclaré l'avoir oubliée ;

Attendu qu'à la suite de la blessure par lui reçue lors de cet accident, Briche a subi une interruption de travail de trente jours, *et que, par notre jugement rendu ce jour,* nous avons condamné le sieur Fournier à payer à Briche, son ouvrier, une

somme de quarante-cinq francs à titre d'indemnité temporaire pour le montant de son demi-salaire ;

Attendu que c'est à bon droit que le docteur Decléty, en vertu de l'art. 4, § 4 dela loi susvisée, actionne directement le sieur Fournier. lequel comme chef d'entreprise, est tenu de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par l'accident dont l'ouvrier a été victime au cours de son travail ;

Attendu que la somme de quatre-vingt-treize francs vingt-cinq centimes réclamée de ce chef par le demandeur au défendeur, conformément à l'arrêté de Monsieur le Ministre du commerce en date du trente septembre mil neuf cent-cinq (30 septembre 1905), fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, lui est légitimement due ; qu'il y a donc lieu de faire droit à ses conclusions et de condamner ledit défenseur aux dépens ;

Par ces motifs :

Statuant par jugement contradictoire, définitif et en dernier ressort, nous, Juge de Paix, condamnons le sieur Fournier à payer à Monsieur le docteur Decléty la somme de quatre-vingt-treize francs vingt-cinq centimes.

VARIÉTÉS

La Papillonne

Impressions de naguère, souvenirs d'autrefois.

Le papillon est, comme on sait, un insecte ailé, frêle, léger, changeant et imprévu dans ses mouvements, capricieux dans son vol.

Le papillon n'a pas de féminin.

Qu'est-ce donc que la papillonne ?

C'est un terme du Fouriérisme, système de philosophie et d'organisation sociale basé sur les attractions passionnelles.

Il sert à désigner l'instinct de reproduction, l'attraction des sexes.

Ce vocable gracieux est une heureuse trouvaille. Il met en lumière le caractère le plus saillant de l'instinct sexuel : la propension au changement.

Dans sa préface au *Bréviaire* de Jules Guyot, Georges Barral, directeur du laboratoire de biochimie, a dit que l'homme était sans cesse à la recherche du spasme dans l'amour, c'est un peu excessif.

Peu importe,il est indéniable qu'un sexe attire l'autre comme la lumière attire le papillon.

Les philosophes ont disserté et discuté longtemps sur la nature de l'instinct.

Les uns le considèrent comme une sensation, les autres comme une habitude, d'autres comme de l'atavisme.

Vaines discussions ; dissertations stériles.

L'instinct est inné ; c'est un attribut de l'animal. C'est une force naturelle inhérente à la cellule, comme l'affinité est inhérente à la molécule minérale.

Certains confondent l'instinct et le sens génésique. Il y a là une double erreur : une erreur d'assimilation ; l'instinct est une chose, le sens génésique en est une autre.

L'un est le désir, l'autre le plaisir.

Il y a aussi une erreur d'expression, consacrée par l'usage. Il n'y a pas de sens génésique dans l'acception réelle du mot ; les organes génitaux sont des appareils à sécrétion, les organes des sens sont des appareils à impression directes.

— La papillonne a-t-elle un centre sur l'axe cérébro-spinal ? Non, puisque les centres sont des correspondants d'organes et que la papillonne n'est qu'un agent dynamique.

Mais elle n'en joue pas moins, dans la conservation de l'espèce, un rôle important et comparable à celui que joue l'appétit dans la conservation de l'individu.

L'appareil génital a trois centres sur l'axe nerveux : un centre spinal, passif, réflexe, et deux centres cérébraux,l'un réflexe, l'autre automoteur (1). Les centres réflexes sont actionnés par les sensations externes,dont les ondes incidentes sensitives sont répandues par des ondes motrices venant aboutir aux organes sexuels. Les fonctions du centre auto-moteur sont analogues. Seulement, la sensation externe est remplacée par la sensation interne — besoin ou désir — et les ondes sensitives sont suppléées par des ondes psychiques, que le centre auto-moteur transforme en ondes motrices.

De sorte que le centre auto-moteur peut être considéré lui-même comme un centre réflexe par rapport à l'instinct, qui est en quelque sorte l'essence du moteur.

— De même que la faim, phénomène physiologique, de même que les sentiments affectifs, phénomènes psychologiques, la papillonne peut être normale, diminuée, augmentée ou pervertie.

Quand elle est augmentée, elle accentue ses caractères, elle multiplie ses manifestations, elle amène la hantise, l'obsession et elle devient ce que je nomme de l'*aphrodisme*, qui est à la papillonne ce que la boulimie est à la faim. Quand elle est pervertie, elle engendre soit des actes contre nature, comme la pédérastie ou la bestialité, soit des manifestations vésaniques comme le sadisme, la masochisme et même la mainnie.

— La papillonne présente de grandes variétés dividuelles.

Tel demeure indifférent auprès de la femme la plus séduisante, la plus capiteuse.

A tel autre, la vue, le retroussement, le froufrou d'une jupe causent de l'émoi et donnent un battement de cœur.

Telle femme reste de glace aux déclarations les plus brûlantes ; telle autre tombe en faiblesse à la vue d'un homme qui lui plaît.

J'ai donné des soins à une jeune modiste de 17 ans, qui entrait en pamoison quand elle voyait passer devant sa porte un jeune homme qu'elle ne connaissait pas, auquel elle n'avait jamais parlé. On la disait hystérique.

Une jeune actrice de 18 ans, la fille d'un directeur de troupe dramatique, étaient fiancée à un artiste de la troupe. Le jeune homme, qui n'avait pas fait son service militaire, fut appelé sous les drapeaux. Deux mois ne s'étaient pas écoulés, la mère de la jeune personne venait me raconter que sa fille était inquiète, nerveuse, agitée, sans sommeil, et qu'elle arrêtait des jeunes gens dans la rue pour leur parler.

Ces deux jeunes filles, que l'on croyait hystériques étaient atteintes d'aphrodisme. Je les fis marier par les voies rapides. Elles ont fait d'excellentes mères de famille et des épouses parfaites.

(1) On admet un centre cérébral unique, à la fois réflexe et auto-moteur.

Le mariage produit peu d'effet chez les hystériques ; elles restent toujours plus ou moins versatiles et abouliques, menteuses et suggestibles. C'est, au contraire, et on le comprend, le remède spécifique de l'aphrodisme.

Le cas d aphrodisme le plus hâtif qu'il m'aît été donné d'observer est tout récent. C est celui d'une fillette de douze ans, qui se fit renvoyer successivement de trois écoles différentes. Elle se faisait accompagner en classe, aller et retour, par des garçons de quinze à dix-huit ans et elle scandalisait ses petites camarades par des propos grivois. La mère, désolée, découvrit dans ses cahiers de classe toute une correspondance et se décida à venir me consulter ; à toutes mes questions, la fillette resta sans réponse, baissant la tête et souriant sournoisement mais sans rougir.

Pour calmer ces ardeurs précoces, j'ordonnai le régime lacto-végétarien, des bains frais et le bromure, de camphre et j'ordonnai à la mère, en attendant l'âge nubile, le conseil de faire suivre à l'enfant, de temps en temps, ce traitement réfrigérant.

— La papillonne, de même et plus que les autres instincts humains, est soumise à des influences nombreuses et variées.

Les températures élevées l'enflamment ; les températures basses l'éteignent.

Le printemps la rend enivrante ; un auteur en a décrit les effets dans une pièce gaie : *Ce coquin de printemps.*

La compagnie, celle des femmes surtout, l'exalte ; la solitude la déprime. Certaines occupations, certaines lectures la rendent troublante, le travail fatigant la fait oublier.

Le genre de vie, le régime, lui font subir des changements appréciables : le régime lacté, végétarien, fruitarien, l'eau pure, l'assagissent. Le régime animalisé, les viandes noires, les aliments azotés, les vins, le Bourgogne surtout, la surexcitent. Certains aliments l'aiguillonnent vivement : ce sont les œufs et les cervelles, les écrevisses et les huîtres, les champignons et les truffes : ils agissent par le phosphore qu'ils renferment.

On connaît le *chocolat des affligés*, cet aliment savoureux et délicat, qui émoustille l'instinct, pousse à la volupté et remonte les déprimés de l'amour.

« Prenez-en un demi-litre, disait son illustre inventeur (Brillat-Savarin), vous verrez des merveilles ».

— Il n'y a pas, comme on pourrait le croire, un rapport proportionnel constant entre la papillonne et la puissance virile. L'âge a sur elle une action paradoxale.

« Docteur, me disait un septuagénaire de mes clients, je ne sais ce qui me traîne, mais j'ai plus d'idées maintenant que pendant ma jeunesse ».

— Les mettez-vous en pratique ?

— J'ai fait une tentative, j'étais anéanti.

— « La conclusion est claire : pensez-y, parlez-en, admirez au besoin, mais n'y touchez pas. »

Ce vieillard énonçait un fait qu on aurait tort de généraliser, mais qui est loin d'être rare. Chez certaines natures, plus nombreuses qu'on ne le croit, les désirs vont croissant vers le soir de la vie, comme le font les ombres aux rayons du couchant.

Les impuissants, les débilités, sont parfois, à cet égard, comme les vieillards : la salacité des phtisiques en est un exemple.

Il y a plus : les eunuques qui sont privés de leurs organes génitaux, ont, quelques-uns tout au moins, des passions amoureuses intenses. La lecture des *Lettres persanes* est édifiante à ce sujet.

On peut expliquer ce paradoxe de l'instinct par des considérations psycho-physiologiques.

Le désir naît, les ondes psychiques se forment et s'irradient, mais elles sont arrêtées par le centre auto-moteur qui, étant atrophié, inerte ou au moins insuffisant, ne peut les recueillir et les transformer en ondes motrices. Elles s'accumulent, elles s'amoncellent ; elles finissent par déborder sur l'intellect et par amener un rétrécissement du champ de conscience. C'est alors qu'on voit apparaître ces amours séniles si bizarres, ces passions de sérail ou ces attentats à la pudeur, qui ne sont, en somme, que des accès d aphrodisme aigu.

— La papillonne produit un phénomène qui, pour être assez fréquent, n'en est pas moins curieux. C'est ce que l'on désigne sous le nom de *coup de foudre.* C'est une impression subite, qu'éprouve un individu en voyant pour la première fois une personne d'un autre sexe.

Cette impression est faite d'étonnement... un peu d'admiration...beaucoup, mais surtout d'attraction sexuelle et de désir.

Ce sentiment peut avoir des suites : mariage ou liaison. Le plus souvent, il est fugace et s'éteint ou se dissipe comme il est venu. Le coup de foudre peut être isolé, sporadique : il peut aussi, mais plus rarement, être collectif, en quelsorte épidémique.

La chronique judiciaire nous en montrait naguère deux exemples saisissants.

Quand Mme Steinheil vint, dans sa parure de deuil, s'asseoir au banc des accusés, l'émotion fut générale. Tous les assistants sentirent le coup de foudre. Dans les rangs des avocats stagiaires, il y eut un vif émoi, un tumulte indescriptible. Ces jeunes gens ont les sentiments à fleur de peau. Ils exprimaient tout haut ce que les autres spectateurs éprouvaient tout bas et savaient dissimuler.

Qui pourrait affirmer que ce charme séducteur, irrésistible ne contribua pas pour une bonne part à l'acquittement de la veuve tragique ?

Dans le procès de Venise, le coup de foudre fut plus violent encore.

Quand la Tarnowska parut, avec sa splendide chevelure fauve et son regard magnétique, derrière les barreaux de fer de la Gabia (la cage des accusés), tous furent frappés : les juges et le public, les avocats et les jurés. Les carabiniers eux-mêmes subirent la fascination générale.

On fut obligé de changer chaque jour le garde qui accompagnait l'accusée au prétoire : on craignait un événement.

Les Russes de Venise venaient tous les soirs, donner des sérénades sous les fenêtres de la prison de la Giudecca, où était enfermée la comtesse.

Au cours du procès, trois médecins distingués, les professeurs Bianchi, Capelati et Morselli, furent chargés par la Cour de faire un rapport d'expertise médico-légale sur l'état mental de la séduisante comtesse.

Les deux premiers affirmèrent la responsabilité entière. C'était l'opinion unanime. Le troisième, au contraire, prétendit que la responsabilité était fortement atténuée, que l'accusée était at-

teinte d'hystéricité, qu'elle était éminemment suggestible et qu'elle avait été suggestionnée par ses amants Naumof et Prilukof. Il ne pouvait pas dire qu'elle était restée étrangère à la préparation du crime, — il n'allait pas jusque-là ! — mais elle avait joué un rôle passif et secondaire.

Suggestionnée la première, elle avait suggestionné ses complices par choc en retour.

En lisant ce rapport un peu subtil, on se demande si son auteur n'a pas senti le coup de foudre comme un simple carabinier, car pour être savant, on n'en est pas moins homme, et contre la papillonne la science médicale ne rend pas invincible, nous savons tous cela.

Comment expliquer autrement cette indulgence d'expert ? Le professeur Morselli savait que la Tarnowska avait causé le désespoir de son mari, le suicide de son beau-frère Tarnowski, la ruine d'un Tolstoï, la mort du comte Stalk, le meurtre de Borjewski ; il n'ignorait pas que cette tueuse d'hommes avait fait contracter au comte Kamarowski, quelques jours avant le crime, une assurance sur la vie.

Ses deux complices avaient même été ses victimes ; pendant tout le procès, Venise entière manifesta une immense pitié à l'infortuné Naumof.

La Tarnowska était donc bien nommée la comtesse fatale.

— Il y avait autrefois au quartier latin un établissement de bains qui fit, pendant quelque temps, des affaires d'or.

Le service était fait par une femme.

Cette femme était un type.

Elle pouvait avoir vingt-cinq à vingt-six ans.

Elle était de taille moyenne, fortement charpentée, mais sèche, maigre, osseuse.

Elle avait le teint bistré, les yeux noirs, un regard aigu et une abondante chevelure ondulée d'un noir d'ébène, mais mal entretenue. Elle était incapable de lancer le coup de foudre. En revanche, elle avait une hardiesse dans les propos, une désinvolture dans les gestes, une expression de perversité dans la physionomie telle qu'après quelques instants de conversation chacun ressentait une vive impression.

Ce n'était pas de l'admiration ; elle n'était ni jolie, ni belle, ni même gracieuse. C'était un mélange d'étonnement, d'attraction et de désir sexuel. Elle excitait fortement la papillonne, elle produisait sur vous un effet que dans le peuple on désigne par une locution triviale, mais bien adaptée : « elle portait à la peau ».

Du haut de sa chaire, notre professeur d'hygiène, le savant Bouchardat, nous disait, en écarquillant les yeux et en agitant convulsivement les bras : « Messieurs, veillez, veillez aux fonctions de la peau ».

Nous suivions docilement ce conseil.

Nous allions prendre des bains fréquents, deux trois par semaine. Nous faisions de l'hygiène et à faire de l'hygiène, on comprend qu'il y avait du plaisir.

Cela dura plusieurs mois, pendant lesquels la baigneuse reçut les hommages plus ou moins indiscrets des clients de l'établissement. Puis un beau jour, deux étudiants plus empapillonnés, plus emballés que les autres, se jetèrent sur elle. Elle les repoussa doucement et les tint à distance. Elle ne se donnait pas, disait-elle.

Peu de temps après, elle quittait l'établissement.

Son mari, informé de ce qui se passait, voulut la soustraire aux entreprises de plus en plus audacieuses des habitués de la maison.

Qu'advint-il de cette femme qui avait le don d'exaspérer l'instinct de l'homme ? Je ne saurais le dire. Mais il est probable que, comme ses pareilles, elle n'a pas échappé à sa destinée.

O femme, a dit Shakespeare, ton nom est : fragilité.

(*A suivre.*)

Montluçon, le 16 août 1911.

COULHON,
ancien interne des Hôpitaux de Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **L'Orchestre Médical**, déjà célèbre quoique fondé depuis deux ans seulement, donnera cette année plusieurs grands concerts de bienfaisance, où seront exécutées des œuvres importantes (Oratorios, Fragments d'Opéras, etc...) avec le concours de la **Société Chorale Médicale**, déjà en voie de formation.

Les membres de la Famille Médicale (Médecin, femme, sœur, frère, fille et fils de Médecin), désireux de faire partie de la **Société Chorale Médicale** ou de l'**Orchestre Médical**, devront se faire inscrire *avant le* **1er** *octobre* chez l'un des membres du Comité de l'O. M., notamment chez :

Docteur RICHELOT, 3, rue Rabelais;
Docteur VAUCAIRE, 52, rue La Boétie ;
Docteur DESTOUCHES, 4, rue Thénard ;
Docteur DUCHESNE, 6, square de l'Opéra;

— **La douce Seine.** — Plus ça change et plus c'est la même chose. Au moment des grandes chaleurs, on a remarqué à la surface du fleuve, dont l'eau est transformée en une jolie purée de microbes, une nuée de poissons le ventre en l'air, morts empoisonnés, sans parler des odeurs nauséabondes que percevait l'odorat au débouché des égouts.

Or, on lit dans une ordonnance de Charles VI, datée de 1404, cette petite description de la Seine à Paris, description dont nos contemporains n'auraient guère à modifier l'inquiétant pessimisme : La Seine, dit l'ordonnance, « est si plaine de boues, fiens, gravois, ordures, putréfactions et immondices, que ce est grand orreur et abhominacion à voir, et une grant merveille, se ne feust le miracle de nostre Seigneur, comment les créatures et corps humains usans en boire et en décoction de leurs viandes de l'eaue d'icelle rivière, ne en encourent très grans multiplications d'inconvéniens, de mort et de maladies incurables. »

Deux siècles plus tard, le marquis d'Argenson raillait les eaux de Seine qui ne manquent pas d' « attaquer les étrangers qui y arrivent pour la première fois, et les purgent, comme pour les avertir de se préparer à recevoir quantité de choses malsaines ».

En 1911, on se contenta simplement de tirer des cartons verts la petite affiche annuelle : « Faites bouillir votre eau. » Mais, en définitive, depuis des siècles, on n'a rien changé, ou si peu !

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 39 Dimanche 24 SEPTEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Rôle des Médecins experts.

Le médecin, lorsqu'il est désigné comme expert, doit se borner à répondre aux questions qui lui sont posées d'une façon nette et précise ; si ses connaissances scientifiques ou l'examen et les recherches qu'il est chargé de pratiquer ne lui permettent pas de conclure d'une façon catégorique et avec certitude, il ne doit pas hésiter à avouer son impuissance à seconder le juge. En tous cas, il ne doit jamais dans ses rapports émettre ces appréciations tendancieuses, ces réflexions hypothétiques qui trop souvent émaillent les expertises médico-légales, même lorsqu'elles sont signées de noms très connus. L'expert n'est pas un juge d'instruction, encore moins un accusateur public.

Cette réserve, cette prudence que l'honnêteté la plus élémentaire doit imposer au médecin expert, puisqu'il s'agit là de l'honneur et des intérêts d'un inculpé qui peut être innocent, doivent se manifester encore plus quand l'expertise a trait aux actes d'un autre médecin. Ici l'expert doit complètement oublier qu'il a à apprécier (non à juger) les actes d'un confrère, mais il doit se garder aussi de conclure sans avoir la certitude absolue de ce qu'il affirme.

Nous trouvons dans une conférence de Me Ducuing, avocat distingué à la Cour d'appel de Paris, conférence faite à la *Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris*, l'exposé magistral du rôle du médecin expert :

« En réalité, dit Me Ducuing, l'honneur et la sécurité des médecins sont entre les mains des experts ; les tribunaux dans ces matières spéciales ne veulent pas être liés par leurs rapports, et ils ont raison, mais il est évident qu'ils ne peuvent pas être éclairés par autre chose que par les rapports des experts, et par consé-

quent, j'ai le droit de dire que l'honneur, la considération des médecins sont entre les mains des experts ; en disant cela, je vais tout de suite éclairer ma pensée pour qu'il n'y ait pas d'équivoque.

« Il n'entre pas dans ma pensée que les médecins qui ont l'honneur d'être des experts doivent céder ou puissent être suspectés de céder à un sentiment de camaraderie ; on peut être un médecin très honorable et un médecin très savant, et commettre, dans l'exercice de son art, involontairement des fautes ; il est bon que l'expert se dégage de tout sentiment de camaraderie, qu'il se dise qu'il est l'auxiliaire du juge, qu'il a la responsabilité, vis-à-vis du public, vis-à-vis du demandeur qui peut avoir raison, de la décision qui sera rendue et que par conséquent il doit se défendre de tout reproche immérité de camaraderie professionnelle.

« Mais si je dis cela, j'ajoute immédiatement que *l'expert doit avoir le sentiment de la gravité de ses devoirs* et que s'il ne doit pas céder à un sentiment de camaraderie, il doit, dans ces matières si délicates, *agir d'après un esprit rigoureux de science et de méthode.* Il doit toujours se pénétrer d'un ouvrage qui restera éternellement jeune, qu'on a raison de confier aux mains des écoliers dans la classe de philosophie, et qu'on ferait bien de confier aux mains des étudiants en médecine, des médecins et des experts, c'est l'*Introduction à la médecine expérimentale* de Cl. Bernard. On apprend là ce que c'est que l'esprit scientifique et il ne suffit pas d'exercer l'art médical pour le posséder.

« *L'esprit scientifique consiste, en cette matière — quand on est en matière aussi grave qu'en matière juridique — à se défendre de tout esprit d'imagination.*

« L'hypothèse est féconde en matière scientifique, c'est à elle que nous devons bien des découvertes ; *mais en matière juridique, il faut rechercher la certitude ; quand on ne l'a pas, il faut le dire franchement et sans réticences.* Quand on croit la posséder, il faut se défendre contre toute chance d'erreur, en vérifiant chacune des constatations qu'on a faites sans opinion préconçue, et ne pas se livrer au jeu périlleux des inductions et de l'hypothèse, parce que cela, ce n'est plus de la science.

« Les experts doivent avoir l'esprit scientifique, ce qui implique l'absence de toute idée préconçue. Quand il s'agit de théories ou de systèmes, quand il s'agit de traitement, ils doivent bien se dire, comme le disait Eugène Crémieux, et comme le répétait le procureur général Dupin, que la médecine est en évolution perpétuelle, que des théories, hier condamnées, sont reconnues vraies aujourd'hui et seront peut-être seulement reconnues probables demain, que certaines parties de l'art médical sont encore à l'état naissant, malgré les travaux admirables qu'elles ont produits, et je fais allusion ici à l'aliénation mentale, et que, par conséquent, il faut qu'ils ne soient pas orgueilleux de leur science, qu'ils vérifient tout, que quand une chose est seulement probable, ils le disent, mais qu'ils s'attachent surtout à la certitude. Une chose est vérifiée ou ne l'est pas, et il ne faut pas infiltrer dans l'esprit des juges des indications équivoques, il ne faut pas, en un mot, faire œuvre d'imagination. »

Voilà une belle, bonne et saine leçon, dont nombre d'experts, illustres et inconnus, qui font des expertises par douzaines et rédigent des rapports d'une plume parfois trop imaginative et légère, feraient bien de tirer profit.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Gilbert.

La cholémie familiale.

A propos d'un cas d'ictère chronique spléno-mégalique.

Je vous ai présenté dans ma dernière leçon une malade dont je désire vous reparler aujourd'hui. Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, qui, à la suite d'un accouchement effectué il y a dix mois, a été prise d'ictère. La peau, les conjonctives sont teintées en jaune, légèrement mais nettement. D'autre part, le sang renferme une quantité anormale de bilirubine. Les matières fécales restent colorées, et il n'y a pas de bilirubine dans les urines : l'ictère est acholurique.

On n'observe pas, chez la malade, d'indice de biliotoxémie, pas de sensibilité au froid, pas de prurit. On note cependant une légère bradycardie, le pouls battant en moyenne à 65, chiffre faible étant donné l'âge de la patiente. L'état des divers organes est satisfaisant, pas de troubles digestifs, pas de troubles respiratoires, pas de troubles nerveux, à part une sensibilité nerveuse

vive. C'est seulement du côté des organes héma-topoiétiques et du sang que l'on rencontre des modifications. Il existe une hypertrophie considérable de la rate dont la longueur dépasse 20 centimètres. La rate est souple, pas sensible. Le sang est altéré. Le chiffre des globules rouges est abaissé. La résistance globulaire s'est montrée normale.

Sur ce fort subictère chronique, se greffent par intervalles des crises d'ictère plus accusé. Les crises en question surviennent tantôt sans cause déterminée, tantôt sous des influences nerveuses. Elles évoluent dans le même ordre. La malade éprouve d'abord des douleurs abdominales, à la région épigastrique, ou splénique, ou hépatique. La rate se tuméfie ; grosse déjà, elle augmente encore de volume et de consistance au moment des crises. La température s'élève à 38°5, à 39°5 même. A ces phénomènes initiaux succède une recrudescence de l'ictère, une recrudescence de la cholémie. Les urines se foncent et l'ictère devient cholurique. Ce fait montre bien qu'il n'y a pas de séparation réelle entre l'ictère acholurique et l'ictère cholurique. Les ictères acholuriques sont des ictères légers. Pendant les crises, en outre, les globules rouges subissent des modifications de résistance et quelques phénomènes de biliotoxémie apparaissent. Depuis le début de son affection, la malade a fait 7 poussées de ce genre.

Cette femme est donc atteinte d'ictère chronique splénomégalique. Il s'agit là d'une des formes de l'ictère acholurique simple, affection qui, vous le savez, a été l'occasion dans ces dernières années d'un grand nombre de travaux. C'est pourquoi j'ai pensé le moment propice pour vous en présenter une étude d'ensemble.

L'ictère acholurique simple tire sa désignation de son caractère principal. Il est acholurique. Le qualificatif de simple signifie que l'ictère représente toute la maladie. Retirez l'ictère et, dans un très grand nombre de cas, la maladie ne subsiste plus. Au point de vue étiologique, le mot simple s'emploie dans le sens où l'on employait naguère les qualificatifs d'idiopathique, d'essentiel.

La question, ainsi limitée, élimine donc tous les ictères acholuriques symptomatiques. Ceux-ci sont nombreux. Je puis vous citer l'ictère acholurique symptomatique de la pneumonie, qui se caractérise par une coloration jaunâtre de la peau, une surcoloration du sérum sanguin et des urines.

L'ictère acholurique simple semble puiser surtout sa source dans l'hérédité. Tantôt, il s'agit d'hérédité similaire, tantôt d'hérédité plus large, biliaire ou hépatique. Il faut rechercher dans les antécédents héréditaires non seulement l'ictère acholurique, mais aussi les affections hépatiques, les ictères aigus, la lithiase biliaire, les cirrhoses, les kystes hydatiques et le cancer primitif du foie. Le rôle joué par l'hérédité explique son état familial et son état souvent congénital ou juxta-congénital. A côté du rôle de l'hérédité, on peut reconnaître comme condition étiologique le rôle de la race. La race orientale et méridionale y est prédisposée. Enfin, diverses causes occasionnelles, les émotions, les infections, les traumatismes peuvent intervenir.

L'ictère acholurique simple est un ictère léger, à tel point que souvent les conjonctives ne sont pas colorées. Il ne dépasse pas les limites de ce qu'on voit dans la cirrhose biliaire. Jamais, il ne prend les proportions de l'ictère par rétention. Dans ce dernier, la cholémie atteint le chiffre de 1 pour 1000. Dans l'ictère acholurique, elle n'atteint que 1 p. 3000.

L'ictère acholurique simple est sujet à des variations. Notre malade a eu 7 poussées aiguës en 10 mois. A l'ictère, s'ajoutent fréquemment des pigmentations, des taches de rousseur, des « grains de beauté ». On admet que cet ictère ne s'accompagne pas de signes d'intoxication biliaire, pas d'amaigrissement, pas de sensibilité au froid, pas de bradycardie, pas de prurit. On rencontre, il est vrai, nombre de cas qui font exception à cette loi. L'intoxication biliaire, en tout cas, est beaucoup moins accusée que dans l'ictère par rétention. On trouve 1 pour 3000 de bilirubine au lieu de 1 pour 1000 dans l'ictère par rétention.

D'après l'intensité que l'ictère revêt, on peut reconnaître deux modalités de l'ictère acholurique simple : la cholémie simple familiale et l'ictère chronique simple. Ce sont deux degrés d'un seul et même état morbide. L'ictère chronique est le degré le plus élevé et la cholémie familiale le degré le plus bas. Je m'empresse d'ajouter que dans cette séparation il y a quelque chose d'un peu artificiel. Les deux états sont reliés par des cas de transition, des intermédiaires. De même, pour la séparation de la cholémie familiale d'avec l'état normal.

Ceci m'amène à vous rappeler que l'état normal comporte un certain degré de syndrome ictérique. L'homme normal a de l'ictère. C'est le degré le plus faible de l'ictère. Il est caractérisé par une coloration du sérum sanguin qui est jaune et renferme une proportion de bilirubine de 1 gr. pour 36 litres 500. La peau du sujet normal n'est jamais entièrement blanche, mais toujours un peu jaunâtre. Enfin, dans l'urine, on trouve, normalement, des traces tout au moins d'urobiline et d'urobilinogène. Il existe ainsi une cholémie normale.

Voisine de l'état normal, se place la cholémie familiale. Elle est fréquente, et il suffit de regarder autour de soi pour s'en convaincre. L'ictère chronique simple, placé à un degré plus haut, est beaucoup plus rare. J'en ai cependant rencontré depuis 10 ans une trentaine d'exemples. Ce sont

des malades de la ville. La maladie se résumant à l'ictère, ces sujets entrent rarement à l'hôpital.

Dans la cholémie familiale, l'état familial est plus ou moins accusé selon que l'hérédité est uni ou bilatérale. Au contraire, la rareté de l'ictère simple explique son état non familial, du moins habituellement.

On a attribué le rôle producteur de la cholémie familiale à la dyspepsie hyperpeptique (Hayem). La vérité est que, quand on étudie les malades, on trouve les indices de cholémie familiale antérieurs aux symptômes de dyspepsie hyperpeptique. Je crois que la dyspepsie coïncide avec la cholémie sans la causer.

La cholémie familiale se traduit par un teint jaune, parfois noirâtre, verdâtre, des téguments, particulièrement accusé à la face. Quelquefois, cependant, la coloration de la peau est plus accentuée à la paume des mains et à la plante des pieds. A ce caractère on donne le nom de signe palmoplantaire. La coloration de la peau s'accompagne de pigmentations fréquentes, de taches de rousseur, de grains de beauté.

Les muqueuses, les conjonctives notamment, ne sont généralement pas colorées. Les urines, les fèces ont aussi une teinte normale. Le peu d'intensité de la teinte ictérique fait que l'ictère de la cholémie familiale passe aisément inaperçu. Les membres de la même famille ayant la même coloration cutanée, l'ictère reste facilement ignoré.

Chez les sujets atteints de cholémie familiale, le sérum est plus jaune que normalement. On trouve 1 gr. de bilirubine pour 17 litres de sérum, deux fois plus que normalement. Dans la majorité des cas, le foie et la rate ne sont pas modifiés, du moins l'exploration clinique ne permet pas de le reconnaître.

La cholémie familiale a une évolution essentiellement chronique. C'est plus un tempérament qu'une maladie. L'ictère y subit, d'ailleurs, des modifications considérables d'un jour à l'autre, d'une heure à l'autre même. Le régime carné, les fatigues augmentent la teinte ictérique ; le régime lacto-végétarien, le repos la diminuent. Les fèces, dans la cholémie familiale, sont tantôt décolorées, tantôt surcolorées, avec des alternatives.

La cholémie familiale offre des affinités morbides intéressantes à connaître, affinités avec la dyspepsie hyperpeptique, avec l'entérite mucomembraneuse, avec l'appendicite. Elle représente le terrain sur lequel évoluent volontiers diverses affections des voies biliaires et du foie, les ictères, la cirrhose, les kystes hydatiques, le cancer primitif du foie. Il ne faut pas croire que devient cirrhotique qui veut. Tel sujet pourra boire impunément, tel autre non. Le cholémique familial ne peut pas boire impunément. C'est encore sur ce terrain que se produisent les nævi artériels et capillaires. Il est aussi d'autres affinités avec diverses affections du rein, certaines albuminuries, l'hémoglobinurie paroxystique. Mentionnons également les hémorrhagies les plus diverses, épistaxis, hémoptysies, métrorrhagies. En présence d'hémorrhagies apparemment spontanées, vous devez toujours songer au rôle possible du foie, à la cholémie familiale. Récemment encore, j'ai été consulté par un malade cholémique qui se plaignait, depuis plusieurs années, d'épistaxis. Il m'a suffi de le soumettre au traitement de la cholémie familiale, au lait écrémé, puis au régime lacto-végétarien, pour que ses hémorrhagies disparaissent. Il avait en même temps une inversion de sa température, c'est-à-dire que, chez lui, la température du soir était plus faible que celle du matin. Sous l'influence du même traitement, la température a repris son rythme normal.

Ce que je viens de dire de l'épistaxis, des hémorrhagies, je pourrais le répéter de la neurasthénie, de l'hypochondrie, et des symptômes de biliotoxémie (sensibilité au froid, sensation de chair de poule, prurit, bradycardie, etc.) qui disparaissent quand on s'adresse au foie et quand on applique le régime de la cholémie familiale.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'âge favorable pour la première vaccination.

La *Presse médicale* a rapporté et commenté, une discussion de la Société d'Obstétrique de Paris, où de nombreux accoucheurs, MM. Bonnaire, Bar, Tissier, Boissard, etc., communiquèrent des observations et des expériences peu favorables à la vaccination très précoce des nouveau-nés.

En janvier dernier, en effet, l'Administration de l'Assistance publique prescrivait de vacciner les nouveau-nés non plus au moment de leur sortie de l'hôpital, c'est-à-dire vers le dixième jour, mais dans les trois premiers jours. Ainsi fut-il fait.

Bientôt un cas de mort se produisit ; on observe, parfois, effectivement des cas d'hémorrhagies vaccinales incoercibles. De plus, la vaccination reste inefficace, dans la moitié des cas.

Ce phénomène est évidemment la conséquence d'un état d'immunité passive spécial au nouveau-né.

Le seul avantage présenté par la vaccination précoce est de permettre de constater l'évolution du vaccin, avant que les nouveau-nés quittent les maternités. Cet avantage ne compense pas ses inconvénients. En réalité, c'est entre deux et six mois, que la vaccination doit être pratiquée pour la première fois.

Le Pantopon.

M. le Dr *Trotain*, de Paris a étudié, dans sa thèse, les propriétés thérapeutiques du Pantopon, qui représente, comme on sait, tous les alcaloïdes de l'opium.

Pendant longtemps, les thérapeutes ont exprimé hautement le désir de posséder un opium pur, d'activité toujours identique, de toxicité aussi faible que possible, ne provoquant que peu ou pas d'effets secondaires, et soluble, c'est-à-dire pouvant s'administrer par voie hypodermique.

Le pantopon paraît avoir atteint ce but ; ce produit a été étudié spécialement par le professeur Sahli, de Berne.

Le pantopon (tout suc) représente la totalité des alcaloïdes de l'opium précipités sous forme de chlorhydrates solubles ; ce n'est donc pas un dérivé de l'opium, ni un succédané de la morphine ; c'est l'opium lui-même, l'opium total.

M. Trotain a pu constater que le pantopon présente des avantages certains sur les opiacés ordinairement employés ; c'est un produit pur, soluble, rigoureusement préparé, de constitution constante, donnant toujours, par conséquent, les mêmes effets, aux mêmes doses, n'ayant pas d'actions secondaires, qu'il soit administré par voie buccale ou par voie hypodermique : de plus, comme il est soluble, il est plus rapidement absorbé, ce qui est un avantage précieux dans la médecine d'urgence ; d'autre part, il ne produit pas de paralysie des muscles lisses, d'où la supériorité de son emploi chez les malades facilement constipés chez les dyspeptiques gastro-intestinaux et chez les opérés. De même, il peut rendre des services considérables chez les nerveux, les cardiaques, les emphysémateux. Comme il représente l'action de la morphine corrigée par celle des autres alcaloïdes de l'opium, il peut être utilisé avec de bons résultats dans la cure de démorphinisation.

Enfin, point très digne d'être remarqué, le pantopon semble ne pas produire de phénomènes d'accoutumance comme la morphine et l'opium.

On peut donc considérer le pantopon comme un véritable opium soluble que l'on peut administrer par voie hypodermique.

Traitement abortif de la cataracte commençante

Nous avons déjà indiqué, il y a quelques années, le traitement de Badal par les bains d'yeux à l'iodure de potassium dans les cataractes commençantes.

« Récemment, M. Louis Dor a montré que l'on pouvait obtenir de bien meilleurs résultats avec un mélange d'iodure de sodium et de chlorure de calcium dans la proportion suivante :

Iodure de sodium desséché......	5	grammes
Chlorure de calcium cristallisé..	5	—
Eau distillée..................	400	—

« Cette solution permettrait d'enrayer au moins 8 cataractes sur 10, d'en guérir une et de n'avoir en moyenne qu'un cas d'insuccès, la guérison ne pouvant s'observer, bien entendu, que dans les cas de cararactes au début, pour lesquelles il existe encore une acuité visuelle d'un demi.

« On arrive, au bout de deux mois de traitement, à rendre l'acuité égale à 1 et à redonner aux malades la presbytie qui correspond exactement à leur âge. Pour la grande majorité des cas, les malades consultent au moment où leur acuité est déjà inférieure à 1/4. Ils peuvent recouvrer 1/2 par le traitement. Telle est l'amélioration le plus généralement constatée avec cette méthode.

« Les cataractes des diabétiques, des intoxiqués intestinaux, ainsi que les cataractes du décollement rétinien et de la rétinite pigmentaire ne retirent aucun bénéfice du traitement en question.

« L'auteur recommande l'emploi d'œillères de verre dont le bord est recouvert de caoutchouc et épouse les bords de l'orbite par une faible pression, sans fatigue, ni douleur pour le malade. Le bain doit être assez prolongé (une demi-heure chaque jour pour chaque œil). Bien préparée, la solution n'est absolument pas irritante. Elle devra être employée tiède.

« Le traitement doit durer plusieurs mois, sans interruption. On peut le reprendre après une période de repos. »

Ponction lombaire après 606 dans le tabès et la paralysie générale

Pour se rendre compte, au moins approximativement, des effets du « 606 », sur le tabès et sur la paralysie générale, M. le Dr Milian a pratiqué la ponction lombaire de plusieurs sujets atteints de l'une de ces affections et traités par le « 606 ». Il a recherché l'état de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

La méthode de Nageotte, comme on le sait, consiste dans la numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien au moyen d'une cellule de grandes dimensions.

La cellule de Nageotte contient 100 millimètres cubes répartis en 40 cases contenant chacune, la lamelle placée, 2 mm.c. 5. Il en existe un modèle plus petit, chaque case correspondant à 1 mmc.25.

La technique est des plus simples. On retire une petite quantité de liquide céphalo-rachidien, 1 centimètre cube au maximum. Ce liquide est coloré dans le tube par un bleu basique quelconque (nous employons le bleu d'Unna), introduit au moyen d'un agitateur. Le liquide est placé dans la cellule avec une pipette et on recouvre avec une lamelle en évitant l'introduction des bulles d'air.

On peut immédiatement regarder et, quand la lymphocytose est marquée, elle s'impose au premier coup d'œil. Pour *faire la numération*, il

vaut mieux attendre quelques minutes (de 10 à 20), pour permettre aux lymphocytes de tomber, ce qui facilite la mise au point.

Le système optique employé est l'oculaire 4 et l'objectif C de Zeiss (avec la petite cellule on peut se servir de l'objectif D).

La numération est facile et il est impossible à un œil même peu exercé de confondre les lymphocytes nettement colorés en bleu avec les hématies incolores ou jaunâtres. Quand il existe beaucoup de sang dans le liquide retiré on peut détruire les hématies avec quelques gouttes d'acide acétique.

On compte de 30 à 50 millimètres cubes et l'on fait la moyenne. Cependant s'il existe à peu près le même nombre d'éléments dans chaque case, ce qui est fréquent, on peut en compter moins ; le résultat sera également exact.

Le nombre de lymphocytes contenus dans un millimètre cube de liquide céphalo-rachidien normal a été fixé à 2 au maximum par Nageotte et Lévy-Valensi ; au-dessus de ce chiffre, il y a lymphocytose.

Grâce à cette technique, nous avons obtenu des résultats *objectifs* de valeur, puisqu'ils sont en dehors de l'appréciation personnelle, tant du médecin que de l'observateur.

La lymphocytose rachidienne est le témoin des phénomènes inflammatoires qui se passent dans les méninges, comme la rougeur, l'œdème, l'infiltration, etc., sont les témoins des inflammations cutanées. Elle nous permet d'apprécier ce que devient la lésion anatomique elle-même dans la paralysie générale, puisque la méningite y est toute la maladie, et ce que devient la lésion causale dans le tabès, puisque la méningite en est la lésion initiale et pathogénique.

Chez les tabétiques, la lymphocytose diminue parfois jusqu'à revenir presque à la normale, dans quelques cas tout au moins.

Chez les paralytiques généraux, au contraire, les modifications de la lymphocytose sont remarquables ; chez trois malades, en particulier, l'auteur a vu baisser cette lymphocytose de 70 à 20, et de 36 à 7.

Ces résultats sont donc réellement très encourageants. Ils nous montrent d'une manière péremptoire qu'il ne faut pas désespérer de la guérison de certaines maladies désespérantes. Il y a seulement quelques précautions à prendre dans l'administration du médicament, car les tabétiques et paralytiques généraux sont généralement très sensibles à la médication par le « 606 », et il serait dangereux de faire chez eux les doses fortes qui sont journellement employées dans le traitement des syphilides cutanées.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

Sur le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde. — Du traitement des porteurs de germes typhiques. — Quelle est l'importance, au point de vue des intoxications alimentaires, de la présence du bacille paratyphique. — Les rats propagateurs de la fièvre typhoïde.

L'auteur allemand KATHE a fait une étude intéressante sur la *valeur comparative* des divers procédés employés pour le *diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde,* et de cette étude, il conclut que :

1° Le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde doit surtout utiliser deux procédés : l'hémoculture et la recherche de l'agglutination ;

2° L'hémoculture peut toujours être réalisée, grâce aux tubes de bile fraîche que les laboratoires doivent posséder et mettre à la disposition des médecins praticiens. Elle constitue d'ailleurs le procédé le plus simple et le plus fidèle de diagnostic précoce ;

3° L'épreuve de l'agglutination fournit dans la plupart des cas, et dès la première semaine de la maladie, un résultat positif. Ultérieurement, elle constitue le moyen le plus sûr d'assurer un diagnostic ;

4° La mise en évidence du bacille dans les selles n'est pas à mettre, au point de vue du diagnostic, en parallèle avec les procédés précédents. En revanche son importance devient considérable lorsqu'il s'agit de police sanitaire ;

5° La recherche du bacille d'Eberth dans la gorge n'a aucune valeur pratique au point de vue du diagnostic, comme l'a prétendu Manicatide, qui estimait que les produits de la gorge de 70 p. 100 des typhoïdiques contenaient du bacille d'Eberth. (*Centralblatt f. Bacteriologie,* 1910.)

⁂

En présence du rôle important attribué aux *porteurs de germes dans la propagation de la fièvre typhoïde,* et de la longue persistance de leur pouvoir bacillifère, divers *essais* ont été tentés en vue de la *destruction des bacilles typhiques* chez ces sujets.

De deux porteurs soumis à l'ingestion de cultures de *ferment lactique,* l'un fut guéri au bout de trois semaines, l'autre resta encore bacillifère après deux mois de ce traitement. (*The Lancet,* 8 janvier 1910.)

Le vaccin antityphique fut essayé chez trois convalescents ; on leur inocula d'abord le vaccin préventif ordinaire, puis un vaccin préparé avec le bacille isolé de leur organisme ; chez deux convalescents, il n'y eut aucune modification ; chez le troisième, le nombre des bacilles excrétés diminua, mais une diphtérie qu'il contracta mit fin à l'expérience (*The Lancet,* 8 janvier 1910).

Le benzoate de soude et le phosphate acide de soude furent essayés chez deux autres porteurs dans le but d'augmenter l'acidité des urines et d'y

détruire le bacille d'Eberth, l'échec fut complet. (*The Lancet*, 8 janvier 1910.)

Le *salol*, l'*atropine* et d'autres antiseptiques intestinaux furent essayés sans plus de succès.

A la vérité, toutes ces expériences sont peu probantes, car il est difficile de s'assurer que les matières fécales d'un porteur contiennent moins de bacilles, ou n'en contiennent plus. L'excrétion de ces germes est spontanément très variable et elle peut durer des années.



La question des *intoxications alimentaires* contient encore de nombreux points obscurs, et il était intéressant de chercher à établir *pour l'appréciation des matières alimentaires l'importance de la présence du bacille paratyphique.*

D'une part, nous savons que, le plus souvent, ces intoxications sont provoquées par des bacilles présentant les caractères du paratyphus B ou du bacillus enteritides de Gaertner. Mais d'autre part, nous n'ignorons pas que des bacilles présentant les mêmes caractères peuvent être décelés dans des *viandes*, du *jambon*, ou des *saucisses* de bonne qualité, dont la consommation n'entraîne aucun accident.

Komma (*Centralb. f. Bacter* 1910) a cherché à mettre un peu de lumière dans le débat : il a examiné 102 échantillons de charcuterie, et il a trouvé 30 fois des bacilles paratyphiques, 35 fois du colibacille (dont 22 fois dans les mêmes échantillons que les bacilles paratyphiques) ; or, aucun des aliments expertisés n'a déterminé d'accidents connus de lui.

Il faut donc convenir que la présence de bacille paratyphique dans les saucisses, par exemple, n'est point un motif suffisant pour les faire rejeter de la consommation, au moins aussi longtemps que nous n'aurons pas de moyens à notre disposition pour distinguer les paratyphiques pathogènes de ceux qui ne le sont pas.

Certains auteurs ont prétendu que des germes non virulents pouvaient devenir dangereux, lorsque les produits alimentaires qui les contiennent étaient conservés ; mais en fait une partie de la charcuterie est consommée cuite ou fumée à plusieurs reprises, et ces opérations ont, au point de vue hygiénique, une heureuse influence ; de fait, c'est dans les pays où l'on a l'habitude de consommer la charcuterie crue que les intoxications alimentaires sont les plus fréquentes. Il ne faut néanmoins pas trop exagérer l'influence de la cuisson, car König a montré que la toxine du paratyphus était très résistante, et Fischer insiste sur le fait que le germe lui-même pouvait résister 10 à 20 minutes à une température de 70°.

En tout cas, si l'expertise bactériologique ne peut pas nous renseigner d'une manière certaine sur la nocivité d'une viande, au moins peut-elle nous donner des indications sur le soin avec lequel a été manipulée la viande, sur la propreté qui a présidé à la préparation des produits alimentaires ; on sait, en effet, que chez les animaux sains, les germes présentant les caractères de paratyphus se trouvent dans l'intestin. Lorsque les paratyphiques sont très abondants, ce peut être un indice que la viande fraîche a été mal inspectée ou a échappé à l'inspection ; les maladies des animaux, à germes du groupe paratyphus sont, en effet, des septicémies. Au surplus, un fait qui montre bien, d'une façon détournée, l'importance de l'examen bactériologique, c'est que dans les établissements remplissant les conditions hygiéniques désirables, on ne trouve dans les échantillons examinés le plus souvent pas de paratyphus, et c'est avec raison, que Rimpau a pu écrire « qu'une préparation parfaite des matières alimentaires, des habitudes de propreté dans le peuple, une connaissance des règles les plus élémentaires de l'hygiène doivent apporter la solution du problème de la lutte contre la fièvre typhoïde et le paratyphus ».



D'après J. A. Mills (*Brit. med. Journ.*, 21 janvier 1911), *les rats propagent souvent la fièvre typhoïde* par les selles des typhoïdiques et des porteurs de germes ; leur organisme regorge dans ces conditions de bacilles d'Eberth, qui sont principalement éliminés par les excreta et viennent ainsi souiller les aliments. Il est possible que des germes atténués regagnent en virulence grâce à leur passage par le rat. Dr Fiser.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux.

La diarrhée peut tenir à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, ou à la suralimentation, ou à la médication.

Dans ce dernier cas : diète hydrique : Eau de riz, eau de Vals-Reine ou prendre par cuillerées à soupe ou verre à madère la décoction de Sydenham :

Phosphate tricalcique......	2 gr.
Mie de pain de froment....	4 gr.
Gomme pulvérisée.........	4 gr.
Sucre blanc............	12 gr.
Eau de fleurs d'oranger.....	2 gr.
Eau distillée...............	q. s. p. 200 cc.

S'il y a entérite tuberculeuse :

Alimentation végétarienne :

Tannigène.............	0 gr. 30

p. 1 cachet, 3 par jour.

En cas d'échec donner :

Extrait thébaïque........	0 gr. 10
Sous-nitrate de bismuth..	4 gr.
Eau de fleurs d'orangers..	25 gr.
Sirop de ratanhia........	30 gr.
Eau de tilleul...........	100 gr.

à prendre par cuill. à soupe en 24 heures.

Si dans 4 jours un résultat satisfaisant n'est pas obtenu, donner, émulsionnée dans l'eau, de la tisane :

Poudre de talc......... 100 à 200 gr.

(Debove).



Dans les cas rebelles, essayer :

Bleu de méthylène......	0 gr. 10
Lactose..............	0 gr. 20

p. 1 cachet : 3 à 4 cachets par jour.

Les urines seront colorées en bleu.

ou bien :

Cotoïne................	0 gr. 05

On pourra enfin avoir recours aux injections rectales de 200 à 300 gr. d'*eau oxygénée,* rigoureusement *neutre*, à deux ou trois volumes.

Compresses chaudes laudanisées sur le centre.

En cas de déshydratation, injections sous-cutanées de 300 à 800 gr. par jour de sérum artificiel.

(D'après L. Rénon.)

J. Noir.

EXAMEN CLINIQUE DES URINES

Rapports entre la coloration des urines et les éléments anormaux qu'elles renferment

L'urine normale présente une coloration jaune ambré dont l'intensité peut varier légèrement avec la densité, c'est-à-dire avec la quantité de matières dissoutes. Si elle est trouble, épaisse, tenant en suspension des matières salines ou graisseuses, la coloration doit être observée après filtration ; l'observation doit toujours être faite à la lumière du jour et jamais à la lumière artificielle.

Sous l'action de certains médicaments, ou de certains états pathologiques, la couleur de l'urine peut virer au rouge, au brun, au vert, ou même au bleu ; de l'apparition de semblables colorations, le médecin peut-il tirer certains renseignements au sujet du diagnostic de certaines affections ? C'est cette question que nous nous nous proposons d'examiner ici.

Urines incolores.

L'urine est presque dépourvue de coloration dans tous les cas de polyurie, dans les névroses, la matière colorante étant, dans ce cas, diluée dans une grande quantité de liquide.

Urines blanchâtres.

Cet aspect est dû à la présence au sein de l'urine, soit d'une émulsion graisseuse, plus ou moins laiteuse, soit de cristaux microscopiques d'urates alcalins.

1° *Urines grasses proprement dites.* — Elles sont rares chez nous, fréquentes surtout dans les pays chauds. On y caractérise aisément la présence de matières grasses au moyen d'une bandelette de papier collé qui, plongée dans ces urines, reste tachée après dessiccation. Elles se clarifient par agitation avec de l'éther. Enfin au microscope on observe aisément les globules gras, ainsi que nous le verrons dans un article ultérieur.

2° *Urines chyleuses.* — Elles sont parfois légèrement rosées, et renferment de petites quantités d'hémoglobine ; par le repos, ces urines se séparent en trois couches, l'inférieure très épaisse, la moyenne, fluide, et la supérieure, crémeuse ; elles sont symptomatiques des affections hépatiques, et non rénales.

3° *Urines blanc grisâtre des uratiques.* — Elles renferment en suspension une grande quantité d'urate de soude que l'on peut aisément séparer par centrifugation et observer au microscope. Le dépôt obtenu après centrifugation, additionné de quelques gouttes d'acide azotique, évaporé à sec, et traité par deux gouttes d'ammoniaque, donne une belle coloration pourpre (réaction de la murexide).

Le dosage de l'acide urique peut se faire aisément, en prenant 20 cmc. d'urine non filtrée et agitée, additionnant de 10 gouttes d'acide acétique, puis goutte à goutte d'une solution titrée contenant :

Sulfate de cuivre..........	2 gr. 968
Hyposulfite de soude........	40 gr.
Sel de Seignette............	80 gr.
Eau distillée............ad.	1000 cmc.

On ajoute le réactif jusqu'à ce qu'une goutte du mélange colore en rouge brun une solution témoin renfermant :

Ferricyanure de potassium..	2 gr.
Acide chlorhydrique.......	10 gr.
Eau distillée............ ad.	1000 cmc.

Le nombre de dixièmes de centimètre cube de la solution employée représente en centigrammes la quantité d'acide urique par litre.

Urines jaune vif.

Ces urines proviennent de malades ayant absorbé de la rhubarbe, du sené ou de la santonine ; la coloration est d'un jaune franc, très vif ; les urines ictériques sont plus verdâtres. Traitées par les alcalis, elles se colorent en rouge vif, réaction que ne donnent pas les urines ictériques. S'il s'agit de savoir si la réaction est due à la santonine ou à la rhubarbe, on se reportera au tableau suivant :

Réactifs	Rhubarbe ou Sené	Santonine
Carbonate de soude ou d'ammonium.	Coloration rouge prompte.	Coloration lente.
Alcalis.	Coloration rouge persistant après 24 heures.	Peu stable.
Zinc ou amalgame de sodium (tous les réducteurs).	La coloration disparaît.	La coloration persiste.
Eau de chaux ou de baryte.	La matière colorante est précipitée	Elle reste en dissolution.

Urines jaune verdâtre.

Ce sont les urines ictériques, caractéristiques des affections hépatiques. Elles moussent fortement par agitation et tachent le papier sur lequel on les filtre. La présence de la bile est caractérisée d'une façon précise : 1° par l'existence des pigments biliaires (bilirubine. biliverdine, bilifuchsine, biliprasine) ; 2° par celle des acides biliaires (acides cholique et choléique). Les procédés de recherche actuellement connus sont très nombreux ; seul celui de Jolles est sensible, mais délicat à employer, surtout quand l'urine est fortement colorée.

La réaction de Gmelin, la plus ancienne et la plus communément utilisée, consiste à placer dans un verre à expériences 20 cmc. d'urine, puis à y introduire, au moyen d'un tube effilé plongeant jusqu'au fond du verre, 10 cmc. d'acide azotique, rendu un peu nitreux par exposition à la lumière, de façon à ce que les deux liquides se superposent sans se mélanger.

Au bout d'une dizaine de minutes, la production des couleurs dues aux pigments biliaires a lieu de haut en bas et dans l'ordre suivant :

Jaune,
Vert,
Bleu,
Violet,
Rouge,
Jaune.

Les zones violettes et vertes sont indispensables pour pouvoir conclure à la présence de la bile dans l'urine.

Jolles a rendu cette réaction 20 fois plus sensible en modifiant le mode opératoire : on ajoute à l'urine du chlorure de baryum, de l'acide chlorhydrique et du chloroforme ; on décante, évapore et ajoute au résidu quelques gouttes d'acide azotique nitreux ; les pigments biliaires sont caractérisés par la formation d'une coloration verte.

Traitées par le réactif de Florence, ainsi qu'il sera dit à propos de l'urobiline, les urines ictériques donnent après repos une couche inférieure colorée en vert, mais non fluorescente.

Urines brun-acajou

Une telle coloration caractérise la présence, dans l'urine, d'urobiline ; c'est une matière colorante dérivant non de la bile, mais de l'hémoglobine du sang ; c'est un constituant normal de l'urine ; sa proportion dans l'urine est donc seule intéressante, cette proportion diminuant dans l'anémie, la néphrite chronique, le diabète, et augmentant au contraire toutes les fois qu'il y a destruction d'une grande quantité de globules sanguins, ainsi après les fortes hémorragies.

Pour isoler le pigment, il faut agiter 10 cmc. d'urine avec 1 ou 2 gouttes d'acide chlorhydrique, et 2 cmc. de chloroforme ; on décante ensuite le chloroforme et on l'additionne de 1 cmc. d'une solution alcoolique à 1/1000 d'acétate de zinc cristallisé ; il se forme à la surface de séparation des deux liquides un anneau vert fluorescent, dont l'intensité permet à un œil exercé d'apprécier l'excès ou le défaut d'urobiline dans l'urine. Cette réaction n'étant pas applicable au lit du malade, on convenait de conclure à la présence d'un excès d'uroboline toutes les fois que l'urine présentait une teinte acajou foncé.

M. Florence a indiqué le réactif suivant, à propriétés réductrices :

Pyridine................	50 gr.
Alcool	50 gr.
Chloroforme	50 gr.
Acétate de zinc..........	7 gr. 50

Dans un tube à essai, on place 2 cmc. d'urine et 4 cmc. de réactif, on agite légèrement sans émulsionner et on laisse reposer ; s'il y a de l'urobiline, la couche inférieure présente une magnifique fluorescence verte ; la réaction est quantitative et par son intensité permet d'apprécier la richesse de l'urine en pigment. Elle ne nécessite aucune filtration et est applicable au lit du malade.

Urines rougeâtres.

Cette coloration peut être due à la présence dans le sang de globules sanguins ou à l'usage par le malade de certains médicaments comme le pyramidon.

I. *Urines sanguines.* — Leur teinte varie du rose au rouge le plus foncé, suivant la proportion du sang extravasé.

Le sang peut être caractérisé soit par l'analyse microscopique, qui fera l'objet d'un article spécial, soit par l'analyse spectroscopique, qui nécessite l'emploi d'un spectroscope, appareil coûteux qui n'existe que dans les laboratoires, soit enfin par l'analyse chimique, la seule dont nous nous occuperons ici.

La réaction de Heller consiste à mélanger 6 cmc. d'urine avec 2 cmc. de lessive de soude : on chauffe ; le mélange devient vert sale, et par repos il se forme un précipité rouge.

Il faut s'assurer au préalable que l'urine essayée ne renferme ni santonine, ni acide chrysophanique (rhubarbe ou séné.)

Traitées par le réactif de Florence, ainsi qu'il a été dit à propos de l'urobiline, les urines sanguines donnent après repos une couche inférieure colorée en rouge cerise ; l'intensité de cette coloration permet d'apprécier la proportion de sang contenue dans l'urine.

II. *Urines colorées en rouge par certains médicaments.* — Le plus important est le pyramidon qui se transforme dans l'organisme en acide rubazonique rouge-sang.

Sa présence est accompagnée d'un excès notable de sucre et d'urée dans l'urine ; ses réactions analytiques autres que sa coloration sont peu nettes.

L'acide salicylique peut aussi colorer les urines en brun rougeâtre : il en est de même du salol qui se dédouble dans l'organisme en ses deux constituants, acide salicyclique et phénol, que l'on caractérise séparément.

Pour caractériser l'acide salicylique et les salicylates, on acidifie par quelques gouttes d'acide chlorhydrique, on épuise à l'éther et verse l'éther décanté à la surface d'un verre rempli d'eau

contenant quelques gouttes de perchlorure de fer ; il se forme de larges stries violettes.

Les réactions du phénol seront indiquées plus loin.

Urines bleues

Cette teinte, qui est toujours plus ou moins verdâtre, est due à la présence dans l'urine soit d'indican, soit de bleu méthylène.

1° *Urines renfermant de l'indican.* — Ces urines, parfois d'un bleu pur, sont rares, l'urine normale ne contenant que de faibles traces d'indican ; il y en a, au contraire, des quantités notables dans la fièvre typhoïde, le choléra, l'anémie pernicieuse, le cancer des voies digestives, et toutes les fois qu'il y a obstruction de l'intestin grêle. L'indican ou indoxylsulfate de potassium provient de l'oxydation de l'indol sous l'influence de certains microorganismes et sa présence permet d'apprécier le degré de septicité du tube digestif ; il disparaît en effet totalement après absorption d'antiseptiques comme le benzonaphtol. Pour le caractériser, Maillard ajoute à l'urine du chloroforme, de l'acide chlorhydrique et quelques gouttes de chlorure de chaux en solution ou de perchlorure de fer ; le chloroforme se colore en bleu par formation d'indigotine, puis lentement en rouge par formation d'indirubine.

II. *Urines renfermant du bleu méthylène.* — Ces urines sont colorées en bleu verdâtre, elles renferment du bleu de méthylène non altéré, ainsi qu'une certaine proportion de la leucobase correspondante, incolore ; par simple ébullition avec un peu d'acide acétique, à l'air, la leucobase se réoxyde et l'intensité de la coloration augmente notablement.

L'urine, agitée avec la nitrobenzine, la colore en vert.

Urines brun-verdâtre.

Les urines renfermant de la thalline ou paramidoanisol, homologue inférieur et succédané de la phénétidine, sont verdâtres, avec des reflets bruns, plus ou moins cuivrés.

Pour rechercher ce corps, on épuise à l'éther, décante et évapore l'éther ; le résidu donne avec une goutte de perchlorure de fer une belle couleur verte.

Urines brun foncé et noirâtres.

Cette coloration, qui peut varier du brun foncé au noir, est due à la présence, dans les urines, d'acide phénique, de créosote, et, d'une manière générale, de phénols ou de leurs dérivés.

On recherche ces phénols par la méthode de Desquelle.

On traite 10 cmc. d'urine par 5 cmc. de chloroforme, agite et décante la solution chloroformique ; cette solution est reçue dans un tube à essai contenant une pastille de potasse caustique, qui prend une coloration vive, caractéristique du phénol recherché.

Avec le phénol ordinaire,	on a une coloration	rose
thymol	»	violet foncé
résorcine	»	rose
hydroquinone	»	jaune d'or
α naphtol	»	bleu céleste
β naphtol	»	bleu-vert
pyrogallol	»	violette
gaïacol	»	rose-violacé
créosote	»	violette

Les éthers du phénol, comme le salol ou le bétol, se dédoublent dans l'organisme en leurs constituants que l'on peut caractériser l'un à côté de l'autre.

Le phénol ordinaire, dont la coloration obtenue par la méthode précédente est peu nette, se reconnaît encore :

1° Au précipité blanc de tribromophénol qu'il donne avec l'eau bromée : l'urine est épuisée comme précédemment au choroforme, on décante et évapore le chloroforme ; c'est sur ce résidu que l'on fait réagir l'eau bromée ;

2° Avec le réactif d'Yvon, solution de nitrate acide de mercure dans l'acide azotique, à chaud, on a une belle coloration rouge.

Coloration de l'urine.	Réactions caractéristiques.	Conclusion.
Incolore.	....	Polyurie.
Jaune ambré.	....	Urine normale.
Blanchâtre.	Se séparant en trois couches par repos.	Urines chyleuses.
	Ne se séparant pas.	Urines graisseuses.
	Teinte plus ou moins grisâtre, donnant la réaction de la murexide.	Urates alcalins.
Jaune vif.	Virant au rouge par les alcalis.	Santonine, rhubarbe, séné
Jaune-verdâtre.	Avec le réactif de Florence, coloration verte.	Bile.
Brun-acajou.	Avec le réactif de Florence, coloration verte, dichroïque, fluorescente.	Urobiline.
Rougeâtre.	Avec le réactif de Florence, coloration rouge ; avec le réactif de Heller, précipité rouge.	Sang.
	Avec le perchlorure de fer, coloration violette.	Acide salicylique.
	Présence simultanée d'un excès d'urée et de sucre.	Pyramidon.
Bleues.	Avec le réactif de Maillard, coloration bleue intense.	Indican.
	Teinte toujours verdâtre.	Bleu Méthylène.
Brun-verdâtre.	Reflets cuivrés ; après épuisement à l'éther, coloration verte par le perchlorure de fer.	Thalline.
Noirâtre.	Après épuisement au chloroforme, le chloroforme traité par une pastille de potasse donne une coloration caractéristique.	Phénols divers.

V. Volmar, Ingénieur-Chimiste, Licencié ès sciences.

MÉDECINE PRATIQUE

Avantages, technique et indications de l'infusion saline continue par la voie intrarectale.

L'infusion saline *continue* par la voie rectale a été introduite, dès l'année 1906, en Allemagne par Katgenstein, en Amérique par Murphy. Cette méthode est basée sur ce fait d'observation que le rectum est capable d'absorber pendant un très long temps de notables quantités d'eau, ou mieux de solution physiologique, pourvu que le liquide lui soit amené lentement sous une très faible pression, et même *goutte à goutte*.

La question est d'autant plus intéressante que depuis une dizaine d'années l'emploi des infusions salines, sous-cutanées, intraveineuses, ou intrarectales, s'est généralisé dans la thérapeutique chirurgicale comme dans la thérapeutique médicale pour les cas d'hémorrhagies, déshydratation quelconque de l'organisme, de collapsus, de lavages de l'organisme, d'abaissement de la pression artérielle, de diminution de la diurèse, de troubles circulatoires au cours des infections de toutes sortes, etc.

Cependant, cette méthode plus nouvelle de l'infusion rectale semble, d'après le Dr E. M. (de Cologne), *Munch. med. Wochens.*, 2 mai 1911), meilleure, plus simple et plus douce que les autres ; « aussi est-elle, grâce à une technique bien réglée, susceptible de les remplacer avantageusement dans la plupart des cas ».

Certes l'infusion rectale offre des points faibles ; elle ne s'adapte pas à toutes les situations ; dans certains moments critiques d'hémorrhagies graves, de collapsus, d'hypotension grave au cours d'une péritonite, etc., son action n'est pas assez rapide ; elle n'est pas aussi intense que celle des infusions sous-cutanées ou intraveineuses. Par contre, elle offre des avantages indiscutables. Tandis qu'une sonde rectale peut être introduite sans difficultés, au besoin par un infirmier, la voie sous-cutanée et surtout la voie intra-veineuse exigent une technique plus compliquée, l'intervention du médecin ainsi qu'une stricte asepsie, afin que soient évités le phlegmon, la thrombose et l'embolie. Dans l'infusion rectale, la stérilisation du liquide et des instruments devient superflue, tout préparatif spécial est inutile ; l'appareil peut à tout moment être utilisé. En outre, l'infusion sous-cutanée ou intra-veineuse n'est pas susceptible d'être pratiquée à volonté, puisque le nombre des points et des veines injectables reste limité. Le procédé est douloureux pour le malade. Toutes ces conditions n'existent pas pour la voie rectale, qui ne risque pas non plus de surcharger l'organisme de liquide et de chlorure de sodium. Or, par le tissu cellulaire sous-cutané comme par la veine, la résorption est en quelque sorte forcée; d'où le surmenage possible d'un cœur fatigué par un excès de liquide, la sursaturation en chlorure de sodium des tissus et des cellules et la substitution fâcheuse de sels de sodium aux sels de potassium indispensables à la fonction normale de l'albumine cellulaire. Le rectum absorbe seulement les quantités qui ne sont pas nuisibles. L'infusion rectale continue met, d'autre part, à la disposition de l'organisme des quantités illimitées de liquide ; elle en permet une résorption plus lente ; et ces conditions, qui ne sont pas réalisées dans les infusions sous-cutanées et intra-veineuses, donnent un relèvement plus accentué et plus persistant de la tension artérielle. Depuis les expériences de Martin, le rectum pourrait résorber jusqu'à 5 litres de liquide par jour.

***

Voici quelques détails sur la *technique* de l'infusion rectale continue, ou mieux faite goutte à goutte.

L'irrigateur renfermant la solution saline tiède est fixé au lit, de telle sorte que la surface du liquide se trouve à 40 ou 50 cent. au-dessus du matelas. Le débit en est réglé au moyen d'une pince à vis fixée sur le tuyau de caoutchouc, de façon à ce qu'il s'écoule environ une goutte par seconde. La sonde intestinale est un cathéter de Nélaton nº 20 ; elle ne doit pas être de calibre plus élevé afin que le sphincter ne réagisse pas par des contractions douloureuses. Aucune installation spéciale n'est nécessaire pour maintenir à une température constante le liquide de *l'irrigateur ;* car les gouttes qui tombent dans l'intestin prennent assez vite la température du corps pour éviter toute réaction thermique désagréable au niveau de la muqueuse.

Le débit de l'appareil doit rester réglé suivant les conditions fixées plus haut ; en effet si l'eau parvient en trop grande quantité, il arrive un moment où le rectum surchargé ne peut plus contenir et laisse tout échapper dans le lit du malade ; si au contraire l'écoulement est trop lent, on cherche à l'augmenter en tournant la vis de la pince régulatrice, et bien souvent, il devient trop abondant, d'où encore inondation du lit. C'est là un reproche sérieux fait à la méthode ; mais il devient possible de surveiller le débit « à la vue » sans retirer chaque fois la sonde intestinale — ce qui serait un autre inconvénient non moins néfaste — il suffit pour cela d'interposer sur le trajet du tuyau une sorte de « ballon de condensation ». Ce ballon en verre est muni de deux orifices, diamétralement opposés, dont l'inférieur se continue directement avec un tube de verre, sur lequel se fixe le bout inférieur du caoutchouc. Par l'orifice supérieur, au contraire, pénètre, reliée au tuyau de caoutchouc amorcé à l'irrigateur, une deuxième tubulure qui entre franchement dans le ballon, et vient se terminer dans son hémisphère supérieur par une partie légèrement recourbée, de laquelle s'écoule le liquide goutte à goutte, sous le contrôle de la vue. Par ce dispositif, le réglage de l'appareil devient très facile ; il peut varier à tout moment suivant la capacité de résorption de l'intestin, et quand il est bien fait, on ne doit voir aucun suintement de retour le long de la sonde rectale.

De la sorte le patient ne se trouve nullement incommodé ; le tube peut être laissé en place durant de longues heures, et même pendant le sommeil. Au bout de quelques jours naturellement, la capacité de résorption de l'intestin se trouve très diminuée ; il faut alors un temps de repos. Tous les deux jours, il est aussi nécessaire de donner un lavement de propreté, s'il n'y a pas eu d'évacuation intestinale ; mais la chose est rare, car l'écoulement goutte à goutte exerce une influence favorable sur le péristaltisme intestinal, sans toutefois le rendre anormal.

Chez quelques malades, la résorption se trouve définitivement arrêtée dès le 3e ou le 5e jour, malgré des arrêts ; mais il est possible de la rétablir, soit en remplaçant l'eau salée par de la simple eau de fontaine, soit en y ajoutant quelques gouttes d'opium (environ 5 gouttes).

***

Cette organisation très simple, qu'il est inutile de compliquer à la manière des Américains, permet donc de réaliser l'infusion saline continue. Le Dr Martin obtient de cette méthode les meilleurs résultats, et il l'emploie de plus en plus. Il ne l'installe pas seulement après les opérations de péritonite et d'incarcération, après les laparotomies, etc., mais pour ainsi dire après chaque grande intervention chirurgicale, nécessitant la narcose et le repos au lit. Les malades, qui, le matin de l'opération, doivent rester à jeun et ne peuvent rien absorber, aussitôt après la narcose, éprouvent ainsi un très agréable soulagement de la soif ; ils se remettent très vite du choc opératoire. La tension artérielle, abaissée par la narcose, revient plus rapidement à la normale. L'infusion rectale évite en général les vomissements consécutifs à l'anesthésie par le chloroforme et par la scopolamine-morphine-éther ; elle crée un état post-opératoire presque idéal. On infuse environ un litre et demi par jour ou 2 litres et l'on diminue progressivement avec la reprise de l'alimentation.

Inutile de dire que si, dans certains cas, rares, il est vrai, les effets attendus ne sont pas assez rapides, il faut, sans plus tarder, recourir à la voie sous-cutanée ou intra-veineuse.

Petite Correspondance de Médecine pratique

L'empoisonnement par les champignons

Mon cher Confrère,

Nous sommes à l'époque des champignons. S'il arrive d être appelé auprès de personnes qui ont absorbé des champignons vénéneux, quelle conduite utile à suivre ?

Réponse. — La première indication est, même en cas de doute, de vider le tube digestif. Provoquer les vomissements, même en usant de poudre d'ipéca ; lavements abondants, même lavements purgatifs.

Ensuite, selon les conseils du prof. Arnozan dans ses *consultations médicales*, faire prendre toutes les heures durant une 1/2 journée une cuiller à soupe de charbon végétal ou de noir animal en poudre délayé dans un peu d'eau.

Exiger le repos, donner des boissons stimulantes, laisser pendant quelques jours le malade d'abord à une diète absolue puis relative.

Pour les accidents toxiques plus ou moins graves qui peuvent survenir, se guider selon la gravité des symptômes, pour les combattre par une thérapeutique de circonstance lorsqu'ils constituent un danger.

Comment se débarrasser des bouchons qui obturent le conduit auditif externe ?

Si le bouchon est un bouchon de cérumen, le mieux est de le ramollir en introduisant plusieurs fois par jour dans le conduit obturé soit :

Carbonate de soude........		0 gr. 10
Glycérine.................	}	āā 5 gr.
Eau distillée.............	}	

soit :

Acide borique..............	0 gr. 50
Huile d'olives..............	10 gr.

Faire ensuite des injections, à pression un peu forte mais sans exagération, d'eau tiède légèrement phéniquée, le long de la paroi supérieure du conduit auditif; sécher après la sortie du bouchon et instiller deux ou trois gouttes de glycérine solidifiée au centième.

Si l'on a à faire à un bouchon épidermique, il faudra, pour le désagréger, instiller un peu d'eau fortement alcoolisée, essayer de remplir l'oreille d'eau oxygénée à 12 volumes coupée de 3 fois son volume d'eau boratée à 1 p. 50 ; on pourra encore faire usage de l'instillation de quelques gouttes de :

Huile de vaseline..........	10 gr.
Acide salicylique..........	0 gr. 20

avant d'avoir recours avec prudence à la curette et à la pince.

Comment se débarrasser des taches de nitrate d'argent ?

Il suffit de laver avec la solution suivante :

Sublimé..................	}	āā 20 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaq.	}	
Eau......................		q. s. p. 200 cc.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

Je crois qu'il me faut envoyer à *chaque ouvrier accidenté* un avertissement en justice de paix au chef-lieu de canton où il habite et où est l'usine. Faut-il en faire envoyer un au propriétaire qui habite Paris ou au directeur gérant de l'usine qui habite sur place.

Faut-il n'envoyer qu'un avertissement pour tous au patron et les convoquer où est l'usine.

Réponse. — Il s'agit bien évidemment d'accidents du travail garantis par les lois de 1898 et suivantes. Dès lors, c'est le patron, et non les ouvriers, qu'il y a lieu d'avertir, puis de citer devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Vous pouvez faire citer le directeur de l'usine et n'envoyer qu'un seul avertissement et une seule citation si le greffier de la justice de paix l'admet.

1992. — Dr B. à « Sou médical ». — J'ai eu à soigner un blessé du travail (tarif Dubief), à qui j'avais à faire le pansement de 3 doigts écrasés à la même main : index, majeur, annulaire.

Dois-je compter un seul pansement antiseptique à chaque séance — ce que je ne crois pas.

Réponse. — Si, comme c'est probable, vous avez fait un pansement antiseptique complet pour chaque doigt, vous devez compter trois pansements antiseptiques complets.

L'une des règles du Tarif Dubief, en effet, est que les interventions se cumulent, sauf dans les cas énoncés à la note du tableau B de l'article 10.

1984. — Dr X. à « Sou Médical ». — Membre du « Sou », j'ai recours à vos lumières pour vous demander les formalités à remplir pour aller 1 à 2 fois la semaine donner des consultations dans un petit endroit à 10 kilomètres de chez moi. Voici le cas : un confrère se retire et me cède un petit noyau de clientèle.

Je vais probablement louer une chambre dans un hôtel ou une pièce meublée chez un particulier, faut-il que je fasse une déclaration quelconque à la mairie où à la sous-préfecture. La commune où je vais aller est de mon canton.

Aurai-je à payer une patente et centimes additionnels pour ce logement.

Réponse. — Vous n'avez aucune déclaration à faire,

Suite page XVI.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place

(*Suite*)

La journée passée à Blain était bien faite pour effacer un peu la déception causée par Redon et Châteaubriant.

Le charmant confrère Bichon en avait été l'organisateur en s'appuyant sur le jeune syndicat régional de Nort-et-Loire.

Dans l'intimité d'un home, comme nous en souhaiterions à tous nos confrères parce qu'une femme remarquablement douée en assure l'agencement en s'inspirant de la recherche du bon goût et du confortable plutôt que d un luxe en guerre avec l'esprit pratique, nous fûmes d'abord mis au courant des anciennes relations médicales dans la région, des mésaventures individuelles de chacun au temps où l'arbitraire des administrations s'en donnait à cœur joie sur le dos des isolés. Nous dégustâmes à la fois les plus délicieux échantillons des mets et boissons du pays et l'histoire de certaines fantaisies d'une commission administrative d'hôpital digne d'être datées du dix-huitième siècle.

Ce déjeuner intime comptera parmi les meilleurs souvenirs de notre tournée. Il nous a fait rencontrer le type de la vraie compagne du praticien, qui, voyant son mari très occupé, lit le *Concours* et signale, à son époux, les articles qu'il doit lire, ou lui résume les autres. Madame Bichon, de Blain, est très ferrée sur nos œuvres de défense ou de mutualité et, en ménagère avisée, est la première à recommander l'adhésion à ces œuvres. Une fois de plus Madame, nous vous remercions de votre concours, qui est fort utile. Nous associons votre nom à celui de Madame Sexe, de Besançon, et nous souhaitons que vous soyez imitées. Combien plus facile serait notre tâche de propagandiste, si les compagnes de nos confrères voulaient nous aider. Moins artistes que leurs maris, plus pratiques, parce que plus en contact avec les difficultés matérielles de la vie, les femmes de médecins ont vite fait de voir les avantages immenses conférés par l'adhésion au « Sou », à la Mutualité familiale, à l'A. G., etc.

Ah, Mesdames, soyez nos alliées ! Travaillez pour vos maris, mais aussi pour les autres confrères. Forcez vos époux à être prévoyants, puis forcez-les également à le faire savoir également aux médecins voisins. Vous aurez bien mérité de toute la profession.

Nous ne fûmes pas moins heureux et franchement à l'aise quand vinrent se grouper autour de nous les confrères de toute la contrée.

Quelle différence d'attitude entre cet auditoire de syndicalistes égalitaires, convaincus, pratiquants, en quête de nouveaux *actes* utiles, urgents, formellement indiqués, et les marques discrètes d adhésion quasi-diplomatique que rencontrent les vibrants appels du *Concours* dans les grandes cités où l'Ecole et le mandarinat ont créé de ridicules hiérarchies ! Aussi, comme nos amis de Nort-et-Loire sentaient vivement la nécessité de l'autonomie de leur groupe si cohérent ! Avec quelle insistance ils nous pressaient de dire, à Nantes : « Au lieu du syndicat départemental de la Loire-Inférieure, trop vaste pour agir en *toutes matières, il est* urgent de provoquer la fédération des syndicats de région constitués et à constituer » ! Avec quelle ardeur ils protestaient contre le drainage de leurs malades par les hôpitaux du chef-lieu, drainage effectué malgré les efforts impuissants du dévoué Saquet et du grand syndicat actuel! Avec quelle unanimité ils nous poussaient à combattre le lendemain, d'accord avec Lande et Lafontaine, la création, suivant une formule purement administrative, de l'infirmière pour l'assistance médicale à domicile proposée au Congrès de Nantes !

Le repas du soir qui termina cette bonne journée n'eut pas non plus le caractère semi-solennel des *banquets. Ce fut un dîner où l'on travailla* les questions par le menu (c'est le cas de le dire), où s'effacèrent encore quelques divergences de vues sur les affaires de rhétorique déontologique, où l'on s'arma pour les luttes, où *tout le monde* s'enrôla, un louis à la main, dans le « Sou médical » et adhéra à la *Mutualité familiale du corps médical français.*

Ah ! si, au lieu de se disputer, avec parti pris et arrière-pensées, sur l'organisation du rouage central qui s'appelle l'Union, nos dévoués du syndicalisme allaient ainsi sur place prêcher l'entente pour l'action, en écartant tout ce qui divise dans les théories spéculatives, tout ce qui sent le chauvinisme régional, l'excès d'amour-propre local ou personnel, c'en serait bientôt fait des paralysantes polémiques qui ne valent que comme copie pour les journaux parce qu'en définitive le praticien, rivé à la glèbe, n'en a cure que pour se distraire et en constater la puérilité !

Camarades de Blain et de Nort-et-Loire, n'est-ce pas là ce que vous nous avez chargés de dire ?

Dr JEANNE, Dr BOUDIN.

(*A suivre.*)

RELÈVEMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX

Impossibilité de baser le relèvement de nos honoraires sur le prix de revient de la visite médicale

La mode en ce moment, parmi les médecins, est au calcul du prix de revient de la visite médicale.

Le Dr Chapon, secrétaire du Syndicat médical de Paris, a cru pouvoir établir le prix de revient de la visite médicale à Paris pour un médecin célibataire. Le Dr Decourt, de Mitry-Mory à l'occasion du tarif Dubief a fait les mêmes calculs pour la campagne.

Un des derniers numéros du *Concours* reproduisait un travail semblable du Dr Dejace pour la Belgique. Tous trois pensent ainsi appuyer sur une base solide nos demandes d'augmentation d'honoraires. Je suis fâché d'être d'un avis opposé. Ces différents calculs me semblent prouver tout d'abord et surtout que les médecins en général sont fort mauvais comptables.

Quand les comptables s'avisent de parler médecine sans s'être suffisamment renseignés, il leur arrive fréquemment de commettre de très *grosses erreurs. Il en est de même* pour les médecins parlant comptabilité sans s'être exactement documentés. Et cependant en l'espèce la documentation se réduisait à bien peu de chose. Il suffisait de savoir d'une façon précise ce qu'est le prix de revient d'une marchandise !

De l'article du Dr Dejace je ne dirai rien par ce qu'il s'applique à la Belgique. Les deux autres méritent d'être étudiés de près, à cause des conséquences importantes et fâcheuses qu'ils comportent.

Si le Dr Chapon avait intitulé son travail : Budget minimum d'un médecin parisien célibataire, il n'y aurait rien à objecter sauf quelques critiques de détail. En prétendant déduire de ses chiffres que la visite médicale revient à tout près de 3 francs au minimum et par conséquent qu'elle ne doit pas être payée moins de 3 francs, notre confrère émet une affirmation fâcheusement erronée.

Cette erreur fondamentale éclate dès l'énoncé :

Prix de revient de la visite médicale pour un médecin parisien célibataire. Ne serions-nous pas quelque peu interloqués si nous lisions dans un journal ou une revue quelconque des titres comme ceux-ci :

Prix de revient d'une paire de pneus pour un fabricant provincial père de 4 enfants.

Prix d'un mètre cube de maçonnerie pour un entrepreneur parisien célibataire.

En saine comptabilité, le prix de revient d'une marchandise ou d'un produit quelconque, c'est le prix auquel ce produit, cette marchandise ont été payés plus leur quote-part dans les frais généraux : loyer, impôts, assurances, intérêts des capitaux amortissement du matériel, main-d'œuvre, etc., *mais l'état civil du fabricant ou du négociant* n'a rien à y voir ; pas davantage ses dépenses personnelles ou ses charges de famille même réduites au strict minimum. C'est l'écart entre le prix de revient et le prix de vente qui doit subvenir aux dépenses personnelles et de ménage.

Donc il est possible et fort utile de calculer les frais généraux de la profession médicale, mais il est tout à fait impossible de calculer le prix de revient du travail médical.

Le travail est bien à certains points de vue une marchandise comme une autre et soumis comme tel à toutes les lois économiques, en particulier à celle de l'offre et de la demande, mais c'est une marchandise d'un genre tout particulier. en ce sens précisément que le prix de revient se réduit aux frais généraux, ce qui est tout différent d'un mètre cube de maçonnerie ou d'une paire de pneus.

On a discuté, on peut discuter le salaire minimum nécessaire à telle ou telle catégorie d'ouvriers, mais jamais on n'a cherché le prix de revient à l ouvrier lui-même de l'heure de travail. Pour l'entrepreneur le prix de revient de l'heure de travail du maçon, c'est ce qu'il paie à l'ouvrier, plus s'il a cent ouvriers, le centième des frais généraux : patente, assurances, contremaîtres, etc

Il y a un salaire minimum au-dessous duquel le maçon ou le terrassier se trouve dans la misère noire. De même il y a pour le médecin un minimum d'honoraires au-dessous duquel il végète misérablement, mais il n'y a pas et il ne peut y avoir de prix de revient pour l'heure de travail médical pas plus que pour l'heure de terrasse ou de maçonnerie. Seulement le médecin a des frais généraux à faire que n'ont pas le maçon et le terrassier. Ces frais généraux : loyer, impôts, assurances, service, livres et journaux de médecine, instruments etc. il doit les couvrir avant même d'arriver à gagner sa subsistance.

D'après le Dr Chapon, ces frais généraux monteraient à Paris à environ 10 francs par jour. Il est donc permis de dire que jusqu'à 10 francs par jour le médecin ne gagne même pas son pain, que si l'on admet aussi 10 francs pour son entretien quotidien de célibataire il faut qu'il gagne 20 francs chaque jour pour joindre les deux bouts. On reste ainsi sur le terrain de la comptabilité correcte. Sans sortir de ce terrain on peut dire encore, en prenant toujours pour base les chiffres du Dr Chapon, que jusqu'à 28 francs par jour le médecin ne fait en plus de ses frais que regagner l'argent dépensé pour son instruction, c'est-à-dire, en réalité, rentrer dans ses débours, que pour pouvoir élever une famille même modestement, il lui faudrait au moins 40 francs par jour.

Ce raisonnement est juste, il est bon que nous le fassions, il serait meilleur encore qu'il fût fait par les familles des aspirants à la carrière médicale. On peut aussi déduire de tout cela le chiffre minimum au-dessous duquel ne doit pas descendre le prix de la visite médicale ; mais il s'agit de salaire minimum, question sociale et économique *très grave, toute différente de la simple*

question de pure comptabilité qu'est le prix de revient.

Après avoir, du moins je le crois, démontré directement et clairement qu'on ne pouvait, des chiffres du Dr Chapon, déduire, comme il l'avait cru, le prix de revient de la visite médicale, je vais le démontrer indirectement et d'une façon plus saisissante encore par l'examen des conséquences qui découlent logiquement de la manière de voir de notre confrère.

Si l'on admettait qu'il soit légitime : 1° de faire entrer dans le prix de revient de la visite médicale les dépenses du ménage réduites au strict nécessaire, 2° de demander au public pour prix de la visite médicale, une somme au moins égale au prix de revient ainsi calculé, voici ce qui en résulterait :

Le prix de revient étant évidemment 5 fois plus élevé pour le médecin qui fait 1000 visites par an que pour celui qui en fait 5000, le premier médecin aurait droit pour sa visite à 5 fois plus que le second.

De même le médecin, chargé de famille, aurait le droit de demander 4 ou 5 fois plus que le célibataire.

Donc un médecin chargé de famille et sans grande clientèle aurait, d'après ces prémisses, le droit de demander pour sa visite 20 ou 25 fois plus qu'un médecin célibataire occupé. L'absurdité de la conclusion rend manifeste l'erreur des prémisses.

Ne parlons donc pas au public d'un prix de revient de la visite médicale qui n'existe pas et n'appuyons pas sur une argumentation entachée d'erreur des réclamations très justifiées, car la démonstration de l'erreur entraînerait le rejet de nos réclamations.

Et cependant il est incontestable que, dans ces dernières années, le prix de toutes choses a singulièrement augmenté. Les médecins parisiens équilibraient autrefois leur budget avec la visite à 2 francs dans la clientèle ouvrière. Ils payent aujourd'hui 3 francs ce qu'ils payaient 2 francs autrefois, l'équilibre est rompu à leur détriment.

En augmentant le prix des visites, en les portant à 3 francs au lieu de 2, ils ne réalisent pas une augmentation de leurs ressources, ils ne font que retrouver l'équilibre rompu.

D'autre part les causes ayant amené la cherté de la vie sont destinées à persister, même à s'aggraver, il n'y a donc pas lieu de patienter comme s'il s'agissait d'une situation transitoire et c'est dès aujourd'hui que l'augmentation est légitimement applicable.

Ce raisonnement est incontestable, le public le sait parfaitement. Il n'aura rien à y objecter en théorie.

Peut-être en pratique s'y décidera-t-il moins facilement. Ce sera à nous de savoir nous y prendre, mais pour cela gardons-nous bien de compromettre notre cause par des arguments dont l'erreur facile à démontrer se retournerait contre nous.

J'ai dit qu'à part cette grosse erreur, le travail du Dr Chapon était fort intéressant et permettait de faire d'utiles constatations. On pourrait cependant lui faire encore quelques critiques. La plus importante, à mon avis, c'est de s'être arrêté dans son travail au point le plus intéressant. Il a calculé combien un médecin parisien pouvait faire de visites par an et combien il était nécessaire qu'il en fît pour gagner sa vie. Ne serait-il pas aussi fort utile de savoir à quel nombre de clients répondent ces visites et par conséquent combien de médecins peuvent gagner leur vie à Paris dans l'exercice de leur profession...

Passons maintenant à l'examen des deux articles du Dr Decourt dans le *Bulletin de l'Union des Syndicats*. Notre confrère s'élève, à propos de la revision du Tarif Dubief, contre le chiffre de 1 fr. 50 attribué par ce tarif comme prix de la visite du médecin de campagne.

Prenant comme base de son argumentation le travail du Dr Chapon il reproduit son erreur fondamentale en faisant intervenir ses dépenses personnelles dans le prix de revient de la visite médicale, et il en ajoute encore une autre beaucoup plus grave par ses conséquences. En face du tableau du Dr Chapon dont le total est de 7.030 francs, il présente le sien dont le total est de 7.040. Il dit « les frais généraux du médecin à la campagne sont tout aussi élevés qu'à Paris, ils ne sont pas de même sorte, voilà tout. S'il dépense moins en loyer, nourriture et représentation, le médecin de campagne dépense plus en frais obligatoires de tournées, puisqu'il est obligé d'avoir cheval, voitures » ; j'ajoute ou plus souvent encore aujourd'hui : auto. La conclusion, c'est que le tarif Dubief doit être relevé, la visite dans la résidence portée à 2 francs.

J'approuve la conclusion, mais combien je trouve dangereuse pour nous l'argumentation.

A la campagne, la moitié au moins, parfois les 2/3 de la clientèle se trouvent en dehors de notre résidence. Aussi l'allocation d'une indemnité de déplacement suffisante est pour nous d'importance capitale. Or ici nous pouvons sérieusement parler de prix de revient, nous pouvons et nous devons présenter le total des kilomètres parcourus et des dépenses effectuées pour les parcourir ; une simple division nous donnera le prix de revient du kilomètre et nous aurons cette fois une base de discussion très solide si l'on veut nous fixer une allocation inférieure à notre prix de revient.

Mais alors si nous comptons nos frais de déplacement dans nos frais généraux afin de relever le prix de la visite à notre résidence, nous perdons tout droit à l'indemnité kilométrique, car il est évident que nous ne pouvons les compter deux fois. Pour essayer de gagner 50 centimes de plus par visite à notre résidence, nous acceptons de faire gratuitement 15 ou 20 kilomètres qui nous coûtent à nous 5 ou 6 francs. Malheureuse combinaison !

Réclamons donc en ce qui concerne le Tarif Dubief le relèvement du prix de la visite à 2 francs dans notre résidence, mais non pas en nous appuyant sur des frais de déplacement qui n'existent pas.

Les assureurs, qui savent compter, qui savent

établir une comptabilité, l'auraient vite fait remarquer, puis fait enterrer notre réclamation, tandis qu'ils ne pourront nier ni l'insuffisance de l'ancien tarif ni l'augmentation du prix de toutes choses.

Et pour l'indemnité kilométrique que réclamons, comme l'exigent le bon sens et la justice, qu'elle soit calculée sur le nombre de kilomètres réellement parcourus, sur le chiffre réel de nos déboursés.

De ceux-là nous pouvons parler, il existe pour nous un prix de revient du kilomètre parcouru. Il n'existe pas de prix de revient de la visite médicale ni à la ville ni à la campagne. Ce n'est pas en nous appuyant sur cette base fallacieuse que nous pouvons faire aboutir le relèvement de nos honoraires ; c'est en invoquant l'incontestable augmentation du prix de toutes choses.

Dr E. Dupont.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le Congrès de Nantes

(Ve *Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée.*) *Juillet* 1911.

Du 3 au 8 juillet, se tenait à Nantes le Ve Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée. Il y avait là des philanthropes, des philanthropes officiels, des mutualistes, des représentants qualifiés de l Administration. Il y avait aussi quelques médecins. Le Syndicat de la Seine avait jugé utile d'y être représenté. Un rapport surtout nous intéressait : le rapport du Dr Drouineau sur « l'Infirmière dans l'Assistance à domicile ».

Le Dr Drouineau concluait à la nécessité de demander une modification à la loi de 1893 pour faire entrer l'infirmière dans le cadre de cette loi, infirmière dont le rôle était d'ailleurs assez mal déterminé.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, après une longue discussion sur le rapport Drouineau, avait chargé son délégué de déposer un ordre du jour dans lequel il était dit qu'étant données les difficultés de pareille organisation, les études fort incomplètes publiées sur ce sujet, le mieux était de faire une large enquête auprès des Syndicats médicaux et des bureaux d'Assistance et de bienfaisance avant de demander la moindre modification à la loi. Le Conseil affirmait ainsi, conformément aux idées adoptées à notre dernière assemblée générale, la volonté de ne pas être tenu à l'écart dans une affaire qui nous intéresse en première ligne, *et de participer à une organisation dans laquelle le médecin jouera un rôle essentiel.*

Le Syndicat affirmait aussi, par là même, également la nécessité de créer un service réellement utile et pratique. Il voulait éviter, et pour le public, et pour les médecins, les dangers des projets hâtifs, peu mûris et susceptibles de gêner dans notre pays le progrès des idées d'hygiène, de contrarier le médecin dans son rôle d'éducateur et de favoriser par contre le charlatanisme.

***

Vint la discussion du rapport Drouineau. Notre ordre du jour fut présenté et soutenu. J'avoue que notre intervention suscita des résistances que j'étais loin de soupçonner. Il semblait logique, en effet, de voir les Syndicats médicaux s'intéresser à l'organisation de l'Assistance médicale dans ce pays. Cela parut extravagant et nos idées *rencontrèrent une très violente opposition.*

Cette opposition vint de trois côtés : des philanthropes, des représentants des administrations, des membres des écoles de médecine.

Les philanthropes n'admettent pas que nous nous occupions de cette question. Ils s'arrogent, eux incompétents, le droit exclusif de donner des conseils en matière d'assistance. Et s'ils acceptent le médecin, *c'est comme un salarié ou comme un auxiliaire bénévole.*

Le médecin ne saurait à leur avis s'occuper de ces choses qui relèvent de la charité. L'un des philanthropes les plus cotés, membre de différents conseils d'habitations à bon marché, vint à la tribune s'enorgueillir d'avoir fait de l'exercice illégal. Il déclara avoir donné ses soins (!) à un pauvre malheureux couché sur un lit de fougère, dans un pays perdu que le médecin n'avait pu atteindre.

Un autre s'étonne d'entendre parler des intérêts des médecins ! J'emploie la phrase textuelle.

Les représentants de l'administration nous accusèrent aussi de nous mêler de ce qui ne nous regardait pas.

Les législateurs, affirment-ils, n'ont rien à demander aux Syndicats médicaux. Ils n'ont pas consulté les médecins, ils n'avaient pas à les consulter pour faire la loi de 1893. Ils n'ont pas à les consulter aujourd'hui encore. L'administration pourvoit à tout et elle a créé le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Même note chez les membres des écoles. L'un d'eux, M. Henrot, directeur de l'Ecole de Reims, membre de l'Académie de médecine, affirma d'abord que le plus grand nombre des médecins n'étaient pas syndiqués, et que surtout l'Assistance médicale était du ressort de l'Académie de médecine et non des Syndicats.

Et cela fut assez curieux, ces colères subites et déchaînées par ce fait seul que fort paisiblement, nous, médecins syndiqués, faisions le geste d'offrir une collaboration que la simple logique affirme nécessaire.

Le bon sens finit d'ailleurs par avoir raison, le bon sens soutenu par notre vénéré confrère le Dr Lande, de Bordeaux, par nos confrères Jeanne et Boudin, du *Concours médical,* et aussi par nos confrères du Syndicat de Nantes. On put montrer que le syndicalisme médical était une force, qu'il s'appuyait sur l'intérêt public autant que sur l'intérêt médical dans la solution des

problèmes sociaux ; que dans ce pays il voulait substituer à l'incompétence administrative la compétence technique et professionnelle. Avec une légère modification, notre ordre du jour fut adopté et les conclusions du rapporteur repoussées.

Le Ve Congrès d'assistance a donc demandé qu'une enquête soit faite auprès des syndicats médicaux et associations médicales, etc.

La question de l'infirmière de l'Assistance à domicile va donc revenir devant nous, nous en reparlerons, nous l'étudierons à nouveau. Et nous proposerons des solutions qui, pour ne pas porter le sceau de la bureaucratie, n'en seront pas moins efficaces.

***

Il ne faut pas exagérer cependant notre succès. Ce Congrès n'a peut-être pas une importance bien grande. J'ai l'impression qu'il s'agissait là surtout d'une parade. Le gouvernement fait ce qu'il veut. Il tient ou ne tient pas compte des vœux exprimés.

Une assemblée n'a d'importance qu'à condition d'avoir la force d'exécuter les décisions qu'elle prend. Un Congrès comme le Congrès de Nantes, où se rencontrent des bonnes volontés inorganisées, ne peut rien.

Nous n'avons pas à compter sur les autres pour faire accepter nos volontés.

La question de l'infirmière à domicile, de l'organisation de l'assistance médicale à domicile, doit donc revenir devant nos Syndicats. Et puis quand une résolution aura été acceptée par les Syndicats, ceux-ci devront lutter pour la réaliser dans sa pratique.

Laissons donc là les philanthropes et étudions, puis agissons.

Notre puissance n'est pas en dehors de nous, elle est en nous.

Dr R. LAFONTAINE.

(*Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine.*)

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

« Tous les Pharmaciens sont fournisseurs de la Société.... »

Si l'on consulte les statuts des Sociétés de secours mutuels ou leur règlement intérieur, on est frappé de la teneur de deux articles dont l'opposition ou plutôt la contradiction saute aux yeux :

« Médecin de la Société : Docteur X.... »

Puis : « Tous les pharmaciens sont fournisseurs de la Société ».

On peut avancer que cet énoncé, à l'heure actuelle, se rencontre dans les statuts des trois quarts au moins des S. de S. M.

Quel est l'esprit qui a inspiré cette rédaction ? Pourquoi cette différence de traitement entre les médecins et les pharmaciens ? Quel raisonnement ont pu tenir les mutualistes pour la justifier ? Par quels intérêts ou quelles considérations ont-ils été guidés ? Pourquoi le choix du pharmacien, et l'imposition d'un seul médecin ?

Certes, nous ne ferons pas aux mutualistes l'injure de croire qu'ils manquent de confiance envers le corps médical et qu'ils suspectent son honnêteté. Nous pensons que, sous ce rapport, ils ont autant d'estime pour le corps médical que pour le corps pharmaceutique. On ne saurait pourtant douter qu'ils n'aient quelque méfiance envers l'un et l'autre — et plus envers le premier — au sujet des intérêts pécuniaires des Sociétés.

Loin de les en blâmer, nous comprenons leur souci, mais nous souhaiterions les voir revenir à une plus juste et plus saine appréciation des choses.

On craint que, par l'établissement du choix du médecin et du tarif à la visite, les Sociétés ne soient débordées par le chiffre des dépenses et que le nombre des visites médicales ne soit inutilement accru par certains médecins.

Admettons que cela puisse arriver et qu'il se rencontre des médecins assez peu soucieux des intérêts de l'intéressante classe mutualiste pour *pousser à la visite*, selon l'expression consacrée. Nous ferons remarquer que ces médecins-là n'agissent pas autrement dans leur clientèle, qu'ils sont connus, qu'il est possible de leur faire observer, s'ils acceptent le service médical de la Société au choix et tarif à la visite, qu'il y a des intérêts légitimes à sauvegarder et que l'on compte sur leur bon vouloir à cet égard.

Il est possible aussi d'instituer au besoin une commission de contrôle composée du Bureau, d'administrateurs de la Société et des médecins assurant le service, qui pourra faire des remarques, examiner et discuter les observations faites d'un commun et bon accord, et prendra ensuite les mesures ou sanctions que commanderont les circonstances.

Les Sociétés n'ont pas, vis-à-vis des pharmaciens, des mêmes craintes d'abus que vis-à-vis les médecins, et pourtant il peut se glisser dans le service pharmaceutique, volontairement ou involontairement, tout autant d'abus que dans le service médical.

Les abus pharmaceutiques sont d'ailleurs aussi rares et exceptionnels que les abus médicaux, et pourtant tous les pharmaciens sont fournisseurs de la Société quand tous les médecins n'en sont pas les médecins.

Et de plus, dans le service pharmaceutique, il n'existe pas de contrôle exercé par la Société, ou s'il existe, il est timide et insuffisant.

Entendons-nous. Le contrôle de la vérification des tarifs existe, mais le contrôle de la qualité n'existe pas, le contrôle quantitatif, oui, mais par le contrôle qualitatif — le plus important.

Le médecin de Société à l'abonnement n'a pas à ménager ses visites aux sociétaires ; mais s'il lui arrive de ne point ménager ses ordonnances en tant que nombre et valeur marchande, on ne

saurait lui en faire l'observation, car on connaît les exigences des sociétaires à cet endroit, et le médecin se trouve, de ce fait, moins à l'aise dans ses prescriptions que s'il avait été choisi par le malade, au lieu d'être subi par lui et d'avoir toute sa confiance.

Les mutualistes ne tiennent pas suffisamment compte de cet argument en faveur du libre choix.

En résumé, les mutualistes ont peur des dépenses ; ils ont peur des médecins plus que des pharmaciens : ils ont peur que les uns et les autres ne se livrent au gaspillage des deniers mutualistes.

Nous avons toujours dit que c'était là une erreur ; que le médecin, tout en ayant autre chose à faire que de s'occuper de la prospérité financière d'une Société, sait très bien qu'il a vis à-vis d'elle les mêmes devoirs qu'envers ses clients peu aisés, c'est-à-dire qu'il doit songer à ménager les dépenses.

Ce serait une honte de penser que médecins et pharmaciens ne comprennent pas la situation des S. de S. M. et l'exploitent.

Il s'agit d un *modus vivendi* à trouver et nous ne cesserons de répéter qu'il est facile à trouver en y mettant de la bonne volonté de part et d'autre Déjà de nombreux exemples sont là qui montrent des Sociétés fonctionnant régulièrement avec le libre choix et le tarif à la visite, car nous pourrions en citer dans ce cas qui n'ont pas eu recours à l'augmentation des cotisations.

Néanmoins, les nécessités de l'existence, l'augmentation générale des denrées de toutes sortes, commandent aux mutualistes de faire un petit effort, c'est-à-dire d'élever les cotisations pour en arriver au libre choix et au tarif à la visite.

C'est le progrès, c'est la vérité, c'est l'état normal et le bon sens.

Les mutualistes n'ont rien à redouter en se lançant dans cette voie ; ils auront avec eux le corps médical tout entier — et dévoué — quand ils le voudront, sans concessions ruineuses.

Comme le dit si bien le Dr Noir, « un peu de confiance réciproque, pas de propositions brutales inacceptables, de la progression dans nos revendications, et la mutualité n'aura plus peur de nous et nous connaîtra mieux. »

Nous ne doutons plus que, dans ces conditions, les préventions qui séparent encore — quoique de moins en moins — mutualistes et médecins ne tombent sous peu et que les statuts des Sociétés qui feront le service médical et pharmaceutique ne comporteront que cet article unique :

« Tous les médecins sont médecins de la Société et tous les pharmaciens sont fournisseurs de la Société. »

Dr Courgey.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

TRIBUNAL DE SIMPLE POLICE DE St-DONAT (DROME).

Automobile. — Vitesse exagérée. — Médecin se rendant auprès d'un malade. — Prétendue force majeure. — Rejet de l'excuse.

Le fait par un docteur médecin d'avoir commis une contravention d'excès de vitesse dans la conduite de sa voiture automobile pour se rendre auprès d'un malade dans un cas pressant, ne peut être considéré comme un cas de force majeure.

Aux termes de l'article 54 du Code pénal, il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. — Tel n'est pas le cas, puisque le docteur était parfaitement maître de sa machine et de sa volonté, et qu'il n'invoque l'excuse qu'en vertu d'un but à atteindre.

L'excuse ainsi invoquée ne saurait être admise comme absolutoire ou péremptoire, car elle n'est pas légale.

Les termes de l'article 65 du Code pénal sont impératifs et le juge chargé de son application ne saurait passer outre sans violer la loi ;

« Nul crime ou délit ne peut être excusé, ni la peine mitigée que dans le cas ou dans les circonstances où la loi déclare le fait excusable ou permet de lui appliquer une peine moins rigoureuse ».

Bien que cet article ne parle que des crimes et des délits, il n'en constitue pas moins une disposition générale qui s'applique sans distinction à toutes les infractions quelle qu'en soit la nature et notamment aux contraventions.

C'est un principe indiscutable, admis par la doctrine et par de nombreux arrêts de la Cour de cassation.

Jugement.

La cause appelée, le greffier a donné lecture d'un procès-verbal dressé le 25 septembre dernier par Richard, gendarme à Saint-Donat, enregistré. duquel il résulte que ledit jour, à 10 h. 50 du matin, le prévenu a traversé l'avenue de la gare à Saint-Donat avec son automobile en marchant à une vitesse de 45 kilomètres à l'heure.

Cette lecture terminée, le prévenu a bien reconnu la contravention, mais il a déclaré avoir agi dans un intérêt supérieur pour se rendre auprès d'un malade qui avait besoin de soins très pressants, qu'il aurait dû y aller dès le matin, mais la consultation qu'il avait eue avec un de ses confrères de Saint-Donat lui avait pris plus de temps qu'il ne croyait ; qu'à son avis, il y avait dans ce fait un cas de force majeure qui excusait la contravention, et à l'appui de ses conclusions, il a donné lecture d'un jugement rendu le 17 mai dernier par le tribunal de simple police du canton de Marsanne (Drôme), qui, dans un cas absolument identique, avait fait application des dispositions de l'article 64 du Code pénal, admis l'excuse pour cas de force majeure et annulé le procès-verbal en acquittant le prévenu.

Il a ajouté que l'endroit où le procès-verbal a

été dressé est en ligne droite, qu'il n'y avait pas de maisons bordant la route, tout au moins d'un côté, et qu'il a été décidé à maintes reprises que, pour qu'il y ait agglomération, il faut qu'il y ait des maisons des deux côtés de la voie ; pour ces deux motifs, il priait le tribunal de l'acquitter purement et simplement.

Le ministère public a résumé l'affaire, a soutenu que la contravention était constante et a requis qu'il soit fait au prévenu application de l'article 475 du Code pénal, et de l'article 162 du Code d'instruction criminelle, mais il a déclaré ne pas s'opposer à l'admission des circonstances atténuantes.

Le tribunal :

Statuant contradictoirement et en dernier ressort.

Ouï le ministère public en ses conclusions et résumé ;

Ouï le Dr Sibilat, en ses aveu et conclusions.

Vu les décrets des 10 mars 1889 et 10 septembre 1901 ;

Vu les articles 64 et 65 du Code pénal ;

Attendu que du procès-verbal sus-énoncé, il résulte que le Dr Sibilat a commis la contravention pour excès de vitesse dans la conduite de sa voiture automobile ;

Attendu que le procès-verbal est régulier ;

Attendu que le prévenu, tout en reconnaissant la contravention demande son acquittement pur et simple en invoquant l'excuse de sa profession et pour les motifs ci-après ;

1° Qu'en effet, il avait été appelé dès le matin auprès d'un malade, et qu'il avait été retenu à Saint-Donat plus longtemps qu'il ne le croyait, qu'il considérait la vitesse excessive à laquelle il marchait comme un cas de force majeure ;

2° Que d'autre part, l'endroit où le procès-verbal a été dressé est en ligne droite, qu'il n'y a pas de maisons bordant la route, tout au moins d'un côté, qu'il n'y a donc pas d'agglomération ;

Sur le premier point :

Attendu que l'excuse ne peut résulter que d'une disposition expresse de la loi ;

Attendu qu'aux termes de l'article 65 du Code pénal, nul crime ou délit ne peut être excusé, ni la peine mitigée, que dans le cas et dans les circonstances où la loi déclare le fait excusable, ou permet de lui appliquer une peine moins rigoureuse ;

Attendu que cette disposition s'applique sans distinction à toutes les infractions, quelle qu'en soit la nature et notamment aux contraventions ;

Sur le deuxième point :

Attendu qu'il importe peu que le procès-verbal ait qualifié d'agglomération l'endroit où la contravention a été constatée puisque le prévenu marchait à la vitesse de 45 kilomètres à l'heure et qu'aux termes de l'article 14 du décret du 10 mars 1899, la vitesse ne peut en aucun cas excéder celle de 30 kilomètres à l'heure en rase campagne ; que la contravention est donc parfaitement établie ;

Attendu, toutefois, qu'il y a lieu de tenir compte du mobile qui a fait agir le Dr Sibilat ; qu'en effet, il n'a commis l'infraction que pour se transporter plus rapidement auprès d'un malade qui avait besoin de soins pressants, qu'il y a donc lieu d'appliquer en sa faveur les dispositions de l'article 463 du Code pénal ;

Attendu que le ministère public ne s'oppose pas à l'admission des circonstances atténuantes ;

Attendu que le fait reproché au prévenu constitue la contravention prévue et punie par l'article 475 du Code pénal ainsi conçu :

« Seront punis d'amende depuis 6 fr. jusqu'à 10 francs inclusivement.... § 4, ceux qui auront.... violé les règlements contre le chargement, la rapidité ou la mauvaise direction des voitures... »

Attendu qu'il existe en faveur du prévenu des circonstances atténuantes permettant de modérer la pénalité par lui encourue ;

Faisant application audit prévenu, tant de l'article 475 du Code pénal que de l'article 463 du même Code, de l'article 162 du Code d'instruction criminelle et des lois des 22 juillet 1867 et 19 décembre 1871, dont lecture a été donnée à l'audience ;

Condamne le Dr Sibilat, à 1 franc d'amende et aux dépens liquidés à ..... etc.

Réflexions.

Avant d'aborder la question par son côté « intérêt supérieur du malade », nous pouvons dire qu'à côté de la rigidité aveugle des textes de loi, on doit pouvoir, dans la pratique, faire la part des circonstances et adapter les prescriptions légales à chaque cas particulier, avec toute l'impartialité et le bon sens qui doivent être l'apanage d'un bon magistrat.

Si donc les décrets des 10 mars 1889, 10 sept. 1901, prescrivent une allure et vitesse que les automobilistes ne doivent pas dépasser, c'est surtout pour protéger hommes et animaux des campagnes contre les excès de vitesse de ces fous que l'on nomme des chauffeurs.

Mais, un médecin qui fait de l'auto dans un rayon déterminé, pour desservir sa clientèle, peut-il être, en vérité, ce chauffeur dangereux, et doit-il être en butte aux rigueurs des textes administratifs ?

La réponse est aisée :

1° Le médecin est fait pour guérir, et non pour écraser ;

2° Un accident, par sa faute, lui nuirait trop dans sa clientèle. Écraser une poule, un chien, un veau, n'est-ce pas un crime impardonnable, aux yeux des paysans ? Le praticien écraseur serait sûr de perdre la clientèle des campagnes.

3° Le chauffard va vite pour fuir les responsabilités. Il compte sur son incognito et sur l'illisibilité de son numéro. Le médecin, lui, est connu, on reconnaît sa voiture, parce que son aspect est familier à tous ; comment alors pouvoir se dérober aux responsabilités du fait de sa faute ?

4° L'auto du médecin est un instrument de travail. Il faut qu'il soit toujours prêt à marcher. Pourquoi donc risquer de détériorer cet outil indispensable, par accident survenu à la suite d'une imprudence ?

Mais, là n'est pas la vraie question. Au médecin ne devrait s'appliquer que le premier paragraphe de l'art. 14 du décret du 10 mars 1899 : « Le conducteur de l'automobile devra rester constamment maître de sa vitesse ». Autrement dit : « Médecin, soyez prudent ; mais liberté vous est donnée pour aller au secours de ceux qui vous réclament ».

Vraiment, le juge qui a condamné notre confrère a-t-il envisagé les hypothèses suivantes. Sa femme est en couches. La sage-femme dit que l'enfant ou la mère sont en danger de mort et qu'il faut que le médecin vienne au plus vite pour sauver les deux existences ? C'est son enfant qui a une hémorragie qu'aucun des petits remèdes populaires ne peut arrêter. C'est ce même enfant qui, la nuit, suffoque et se débat dans les affres de l'asphyxie due au faux croup ou à la terrible diphtérie. C'est le juge lui-même souffrant de coliques atroces ou empoisonné par des champignons.

Confrère, mon ami, n'allez pas trop vite. Une vie est en danger, c'est vrai, mais vous risquez *une contravention. Donc obéissez aux lois* de votre pays.

Le juge, au milieu de ses angoisses, tiendrait-il ce langage au médecin ?

Puis, pourquoi condamner ce médecin qui ne peut se défendre. Peut-il invoquer comme excuse qu'il devait aller vite en dévoilant l'opération et les soins qu'il a donnés à tel client ? Ne serait-ce pas violer le secret professionnel ? Le médecin doit donc courber la tête et se laisser condamner.

Mais, qui donc est capable d'apprécier une vitesse. Comment affirmer que tel auto fait du 45 ? 30 kil. à l'heure sont tolérés : comment savoir si l'on marche à 31 ou à 29 ? Croyez-vous en outre qu'un chauffeur prudent, comme doit être tout médecin au sein de sa clientèle, soit plus maître de sa machine à 30 kil. qu'à 45 ? Avec la souplesse actuelle des voitures, la force des freins, on s'arrête à volonté. Demandez plutôt aux conducteurs des autos taxis de Paris ? Ils circulent à toute allure dans des rues plus encombrées que celles de St-Donat et pourtant les accidents sont très rares, en rapport avec l'intensité de la circulation.

Notre conclusion est donc la suivante : Les règlements, décrets, lois, doivent être respectés par tout citoyen. C'est chose entendue. Mais lorsque votre devoir vous appelle, courez à toute vitesse au secours de celui que vous sauverez ou soulagerez par votre prompte intervention. Et, si quelque autophobe, comme il s'en rencontre encore pas mal, dans nos campagnes réfractaires au progrès, demande votre condamnation, confiez votre affaire au « Sou médical ». Nous dirons à votre juge d'imiter le magistrat de Marsanne, qui, le 17 mars 1910, reconnaissait que le fait de se rendre à l'appel d'un malade très grave constitue un cas de force majeure.

Et si votre juge vous condamne, nous ne nous inclinerions pas et irions devant les tribunaux supérieurs, voire même en Cassation, demander à d'autres juges quelle doit être la conduite du médecin. Nous le demanderions au nom de l'humanité souffrante à des juges qui ne sont pas nommés, comme trop de juges de paix, hélas ! parce qu'ils sont d'anciens maires ou des électeurs influents ; nous serions devant des magistrats instruits, puisque tous au moins licenciés en droit, grade qui, hélas ! pour nous justiciables, n'est pas exigé des juges de paix.

Le « Sou médical » ne faillirait pas à sa tâche et, au besoin, la question serait soulevée au parlement, ce qui serait loin d'être la première fois que nous montrerions au législateur, ou au garde des Sceaux, comment la justice nous est rendue en France.

En attendant qu'un médecin soit de nouveau poursuivi, puisque, hélas ! le Dr Sibilat n'avait pas eu la prévoyance d'être des nôtres, à quand la condamnation d'un aviateur pour excès de vitesse sur la route des airs ?

Dr Paul Boudin.

JUSTICE DE PAIX DU CANTON D'OYONNAX (AIN).

Jugement du 31 *juillet* 1911.

La congestion pulmonaire peut être un accident du travail.

L'ouvrier D. assigna le patron D. à l'effet de le faire condamner à lui payer la somme de 40 fr. 50, représentant 18 journées de demi-salaire à 2 fr. 25 l'une. Par son exploit, l'ouvrier explique que, le 28 mai 1911, travaillant à réparer, comme manœuvre plombier, des cuves à la société l'Oyonnaxienne, fabrique de celluloïd, pour le compte du patron D., maître zingueur, il avait été tout à coup atteint d'un commencement d'asphyxie par une absorption soudaine de gaz, ce qui avait occasionné 18 journées d'incapacité de travail.

Le mandataire du patron D., agent général de la Cie « le Secours », répondit que, tout en reconnaissant la matérialité du fait, l'intoxication par vapeurs de gaz, survenue le 28 mai 1911, à l'ouvrier D., intoxication ayant amené une congestion pulmonaire, il y avait dans ce fait une maladie et non un accident du travail. Que par suite, tant au nom du patron, son mandant, qu'au nom de la Cie d'assurances, le « Secours », cette dernière prenant fait et cause pour le patron D et le garantissant, invoquait la non-applicabilité de la loi du 9 avril 1898, cette loi ne protégeant que les accidents et non les maladies.

Jugement.

Nous, juge de paix...

Attendu que, pour résoudre le litige, il y a lieu de rechercher s'il y a accident ou maladie, qu'à cet effet, nous trouvons des éléments d'appréciation suffisants et dans les circonstances de la cause et dans les débats parlementaires de la discussion de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu, d'une part, qu'il n'est pas contesté que l'ouvrier D, à la date du 28 mai 1911, travaillant à réparer des cuves, ait été subitement, soudainement, inopinément, atteint de congestion

pulmonaire par vapeurs irritantes d'acide azotique ou sulfurique ;

Attendu d'autre part qu'il est unanimement enseigné et décidé que l'accident se différencie principalement par sa soudaineté de la maladie, qui est toujours occasionnée par une cause persistante et se forme lentement et progressivement ;

Attendu, par ainsi, que si, en principe, la loi du 9 avril 1898 ne protège pas les maladies provenant de la manipulation de certaines matières toxiques, il résulte néanmoins des débats parlementaires et notamment de la discussion du 28 oct. 1897 à la Chambre des députés (*Journal Officiel*, 29 oct. 1897) que les empoisonnements et autres genres de mort ou d'incapacité de travail, occasionnées par telles ou telles substances toxiques, constitueraient exceptionnellement des accidents au sens de la loi, s'ils survenaient par l'effet d'une absorption brusque, soudaine, inopinée ;

Attendu que de tout ce qui précède, il ressort de toute évidence que la congestion pulmonaire survenue le 28 mai 1911, à l'ouvrier D. par vapeurs irritantes d'acide azotique ou sulfurique en réparant des cuves, sans manipuler ces acides, constitue non une maladie mais un accident du travail provenant d'une lésion due à une force extérieure, qui s'est produite à un moment déterminé du travail, soudainement, brusquement, inopinément ;

Que, par suite, ce fait ou accident du travail est justiciable de la loi 9 avril 1898;

Que dès lors c'est vainement qu'on voudrait l'assimiler aux affections se développant progressivement par suite de l'exercice prolongé d'une profession constituant une maladie professionnelle, et ne ressortissant pas de la dite loi ;

Par ces motifs :

Condamnons le patron D. à payer à son ouvrier D. la somme de 40 fr. 50 pour 18 journées de demi-salaire ;

Ordonnons l'exécution provisoire du présent jugement, nonobstant appel.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Concours pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.** — Un concours s'ouvrira le 20 novembre prochain, à 9 heures du matin, à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, et le 27 novembre prochain, à 9 heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de dix docteurs en médecine et de quatre pharmaciens de 1re classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français.

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier e l'année du concours.

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies.

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins.

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe :

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — *Pour les docteurs en médecine.*

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale.

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'une d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale.

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter.

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — *Pour les pharmaciens de 1re classe.*

1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ;

4° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Notes

L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris *entre 0 et* 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins

Composition écrite	12
Examen clinique	15
Médecine opératoire	12
Interrogation sur l'hygiène	10

Pharmaciens

Composition écrite	12
Interrogations sur la physique et la chimie	10
— sur l'histoire naturelle et la pharmacie	10
Préparation et détermination de substances	12
Epreuve de chimie analytique	15

Une majoration de 100 points est accordée :

1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une Faculté de médecine ou sièges d'une école de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

2° Aux candidats pourvus du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe ;

3° Aux licenciés ès-sciences dont le diplôme mentionne l'obtention de certificats d'études supérieures de sciences physiques, chimiques ou naturelles.

Et une majoration de 50 points aux lauréats des facultés de médecine ou écoles supérieures de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours établi annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront

être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 5 novembre 1911.

Ces pièces sont :

I. — *Avant le concours.*

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi.

2° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2). La production de cette pièce est demandée au commandant du bureau de recrutement.

3° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce pourra n'être produite que le 15 janvier 1912).

4° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points.

5° Certificat du commandant de recrutement établi l'année du concours constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire l'aptitude réelle au service militaire.

6° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou l'état signalétique des services.

7° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve.

8° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

9° Indication du lieu (Paris ou Marseille) où le candidat désire subir les épreuves du concours.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 8.

II. — *Après l'admission.*

Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins et pharmaciens admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 15 janvier de l'année suivante et vont suivre à Marseille, pendant neuf mois 1/2, les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ; ils portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr, 50; il leur est, en outre, alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour infirmités.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang avec eux sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major dans l'ordre du classement de sortie.

Pour ceux qui n'obtiendraient pas à ce concours le minimum de points déterminé par le règlement intérieur de l'école, il sera fait application de l'article 26 du décret du 7 mai 1908.

— **La conférence sanitaire internationale.** — La conférence sanitaire internationale doit se réunir le 10 octobre, à Paris, au ministère des affaires étrangères. Elle comprendra les représentants de quarante Etats environ, au lieu de vingt-trois gouvernements qui participaient à la conférence tenue également à Paris, en 1903, et d'où était sortie la convention sanitaire signée le 3 décembre de la même année. Les dispositions de cet acte international vont être revisées dans la réunion à la fois scientifique et diplomatique du mois d'octobre ; cette assemblée s'efforcera de les mettre en complète harmonie avec les résultats techniques dus à l'expérience acquise au cours des plus récentes épidémies que l'on a eu à déplorer.

— **Les risques professionnels.** — Un médecin avait été appelé au chevet d'un malade, près de Carrare. Il s'agissait d'une infection épidémique et une injection de caféine était nécessaire. Le frère du moribond crut, selon une superstition répandue dans les campagnes, que le médecin voulait injecter la mort à son frère. Il déclara au médecin qu'il lui ferait sauter la cervelle s'il touchait au malade. Le médecin profita pourtant d'un moment où cet énergumène était occupé pour appliquer le traitement indispensable. Mais ses gestes étaient épiés par le paysan entêté. Il tomba frappé en plein cœur d'une balle de revolver.

Le frère du médecin, en apprenant cette mort tragique, s'arma à son tour d'un revolver, se mit à la poursuite de l'assassin et, l'ayant retrouvé, lui logea à bout portant cinq balles dans la tête.

— **Le pain est-il toujours aseptique ?** — Oui, répond le Dr Auché, de Bordeaux, qui vient de faire de nouvelles expériences concluantes sur le degré de stérilisation du pain dû à la cuisson. — Ayant introduit, au centre de pains non cuits, de formes et de grosseurs différentes, un centimètre cube de bouillon de cultures diverses, il fit cuire aussitôt en boulangerie les pains ainsi inoculés. Ensuite, on coupait la masse de façon à recueillir des parcelles de mie ayant été pénétrées par le liquide lors de l'injection. On s'assurait, par les essais usités en technique bactériologique, de la présence ou de l'absence de microbes vivants. Tous les essais donnèrent les mêmes résultats : ni le bacille de la tuberculose, ni celui de la typhoïde, pas plus qu'une infinité de microbes moins dangereux, ne résistent à la température de la cuisson. Comme on devait s'y attendre après cela, des analyses effectuées sur des pains achetés dans diverses boulangeries, ne révèlent jamais non plus la présence de la moindre bactérie. Il est donc bien acquis que le pain est toujours un aliment parfaitement aseptique.

— **L'enlèvement de la Joconde** raconté à Chicago. — Voici comment un journal puritain de Chicago, le *Methodist Chronicle*, fait part à ses lecteurs de l'enlèvement de la *Joconde* :

Dans les derniers jours de ce mois d'août, une jeune étrangère, miss Jocondo, qui visitait le musée du Louvre, à Paris, a été enlevée en plein jour par un audacieux ravisseur.

Cet événement montre combien les jeunes filles honnêtes sont peu en sécurité dans les rues et même dans les établissements publics de la Babylone moderne. Voilà où conduit l'oubli des recommandations que nous ne cessons de faire aux femmes qui voyagent seules dans Paris.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 40 Dimanche 1er OCTOBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Comment l'Enseignement médical français est jugé à l'Etranger ?

Dans le numéro d'août 1911, du *Journal de médecine et de chirurgie de Montréal*, en Canada, sous la signature de M. le Dr E. Saint-Jacques, est publiée une correspondance très intéressante dont nous reproduisons plusieurs passages bien observés et pittoresques avec quelques expressions canadiennes archaïques. C'est une critique qui mérite d'être méditée, car nous sommes nous-mêmes mauvais juges de ce qui se passe dans notre propre pays. Nous avons cru devoir supprimer certains noms et les remplacer par des X, car, si notre but est d'obtenir une amélioration et des réformes de notre enseignement médical, nous ne voulons nullement prendre à partie des personnes ni nuire à qui que ce soit. J. N.

« Beaucoup d'hommes brillants, certes. Le contraire ne serait-il pas surprenant pour Paris, pour un centre de cette importance ?

« Mais vraiment, l'impression de mon dernier voyage s'accentue encore à ce quatrième séjour ; c'est que l'enseignement médical a vu des jours plus brillants à Paris, très certainement.

« En médecine, les grands jours des Trousseau, et, plus près de nous, des Dieulafoy, sont passés. C'est Chauffard qui semble le préféré aujourd'hui. Touchant la cinquantaine, de belle stature, portant bien une belle tête grisonnante, il est agréable à regarder. Un œil très fin souligne son dire, un geste calme le complète, une voix de belle tonalité le porte bien ; aussi ses auditeurs sont-ils nombreux. Probablement le seraient-ils davantage si les facilités d'enseignement lui étaient fournies. Son service est des plus modernes comme installation, puisqu'il est dans le nouveau Cochin ; mais comme Chauffard n'est pas « professeur de clinique », il n'a pas d'amphithéâtre pour *son* enseignement. C'est exclusivement aux lits des malades qu'il le donne, là où se révèle d'ailleurs le vrai clini-

cien. Notons que Chauffard, qui avait été chargé du cours d'Histoire de la Médecine, vient d'être promu à l'enseignement de la pathologie interne. *Ce n'est pas au cours théorique que ce maître de la parole française devrait être, — c'est à la clinique, à la grande clinique Mais voyez-vous, il est des cliniciens vétustes qui se cramponnent à leur chaire, au lieu de penser qu'ils ont fait leur temps et que leur devoir le plus immédiat serait de résigner. Ce n'est pas à soixante ans qu'un homme doit arriver à la clinique. A cet âge, il a donné le meilleur de lui-même comme énergie, comme esprit de recherche. Et s'il n'a rien ou peu donné à cet âje, il ne commencera jamais, soyons-en certain.*

« La boutade d'Osler — qu'il faut regarder comme telle — comporte plus de philosophie que l'on ne semble porter généralement.

« A côté de Chauffard, et au même hôpital, il faut noter le service de Widal, fort suivi aussi. Widal est un bon, un vrai clinicien, et il est plutôt jeune, environ 45 ans.

« En médecine encore, Landouzy règne à Laënnec, où Bernard complète son enseignement. Avec le service de Letulle à Boucicaut, ce sont les deux foyers d'enseignement pour ce qui regarde la tuberculose à Paris.

« Signalons que Letulle, qui toute sa vie a fait de la tuberculose, des autopsics et de l'anatomie pathologique, — qui a vu, il y a 3 ou 4 ans, lui glisser entre les mains, par quels sortilège, complots ou compromissions, le professorat de l'anatomie pathologique, — vient d'être porté à l'Histoire de la Médecine. Ce n'est que temporaire : cette chaire étant regardée comme la chaire « d'attente » ! C'est ainsi qu'il en va à Paris, maintenant. *Au lieu de tenir à la spécialisation, on semble faciliter, demander l'éparpillement du talent.* Tel en fut-il avec les derniers titulaires : Déjerine, qui avait toujours fait de la neuropathologie, se réveilla, un beau matin, professeur d'Histoire de la Médecine. Il ne fit qu'y passer, n'y laissa aucun nom et vient d'être placé là où il était depuis toujours destiné, à la clinique de neurologie. Chauffard lui succéda dans cette chaire, y fit de brillantes, très brillantes leçons — très courues, — mais qui ne forment ni un cours complet, pas même une étude d'époque : ce sont de fort brillantes pages isolées.

« *Aussi, cherchons-nous en vain une « Histoire de la Médecine » d'une réelle et haute valeur due à une plume française, elle est introuvable. Il faut, sur ce sujet, s'adresser à l'Ecole allemande.*

X., qui fait la clinique à l'hôpital Z est un désappointement : il faut le lire plutôt, il est plus agréable ainsi.

N., toujours professeur de clinique médicale, est de plus en plus vétuste.......................................

« Vraiment, de tous côtés, à des signes variés, l'impression nous gagne d'une course d'intérêts particuliers, qui semblent plus puissants que les intérêts généraux et souverains de la Faculté. C'est un peu le « je-m'en-fichisme général » du haut en bas de l'échelle sociale et de toutes les classes, transporté dans l'enceinte de la Faculté et de l'Université, qui devrait en être libérée................................ »

Le Dr Saint-Jacques, après un exposé de l'enseignement de la chirurgie et des spécialités, parle dans les termes suivants d'un chirurgien spécialisé indépendant et aborde une question qui nous tient au cœur, le manque de courtoisie qui a envahi nos hôpitaux parisiens :

« Ce chirurgien, fort jeune encore, quarante « ans à peine, témoigne d'une activité de travail « énorme. Sa faconde est intarissable, comme sa « plume est facile. Non pas que nous l'admirions sans restrictions. Certes nous ne pouvons « approuver sa manière de discuter : il a le persiflage et presque l'invective trop faciles. « Nous n'aimons pas ce genre, car il n'est pas « de bon ton ; la courtoisie ne doit que rarement « céder ses droits. Mais il faut reconnaître « qu'il opère merveilleusement bien, comme « d'ailleurs ses résultats en témoignent. A son « institut, nous rencontrons des spécialistes « de tous les centres importants du monde. « Ajoutons que sa courtoisie à l'égard des « étrangers est inlassable, et ceci m'amène à toucher un point plutôt délicat.

« *Sans ambage et très affirmativement, il faut reconnaître que la vieille courtoisie française se retrouve de moins en moins dans les cliniques de la Faculté, et j'entends ici, de la part des maîtres.* Les vieux maîtres seront toujours courtois et il n'en est pas de plus bel et agréable exemple que le prof. Reclus : il n'est pas le seul d'ailleurs. J'ai si vivement à la mémoire le si gracieux accueil que valait aux étrangers, il y a 10 et 15 ans, la présentation de leur carte de visite. Aujourd'hui c'est à peine si on lit le nom.

« Evidemment, l'accueil français pour l'étranger est loin d'être ce qu'il était il y a quelques années ; — il est froid, distant, à peine courtois, — celui que l'on adresse à un individu plutôt importun ou insignifiant (1). Encore une fois, tous n'ont pas ainsi cette désinvolture et je m'en voudrais de ne pas reconnaître la courtoisie toute spéciale de MM. F., L., D., C., J., J. et V.

(1) Cet accueil « froid, distant, à peine courtois », est du reste absolument semblable pour le confrère français et parisien qui se fourvoie sans recommandation spéciale dans une salle d'hôpital à Paris. Il sent, chaque fois qu'il y pénètre, que c'est tout juste s'il n'est pas considéré comme un intrus. Heureusement, répétons-le avec le Dr Saint-Jacques, il y a des exceptions et elles sont nombreuses.

« En province l'accueil est tout français, je veux dire par là courtois ....

« *Il est un pays voisin qui ne fait pas aussi fi de l'opinion de l'étranger, — qui, au contraire, s'applique à le cultiver, à rechercher son bon vouloir, à l'attirer chez lui.*

Déjà beaucoup de ces étrangers s'y dirigent de préférence. J'aurai eu d'ici quelques jours l'occasion de me rendre compte par moi-même si là aussi, on a évolué, et dans quelle direction : nous en causerons.

....

....

« Je ne reviens pas sur ce que j'ai déjà écrit au sujet des « Cours de perfectionnement .— Post-Graduate Courses » — On en fait quelques-uns et très brillamment.

« On les donne à droite et à gauche, dans tels et tels grands services de clinique ; on les donne ici à telle date, là à telle autre. Mais il manque la cohésion, la coordination, l'ensemble à ces divers enseignements, admirablement faits, je le reconnais. Tant que la Faculté n'en prendra pas l'organisation générale et la distribution, il n'y aura pas d'ensemble. Il n'y a peut-être qu'à Cochin, où il semble exister une certaine entente. Ainsi Chauffard commence à 9 heures sa visite clinique des malades qu'il poursuit jusqu'à 10 h. 30, alors que Widal, dans un pavillon voisin, commence son enseignement. A côté, Quénu donne sa clinique vers 10 h. 30 également. »

Nos ministres, nos administrateurs et nos maîtres devraient bien réfléchir à ces critiques, hélas ! très justifiées, les maîtres de la Faculté de médecine de Paris surtout, qui sont particulièrement visés. S'il n'y allait que de leur propre intérêt, et de leur bonne ou mauvaise réputation à l'étranger, la question nous laisserait indifférents, mais il y va du bon renom de la France et nous avons, à ce titre, le droit de nous en occuper et d'en être attristés.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin : M. le Professeur Quénu.

Le genou ballant de la paralysie infantile.

Je vous parlerai, aujourd'hui, de ce malade de 26 ans que vous avez vu entrer dans le service, il y a quelque temps, avec des béquilles. Même avec ses béquilles, il marchait mal. Son affection datait de l'enfance. Il avait une jambe ballante, un genou comme un genou de squelette, sans ligaments ni muscles pour ainsi dire. Il avait perdu la tonicité de son muscle quadriceps, et il ne pouvait s'appuyer sur son membre malade. Il se servait uniquement de son autre jambe.

Le patient était un émotif, qui nous raconta l'histoire suivante. Il eut, dans le jeune âge, une paralysie infantile pour laquelle on lui mit des pointes de feu nombreuses. Vous savez que les pointes de feu sont appliquées très couramment dans les affections articulaires, souvent simplement pour faire quelque chose. C'est là un traitement que je réprouve. Il détermine des douleurs, fatigue les enfants et a par cela même une influence détestable sur l'état général. Chez ce malade, les pointes de feu ont fait plus : elles ont suppuré. Quoi qu'il en soit, le patient alla à Berck, à la campagne et dans plusieurs services hospitaliers. Jusqu'à 21 ans, il marcha avec un appareil. Quand il fixait le genou, avec des bandes serrées par exemple, la marche devenait meilleure. Sinon, il se servait de béquilles.

Voilà donc un sujet, véritable infirme depuis l'enfance, qui ne pouvait assurer sa locomotion qu'avec des béquilles. Le point de départ de cet état résidait dans une paralysie infantile du tout jeune âge.

A l'examen, nous avons trouvé le membre inférieur droit atrophié, surtout le quadriceps fémoral, à la place duquel on sentait une masse fibreuse avec une couche de graisse sous-cutanée. La jambe était atrophiée. Nous avons recherché quels étaient les muscles atteints en demandant au sujet de faire certains mouvements et en électrisant les muscles. L'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil étaient conservés : le malade pouvait redresser les orteils et le pouce. Le jambier antérieur ne se contractait guère. Les péroniers latéraux offraient une atrophie complète.

A la région postérieure, l'examen était plus difficile. On constatait un pied-bot varus équin accentué. Le patient marchait avec le talon relevé. Il marchait sur ses orteils, était devenu digitigrade au lieu d'être plantigrade. Il était devenu digitigrade parce que son triceps sural était rétracté. Le muscle triceps sural n'était pas paralysé, mais rétracté. J'insiste sur cette conservation partielle du triceps, jointe à une certaine dégénérescence fibreuse. Les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse étaient disparus du côté atteint.



En explorant les muscles fessiers, on constatait un amaigrissement, de la diminution de leur valeur contractile. Disparition complète des réflexes.

Examinant le membre dans son ensemble, on voyait que le genou n'avait pas d'altération patente. Il paraissait gros parce que le sujet était émacié. Il ne semblait altéré que par contraste. Si on cherchait l'état des ligaments, jugé par les mouvements anormaux de l'articulation, on ne trouvait pas de mouvements antéro-postérieurs (indice de lésion des ligaments croisés), pas de mouvements de latéralité (indice de lésion des ligaments latéraux). Il n'y avait pas de laxité ligamenteuse ; somme toute, pas grand'chose du côté de l'articulation du genou. On observe quelquefois, dans l'affection qui nous occupe, de la laxité articulaire. Souvent, aussi, le genou ballant s'allie au genu recurvatum.

J'arrive maintenant au traitement. Que peut-on faire en pareil cas ? Quand il existe des mouvements latéraux, on peut chercher à consolider les ligaments articulaires. Ici, l'appareil à extension, *le quadriceps*, a disparu. Un seul moyen est utilement applicable. C'est l'arthrodèse du genou, la soudure de la jambe à la cuisse. Il vaut mieux une absence d'articulation du genou qu'une balance de cette articulation. Pour le membre inférieur, il faut un pilon solide, sur lequel on puisse s'appuyer. Nous avons donc décidé de pratiquer l'arthrodèse.

J'ai oublié un point clinique important. Je vous ai décrit l'atrophie musculaire, l'équinisme, etc. Il faut noter aussi l'atrophie du squelette de la jambe et du pied. L'atrophie a donc porté également sur les os, avec, comme résultat, une diminution de longueur du membre inférieur. La mensuration des membres faite de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole interne, a donné une différence de 6 centimètres 1/2 entre les deux côtés.

J'ai donc pratiqué l'arthrodèse. J'ai incisé la peau, le ligament rotulien, j'ai abrasé le plateau tibial et les condyles ; puis, j'ai passé un fil à travers le tibia et le fémur de façon à appliquer ensemble les surfaces avivées. Restait la rotule. Après abrasement de sa face postérieure, je l'ai abaissée, l'amenant au contact du tibia et ai passé alors obliquement une vis au travers, la fixant ainsi à l'extrémité du tibia. La rotule, dans ces conditions, joue le rôle d'attelle et arrête les mouvements anormaux qui gênent la marche. Vous verrez qu'un grand nombre de chirurgiens se sont ingéniés à utiliser la rotule au cours de l'opération.

Je voudrais, maintenant, ajouter quelques mots pour vous faire comprendre la genèse d'une telle infirmité. Ce genou ballant découle d'une paralysie infantile. Il faut que vous sachiez ce qu'est la paralysie infantile et quelles conséquences elle a sur les membres.

La paralysie infantile est une affection qui survient, en cas isolés ou épidémiques, surtout chez les jeunes enfants, à 15, 18 mois principalement. Les enfants sont en bonne santé, quand, soudainement, apparaissent des troubles divers, malaise, inappétence, fièvre, convulsions parfois, que l'on met volontiers sur le compte des voies digestives. Au bout de quelques jours ou de quelques heures même, une chose particulière se produit, une paralysie de tout un membre supérieur ou inférieur, de tout un côté. Puis, la fièvre, les phénomènes généraux disparaissent. Quelque temps après, la paralysie offre une sorte de régression ; elle quitte certains groupes musculaires, mais reste d'une façon définitive sur certains autres.

A quoi correspondent ces troubles, ces paralysies ? Ils correspondent à une myélite, à une inflammation des cellules des cornes antérieures. Les cellules des cornes antérieures subissent une nécrose et disparaissent, en même temps que les nerfs offrent une dégénérescence secondaire. Si, en certains points, des groupes musculaires retrouvent leur motilité, cela tient à ce que les cellules correspondantes, simplement influencées par le processus, ont pu se régénérer.

La paralysie infantile est une maladie infectieuse que l'on a tendance, actuellement, à attribuer au méningocoque.

La réapparition des mouvements dans les muscles non atteints définitivement est lente. Elle demande des semaines et des mois. J'insiste sur cette lenteur. Elle indique que nous ne devons pas nous presser pour corriger les déformations de la maladie. Il faut laisser éteindre entièrement le processus morbide.

Nous avons donc à soigner, nous, chirurgiens, les conséquences de la paralysie infantile. Ces conséquences sont les atrophies musculaires, les troubles vaso-moteurs, les troubles trophiques. La jambe, le pied, ont souvent une nutrition ralentie, sont froids, violets. Il y a aussi une altération du squelette qui se traduit par une atrophie de certains os. Les antagonistes des muscles atrophiés se contractent. Ne trouvant pas de contre-partie, ces muscles antagonistes subissent, comme tout muscle inactif, de la dégénérescence fibreuse. Ainsi, il y a non seulement disparition du muscle frappé, mais encore altération des muscles conservés.

Chez notre malade, les fléchisseurs sont atrophiés. Le triceps conservé a placé le pied en équinisme. Atteint secondairement à l'atrophie de ses antagonistes, il se contracte, se contracture, subit une dégénérescence, d'où le pied bot équin.

Au bout de plusieurs années, nous nous trouvons en présence de toutes ces déformations. Que

pouvons-nous faire contre elle ? Nous avons des muscles conservés et des muscles disparus. Nous avons, d'autre part, une attitude vicieuse déterminée par la contracture musculaire. On peut remédier à l'attitude vicieuse par la ténotomie, l'aponévrectomie. On a songé également à utiliser les muscles sains pour les insérer sur les muscles dégénérés ou sur les os. Chez notre malade, nous ne pouvions penser à cela. Un seul muscle, le quadriceps, sert à l'extension de la jambe sur la cuisse. Or, ce muscle est perdu. Nous n'avions qu'une chose à faire, l'arthrodèse.

L'arthrodèse a été pratiquée pour la première fois, en 1878, par Albert, de Vienne. C'était précisément, une arthrodèse du genou. Je dois dire que l'arthrodèse est faite beaucoup moins communément au genou qu'au pied. Cela tient à ce que la paralysie infantile porte plutôt sur les muscles de la jambe. Depuis l'opération d'Albert, l'arthrodèse a été faite et répétée, mais pas aussi souvent qu'on pourrait le croire. Il n'y a guère eu plus d'une soixantaine d'arthrodèses qui aient été pratiquées au genou. Ce n'est pas encore une opération très courante.

Avant de la faire, on examinera complètement le système musculaire. Il ne faut intervenir qu'une fois le travail de dégénérescence terminé. L'opération comporte un temps d'avivement et un temps de soudure. Le temps d'avivement consiste à rafraîchir les surfaces à souder, à enlever le cartilage et une tranche osseuse même. On réduit ainsi légèrement la longueur du membre, augmentant le raccourcissement de un à deux centimètres. Il vaut mieux abraser la partie osseuse saillante du plateau tibial de façon à avoir une application régulière des deux surfaces articulaires et une soudure solide. Certains chirurgiens se contentent de maintenir le membre dans un appareil plâtré jusqu'à réunion des deux parties osseuses. Je préfère réunir les os par un fil d'argent.

Reste la question de la rotule. Tout le monde a songé à l'utiliser. Albert, de Vienne, la sectionnait (je n'ai jamais compris pourquoi) et utilisait chaque moitié de façon différente. Chez notre malade, je l'ai abaissée et fixée avec une vis au tibia. En fait, le résultat a été excellent.

Quelle est la durée du traitement ? Elle paraît avoir été en général assez longue, 4 mois, 6 mois, 12 mois. Chez notre opéré, au bout de 40 jours, nous avions déjà une solidité parfaite. Cet homme a quitté le service marchant sans béquilles. Il marche certes en boitant. Son membre est d'ailleurs, raccourci de 8 centimètres, ce que l'on pourrait corriger par une bottine. Sa hanche est touchée, et nous n'avons aucune prise sur ce trouble articulaire. Devons-nous agir sur l'équinisme, le pied bot équin ? C'est très contestable. Le patient marche sur la pointe des pieds, ce qui allonge son membre que nous savons trop court. Supprimant l'équinisme, nous supprimerions cet avantage.

Vous voyez que, avec le traitement chirurgical, nous arrivons quelquefois à transformer un infirme en un sujet capable de marcher sans le secours de béquilles.

Deux mots encore pour finir. L'arthrodèse ne s'adresse pas seulement aux cas de ce genre. On l'a appliquée à tous les genoux ballants. Il est, en effet, à côté du genou ballant de la paralysie infantile, d'autres genoux ballants, qui succèdent à l'hydarthrose, à l'arthrite sèche, au tabès, à la destruction des ligaments. On a fait l'arthrodèse aussi dans ces cas-là.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'hectargyre et le « 606 »

La rivalité et la lutte pacifiques continuent, sans relâche, entre le « 606 » d'Ehrlich et deux médicaments vantés et recommandés par M. le Dr Hallopeau, à l'hôpital St-Louis, l'hectine et l'hectargyre.

Comme tous les produits élaborés en Allemagne, le « 606 » a éclaboussé le monde de sa bruyante publicité ; il a certainement sa valeur ; de rapides et surprenants résultats curatifs suivent l'application de ce remède ; mais les récidives ne sont pas exceptionnelles ; des accidents graves, mortels même, se sont produits.

Comme nous le disions dans le *Concours* l'année dernière, le mercure n'est pas encore détrôné ; il a encore de beaux jours.

Or l'hectine (sel arsenical organique), de Mouneyrat a donné déjà d'innombrables succès, soit qu'on l'emploie pure, soit qu'on l'associe au mercure sous le nom d'hectargyre. M. Schoull, de Nice, a publié, dans sa Thèse de Doctorat, huit observations de syphilitiques traités avec succès par ce remarquable médicament.

D'après M. Schoull, l'emploi de l'hectine et de l'hectargyre n'a donné lieu à aucun phénomène d'intoxication. Les seuls inconvénients qu'il a observés sont, dans deux cas, une stomatite légère (hectargyre), rapidement guérie du reste avec un traitement approprié et la cessation momentanée du médicament. Les injections deviennent douloureuses à partir de la quatrième ou cinquième, en les pratiquant chaque jour ; il semble donc préférable de les faire tous les deux ou trois jours seulement. Les résultats les meilleurs semblent obtenus par le mode de traitement suivant : hectine ou hectargyre à 10 centigrammes pour commencer tous les deux jours ; repos d'une dizaine de jours après la cure, puis hectine ou hectargyre à 20 centigrammes.

Les injections devront *toujours* être intramusculaires : Cédant à la demande d'un malade

qui souffrait de ses piqûres intra-fessières faites au lieu d'élection, l'auteur fit une injection à la région lombaire (côté d oit dans le tissu cellulaire sous-cutané, très épais chez cet homme robuste. Le *lendemain* se dessinait au niveau de la piqûre une zone de sphacèle, dont l'élimination fut très longue et dont la guérison complète, malgré tous les traitements, exigea six mois ».

En revanche, les injections intra-musculaires n'ont jamais donné lieu à une réaction locale de quelque intensité. Pour éviter l'enkystement possible du liquide injecté, on pratiquera toujours, aussitôt après, un massage de quelques instants.

Les inconvénients de l'hectine et de l'hectargyre semblent donc négligeables quoiqu'il faille toujours, bien entendu, manier prudemment des agents aussi actifs, par lesquels il pourrait se produire des phénomènes d'anaphylaxie, que l'on n'a jamais observés jusqu'ici. Mais que sont, en tout cas, ces inconvénients si légers à côté des phénomènes graves observés trop souvent après l'emploi du 606 ?

L'anaphylaxie en médecine légale

L'une des applications pratiques les plus intéressantes qu'ait suscitées la notion nouvelle et féconde de l'anaphylaxie est assurément son emploi en médecine légale. En effet, « dès qu'on a reconnu la spécificité de l'anaphylaxie, on a pensé à utiliser cette spécification rigoureuse à la reconnaissance des liquides organiqnes à examiner » (Ch. Richet).

MM. les Drs Minet et Leclercq, de Lille ont publié dans *Paris Médical* un intéressant travail sur les résultats remarquables que l'on peut obtenir par l'emploi de méthodes basées sur ce phénomène.

On peut, par ce nouveau mode d'investigation, reconnaître l'origine humaine ou animale d'une tache de sang, d'un fragment de tissu ou d'organe, enfin une tache de sperme et son origine humaine.

Lorsqu'un expert aura à déterminer l'origine humaine ou animale d'un produit sanguin, une tache de sang par exemple, il commencera par préciser qu'il s'agit bien de sang, à l'aide de l'une des méthodes employées en pareil cas (cristaux d'hémine, spectroscopie, examen microscopique, etc.).

S'il est certain que la tache n'a subi aucune espèce de modification physique ou chimique, si, en un mot, il a affaire à du sang frais non altéré, l'expert pourra utiliser la méthode qui consiste à préparer ce sang pour l'injection déchaînante. Il fera donc une dissolution de la tache dans quelques centimètres cubes d'eau salée physiologique légèrement alcalinisée, et il injectera cette solution à la dose de 0,5 à 1 centimètre cube par voie intra-cérébrale, à des cobayes ayant reçu au moins douze jours auparavant une injection de sérum d'homme et de divers animaux. Si les accidents d'anaphylaxie se produisent uniquement chez les animaux préparés au sérum humain, l'expert pourra conclure que le sang à déterminer était d'origine humaine. (On peut ne pas tenir compte dans la pratique de la cause d'erreur qui consisterait à se trouver en présence du sang de singe supérieur).

Mais cette méthode a l'inconvénient de nécessiter du sang frais, non altéré par la chaleur ou par des agents physiques ou chimiques.

Pour le sperme, il faut se rappeler que ce liquide injecté sous la peau de cobayes à la dose de un quart de centimètre cube, les sensibilise, au bout d'une quinzaine de jours, vis-à-vis d'une seconde injection du même liquide. — L'injection déchaînante nécessite, pour produire des accidents anaphylactiques typiques, une dose minima de 1/2 centimètre cube de sperme, par voie intracardiaque ; la dose optima paraît être 1 centimètre cube. — Les cobayes préparés au sperme humain restent indifférents à l'injection intracardiaque de liquide testiculaire de divers animaux. — Ils restent de même indifférents à l'injection intracardiaque de 1 centimètre cube de sérum sanguin humain, dose toujours suffisante pour déchaîner l'anaphylaxie chez des cobayes sensibilisés au sang humain. »

La méthode anaphylactique est susceptible de compléter fort heureusement ces examens. On a pu voir, en effet, au cours d'expériences inédites, que des cobayes, préparés par injection sous-cutanée d'eau physiologique dans laquelle on a fait macérer de la toile souillée de sperme humain, présentent, vingt jours après, des accidents anaphylactiques caractéristiques, lors de l'injection intracardiaque de 1 centimètre cube de sperme humain (injection qui laisse indifférents des cobayes neufs) ; d'autres cobayes, préparés de la même façon, ne réagissent pas à l'injection de sérum humain, ni de liquide testiculaire provenant de divers animaux.

Il est nécessaire de se rappeler d'autre part que les agents physiques et chimiques, susceptibles d'être mis en contact avec une albumine, ne modifient nullement sa propriété préparante ; donc, des taches de sperme, ayant plus de deux ans de séjour à l'air libre, ont préparé des cobayes de façon parfaite.

REVUE DES CONGRÈS

Traitement des diarrhées coloniales chroniques par le surchauffage lumineux de l'abdomen. — La conservation des œufs. — Traitement du scapulum alatum. — L'hypnotisme en psychothérapie. — Etats hypnoïdes et hypnotisme fortuit.

M. Miramond de Laroquette a fait au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, une communication sur le *traitement des diarrhées coloniales chroniques, par le surchauffage lumineux électrique de l'abdomen.*

C'est une nouvelle application de l'action excitatrice qu'exercent sur les tissus et leur activité fonctionnelle les radiations pénétrantes de chaleur lumineuse.

Dans les diarrhées coloniales anciennes, il y a généralement atrophie et hypofonctionnement de l'intestin et des glandes annexes. Le surchauffage lumineux intensif paraît avoir pour effet de stimuler l'activité insuffisante de ces organes et secondairement de permettre une digestion et une absorption meilleure des aliments.

Au Val-de-Grâce, le professeur Simonin a obtenu, par des séances quotidiennes de chauffage lumineux électrique de l'abdomen, le rétablissement d'un colonial cachectisé atteint depuis deux ans de diarrhée de Cochinchine. En trois mois, le poids remonta de 40 à 70 kilogs et les selles redevinrent normales.

— M. MIRAMOND DE LAROQUETTE a présenté à la section d'hygiène du même Congrès une étude sur les *altérations et la conservation des œufs.*

Selon l'auteur, le meilleur moyen pratique de conservation des œufs est l'immersion dans certains liquides aseptiques, en particulier dans l'eau de chaux à 8 ou 10 %. C'est un milieu stérile, non toxique, dans lequel l'œuf conserve son poids et la plupart de ses qualités naturelles un temps presque indéterminé.

— Au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences,* M. MENCIÈRE (de Reims) a exposé sa technique pour la *cure opératoire du scapulum alatum.*

La déformation connue sous ce nom consiste en une variété particulière de paralysie de l'épaule, paralysie associée du trapèze et du grand dentelé. M. Mencière passe en revue la physiologie des muscles de la ceinture scapulaire et en déduit la technique à suivre, qui consiste en une *arthrodèse-costo-scapulaire,* l'omoplate fixée sous un angle déterminé pour permettre le fonctionnement normal du deltoïde.

— Le *Congrès annuel de la Société de psychothérapie* a étudié le *rôle du sommeil et de l'hypnotisme en psychothérapie.*

La suggestion verbale, dit M. Jules VOISIN, ne suffit pas en psychothérapie. Il faut y ajouter l'hypnotisme et même pendant l'hypnotisme, on doit recourir souvent à la suggestion armée qui concrète en quelque sorte l'action psychique, la grave plus profondément et la rend plus efficace.

Pour M. Bérillon également, l'hypnotisation est le premier temps indispensable de toute psychothérapie ; tout comme on débarrasse un diamant de sa gangue, elle débarrasse le sujet des éléments parasitaires (résistances, idées fixes, etc.) et le rend apte à bénéficier pleinement de la suggestion thérapeutique.

M. Paul JOIRE (de Lille) ajoute qu'en dehors de la suggestion, l'hypnotisme offre des ressources thérapeutiques très précieuses que le psychothérapeute doit savoir utiliser. La cure de sommeil hypnotique convient en particulier à deux grandes classes de maladies : 1° les neurasthéniques ; ceux-ci ne savent pas dormir, le sommeil naturel ne les repose pas. Si on les met en état de sommeil hypnotique, ils deviennent frais, dispos, reprennent du courage et sont rassurés ; 2° les agités ; chez eux les idées se succèdent avec une rapidité incessante ; ou bien ils ont une idée fixe, une obsession qui les poursuit sans cesse, qui hante leur sommeil et leurs rêves. Dans le sommeil hypnotique, leur cerveau se calme, les obsessions et les idées fixes disparaissent. Sans doute, chez ces malades, il faudra agir ensuite par la suggestion, mais on doit les préparer au traitement suggestif par une cure de sommeil.

— M. BÉRILLON a communiqué au même Congrès de la *Société de psychothérapie* un travail sur les *états hypnoïdes et l'hypnotisme fortuit.*

La croyance en l'efficacité de la suggestion à l'état de veille proviendrait de ce que la plupart des psychothérapeutes n'ont pas une notion exacte des états intermédiaires entre la veille et le sommeil (états hypnoïdes) et de l'hypnotisme qui survient spontanément et fortuitement chez beaucoup de sujets prédisposés (hypnotisme fortuit). Dans ces états, malgré les apparences, un degré d'hypnose plus ou moins accentué existe. Il est constitué par une augmentation de la passivité, de l'automatisme, de la malléabilité mentale, et par une disposition à accepter la direction d'autrui. Ces états se rencontrent surtout chez les femmes faciles à impressionner, d'une émotivité exagérée, chez les timides, les alcooliques, les gens qui n'ont pas l'occasion de faire preuve d'une grande activité sociale, les sujets anémiés, débilités. L'intimidation, que tant de personnes ressentent, dans un grand nombre de circonstances, n'est en fait qu'un commencement d'hypnotisme *fortuit.*

La connaissance des états hypnoïdes est importante en pratiquerait. Elle expliquerait les prétendues interventions psychothérapiques *à l'état* de veille.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de la congestion hépatique.

I. — HYPERÉMIE ACTIVE.

a) PÉRIODE AIGUE.

Repos au lit.

Régime : régime lacté absolu. Le lait sera coupé d'eau de Vals, d'eau de Vichy, ou additionné de bicarbonate de soude. En cas de diarrhée opiniâtre on ajoutera au lait de la craie préparée ; en cas de constipation, de la magnésie.

Traitement médicamenteux : saignée locale à l'aide de quelques sangsues ou de ventouses scarifiées (la saignée locale est un excellent procédé pour décongestionner le foie, mais qu'il est nécessaire de ne pas répéter trop souvent).

Grands lavements froids d'un litre ou un litre et demi d'eau bouillie ; les lavements peuvent être administrés plusieurs fois par jour.

Administration d'un purgatif salin (sulfate de

soude, de magnésie), ou mieux de calomel (chez les enfants à doses indiquées par le Pr Marfan, chez les adultes, 0,30 centigrammes à 1 gramme). On peut associer le calomel au jalap ou à la scammonée, ainsi :

Calomel	} ââ 0,05 à 0,50
Jalop	} suiv. l'âge.

ou :

Calomel	} ââ 0,05 à 0,50
Scammonée	} suiv. l'âge.

Pratique de la désinfection intestinale par les antiseptiques internes :

Benzonaphtol	0 gr. 25
Salol	0 gr. 30

2 à 4 paquets par jour en suspension dans de l'eau sucrée avec du sirop de gomme :

ou

Bétol	} ââ 0 gr. 25
Salol	}

2 à 4 cachets par jour.

Dans les cas à répétition, il est préférable d'administrer dès le début un purgatif salin, et de recourir ensuite au calomel, à petites doses (cinq centigrammes par jour), pour assurer l'antisepsie de l'intestin (dans ce cas, surveiller les accidents d'hydrargyrisme) ;

b) Convalescence.

Exercice modéré.

Régime : Régime lacto-végétarien hypoazoté. Suppression des graisses et des boissons alcooliques.

Administration d'antiseptiques gastro-intestinaux pendant longtemps, plus tard cure à Vichy, Vals).

II. — Hyperémie passive (congestion hépatique des cardiaques).

a) Période aigue.

Repos au lit.

Régime : régime lacté absolu.

Traitement médicamenteux : saignée locale comme il a été indiqué plus haut.

Ponction si l'ascite est très abondante.

Administration de digitale ou de digitaline en cas d'asystolie.

Prescription d'un purgatif drastique (eau-de-vie allemande et sirop de nerprun) et de calomel, soit à petites doses (0,05 centigrammes) pendant huit à dix jours, soit à la dose de 0,20 centigrammes à un gramme par jour en deux ou trois prises ; dans ce dernier cas, ne pas prolonger au-delà de trois jours. On peut formuler par exemple :

Poudre d'opium	0 gr. 02
Calomel	0 gr. 10 à 0 gr. 30

Un à trois cachets par jour :

L'adjonction de poudre d'opium a l'avantage de prévenir une diarrhée trop intense. Le Dr Gaston Lyon recommande :

Extrait aqueux d'ergot de seigle.	0 gr. 10
Poudre de scille	0 gr. 075
Calomel	0 gr. 05
Poudre de digitale	0 gr. 025

Pour une pilule n° 9, ou 12, 3 par jour.

b) Convalescence.

Massage du foie (Gilbert et Lereboullet).

Iodure de potassium.

Bicarbon. de soude (un à deux gr. par jour).

Dr G. Siguret (Saint-Nectaire).

HYGIÈNE INDUSTRIELLE

La « schistose » ou « maladie des ardoisiers. »

Dans son numéro du 5 mai, la *Vie ouvrière* offre l'hospitalité la plus large à tous les travaux intéressant les maladies des ouvriers. Nous répondons très volontiers à son appel et sommes heureux de décrire ici une maladie qui décime nos ardoisiers, portion nullement négligeable de la population ouvrière française, car 25 départements produisent des ardoises et deux des massifs principaux, celui de l'Anjou et celui des Ardennes, occupent à eux seuls plusieurs milliers d'ouvriers.

La maladie des ardoisiers n'a été bien étudiée que depuis une vingtaine d'années environ. L'attention a été attirée sur elle par les premiers travaux concernant les pneumonies professionnelles, dans le cadre desquelles elle doit être rangée. Les Drs Hamaidé (1), Ripert (2) et Séjournet (3), dans les Ardennes se basant sur leur pratique, sur des autopsies (Revin, Pays de Galles) ou des expériences de laboratoire, en ont précisé l'étiologie, observé les symptômes, décrit les lésions, formulé le pronostic. Le Dr Jagot, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Angers, a déclaré tout récemment (1910, *Archives médicales d'Angers*) avoir observé chez les ardoisiers qu'il a eu l'occasion de soigner, soit en ville, soit dans son service de l'Hôtel-Dieu, les symptômes et la marche de la maladie décrite par Balthazard et Macaigne (Précis de pathologie interne, 1907), sous le nom de pneumokonioses.

La pneumokoniose (de deux mots grecs dont l'un signifie poumon et l'autre poussière) est la maladie produite par la pénétration de poussières dans les poumons. Elle s'appelle anthracose, sidériose, chalicose, suivant qu'elle est produite par des poussières de charbon, de fer ou de silice. L'ardoise contenant (schiste vert de Fumay), 65,42 p. 100 de silice, la maladie engendrée mécaniquement par ses poussières est une chalicose. M. Séjournet a proposé de lui donner le nom spéciale de schistose (du nom de la roche travaillée par les ouvriers), parce que les poussières inhalées ne sont pas composées de silice pure: l'ardoise contenant 19.98 p. 100 d'alumine, 3,08 p. 100 de sesquioxyde de fer, etc. Pour être plus près de la vérité, peut-être aurait-il été bon de se souvenir que les schistes sont des roches de texture et de composition très variées, que le phyllade

(1) Duchêne et Michet. — *Les Ardoisiers* (*Revue d'hygiène*).
(2) *D'une espèce de chalicose ou maladie des ardoisiers*. Thèse, Lille, 1897.
(3) Séjournet. — *Les Ardoisiers*, Reims, 1900.

où l'ardoise n'en est qu'un type des mieux caractérisés et qu'en conséquence le terme de schistose n'est pas encore parfaitement exact. Mais ceci importe peu.

Caractères de la maladie. — Il résulte de tous les travaux parus jusqu'à ce jour qu'on peut, à l'instar de ce qui se passe pour les autres pneumokonioses résumer ainsi les trois périodes de la maladie chez l'ardoisier :

A) *Période dyspnéique.* — La maladie s'installe insidieusement, provoque un peu de dyspnée et de toux, aboutit à de l'emphysème.

B) *Période emphysémateuse ou bronchitique.* — Après un temps qui varie de douze à quinze ans, la maladie prend soit la forme emphysémateuse où la dyspnée s'accentuant provoque de faux accès d'asthme et où la survie est plus prolongée (l'ardoisier vit dans ce cas jusqu'à 60 ou 65 ans) ; soit la forme bronchitique avec quintes de toux, expectorations, points de côté, matité aux bases et à l'auscultation, signes de la bronchite chronique ordinaire avec poussées congestives simulant la pleurésie ou la pneumonie.

C) *Période consomptive.* — L'induration pulmonaire est complète, les hémoptysies sont fréquentes, des signes cavitaires apparaissent, le champ de l'hématose est progressivement réduit; lorsque le poumon est gorgé d'ardoise,dit Ripert, l'ardoisier meurt faute d'oxygène. La mort survient après 20 ou 25 ans, soit par cachexie (fièvre hectique, anoxémie progressive, etc.), soit par asystolie (lésion du cœur droit).

Quelles sont donc les lésions particulières de cette pneumonie chronique que M. Ripert a pu reproduire expérimentalement chez des rats et des cobayes auxquels il a fait respirer des poussières d'ardoise ?

Les poussières entrant dans le poumon se localisent suivant une règle très bien établie par Carrien dans ses recherches sur l'anthracose.

a) D'abord à la périphérie, vers les limites du lobule pulmonaire ;

b) Puis vers le centre du lobule, autour de la bronche et des vaisseaux qui l'accompagnent ;

c) Enfin se disséminent en certains points du lobule.

Elles sont enlevées par les leucocytes, charriées par les lymphatiques du poumon qui, nous le savons (Grancher), sont distribués en deux réseaux ; réseau central du lobule (interstices du tissu conjonctif de la bronche intra-lobulaire et des vaisseaux voisins), réseau périphérique (suivant la direction des veines dans le tissu conjonctif interlobulaire) — et finalement amenées dans les ganglions où elles s'accumulent en les hypertrophiant et même les pétrifiant.

Les ganglions, une fois remplis et bouchés, les poussières s'infiltrent dans les lobules qui, à leur tour, forment des noyaux durs, volumineux, qui résistent à la coupe, crient sous le scalpel. Ces noyaux déterminent une inflammation de voisinage qui aboutit à un travail de sclérose de plus en plus étendu. Les poussières peuvent envahir les lymphatiques de la plèvre, provoquer la naissance de fausses membranes épaisses et solides qui créent des adhérences entre le poumon et la paroi costale.

Dans une autopsie faite chez un sujet symptomatiquement *non malade encore,* mort d'accident, le docteur Séjournet (1) a trouvé dans les poumons, noirs et compacts, une vingtaine de ces nodosités dont le volume variait de celui d'un grain de raisin à celui d'une amande ; leur contenu était composé de poussières d'ardoises *très reconnaissables* ; une plaque dure et résistante, vrai plastron de la largeur du sternum, de 3 cent. et demi de hauteur,de 15 millim. d'épaisseur, unissait les deux poumons en avant des bronches ; de consistance pierreuse « aussi difficile à entamer qu'un crustacé ». Cette plaque était, elle aussi, le résultat de l'infiltration d'un ganglion trachéo-bronchique par la poussière d'ardoise et de la sclérose des tissus environnants.

Il nous semble inutile de nous appesantir plus longtemps dans cette revue sur des détails purement scientifiques qu'il sera facile de retrouver pour une étude plus approfondie de la question, exposée tout au long non seulement dans l'excellente thèse du docteur Ripert (difficile à se procurer à l'heure actuelle), mais encore dans une brochure éditée en 1909 à Fumay par l'Union des Syndicats ouvriers ardoisiers sous le titre : « La retraite des mineurs aux ardoisiers victimes de la schistose. », Dr Doizy, Martin-Coupaye, Dr Ripert.

Les ravages de la schistose. — Nous avons suffisamment montré quelles sont les lésions et les symptômes de la maladie. Examinons maintenant quelle en est la fréquence.

Venez à Fumay, vous y verrez à chaque coin de rue, cherchant *le soleil et le repos, des hommes* maigres, voûtés, véritables vieillards de quarante ans. Ils souffrent du mal des ardoisiers. Ils *traînent,* c'est-à-dire ne travailleront jamais plus en attendant une mort, hélas ! prochaine. C'est à peu près en ces termes que notre ami Ripert nous trace le saisissant tableau de ces malheureux, souvent grands gaillards bien charpentés, rencontrés à chaque pas dans le centre ardoisier des Ardennes, toussant, haletant, comme de vieux tuberculeux ou de vieux asthmatiques. De ces quelques lignes il nous est facile de déduire que les malades sont nombreux et meurent jeunes.

Des statistiques très consciencieusement établies ont permis :

Au Dr Hamaidé, de Fumay, qui a fait le relevé des décès d'ardoisiers pendant vingt-cinq ans, de fixer à 48 ans la durée moyenne de la vie dans cette profession ;

Au Dr Ripert, qui a fait porter sa statistique sur une période de quatorze ans, de fixer cette durée à 47 ans ;

Du Dr Jagot, qui a fait porter ses observations à Trélazé sur une période de dix ans, de la fixer à 47 ans 77.

Au Dr Jallot, de Renazé (Mayenne),statistique également décennale — de la fixer à 50 ans 46.

Ces moyennes méritent d'être soulignées pré-

(1) Séjournet. — *Les Ardoisiers.* Reims, 1900 p. 18.

cisément à cette heure où la loi nouvelle du 5 avril 1910 (car les ardoisiers ne jouissent pas du bénéfice de la loi du 29 juin 1894 sur la retraite des mineurs) promet aux ardoisiers une retraite à... 65 ans !

Evidemment tous les ardoisiers ne meurent pas de la schistose ; les accidents les plus épouvantables ne les épargnent pas au fond de la mine où chaque jour ils risquent d'être décapités ou écrasés par les énormes blocs tombant sur le sol de l'*ouvrage*. Mais pourquoi cependant la schistose fait-elle chez eux tant de ravages ?

La réponse est facile pour qui connaît la vie de l'ardoisier.

Les causes de la maladie. — Dans les ardoisières des environs d'Angers, l'exploitation de l'ardoise s'est faite longtemps à ciel ouvert. Mais depuis une cinquantaine d'années on y pratique aussi l'exploitation souterraine, la seule qui puisse être employée dans les Ardennes où les couches ardoisières sont très inclinées et recouvertes d'une masse énorme de roches que l'on ne peut songer à enlever.

Les ouvriers sont divisés en deux catégories, ceux du fond, qui extrayent la roche schisteuse, et ceux de la surface, qui la façonnent.

Une fois qu'on a creusé, suivant l'inclinaison du gîte, une galerie, qui servira à l'extraction des produits et qu'on est arrivé à une profondeur où la roche n'est plus altérée par les agents atmosphériques, on dispose de chaque côté de la galerie des chantiers ou *ouvrages* dans lesquels on abat l'ardoise. Suivons-y les ouvriers. Ils marchent sur les débris d'ardoises et employant la méthode d'exploitation dite *en rehaussant*, détachent le banc situé immédiatement au-dessus d'eux, en épuisant la veine couche par couche ; ils font tomber successivement ces couches sur les remblais provenant de l'abatage et s'élèvent ainsi au fur et à mesure sur les dits remblais jusqu'à ce qu'ils arrivent à une partie inexploitable.

Pour dégager la première couche inférieure, les *craboteurs* ont dû creuser une excavation de 0 m. 80 de hauteur, travailler couchés ou à genoux, dans un milieu humide, mal aéré, rempli de la poussière que soulèvent les coups de pics, de la fumée que dégagent les chandelles de suif, collées soit sur les casquettes, soit aux parois de la roche, au moyen de morceaux de terre glaise, dans lesquels elles sont piquées. Malgré que la mèche soit en fil de chanvre dont la combustion lente donne relativement peu de fumée, celle-ci n'est pas négligeable ; elle est certainement pour quelque chose dans la coloration noire des poumons que révèlent les autopsies

A la différence de ce qui se pratique dans l'Anjou où l'électricité est couramment employée, les ardoisières des Ardennes ne sont éclairées que de cette primitive façon. A peine, dans quelques galeries très fréquentées, emploie-t-on ou l'électricité ou des lampes à pétrole ou quelques lampes à huile, qui donnent d'ailleurs plus de fumée que les chandelles.

Dans l'ardoisière Saint-Lambert-Bellerose, les ouvriers, pour parcourir les galeries qui les conduisent aux ouvrages, s'éclairent au moyen de lattes de chêne très minces, nommées *scraps*, qui brûlent facilement en donnant une flamme assez vive pour éclairer quatre à cinq ouvriers à la fois et en produisant peu de fumée. Nous ne reviendrons pas sur cette question de l'éclairage, qui a son importance au point de vue médical, regrettant seulement que l'emploi de l'électricité ne soit pas imposé obligatoirement aux exploitants.

Le travail des craboteurs terminé, c'est au tour des *coupeurs* à circonscrire les blocs, qu'ils veulent détacher, de tranchées creusées à coups de pics, travail qui fait jaillir des nuages de poussières schisteuses ; ces tranchées peuvent être si profondes que l'ardoisier y disparaît, respirant dans ce milieu on devine avec quelle peine.

Le coupeur cède la place au *mineur*. A celui-ci incombe le soin de détacher le bloc des couches supérieures. Des essais de perforatrices à air comprimé n'ayant pas été concluants, c'est toujours avec le long foret dit *barre à mine* qu'il creuse des trous profonds dans les points de stratification du schiste : un aide enfonce la barre à coups de masse (1). Après chaque coup, le mineur retire sa barre et ramène une grande quantité de poussières dont son compagnon et lui absorbent inévitablement leur bonne part. Les mines prêtes, on les fait sauter et le bloc vient brutalement s'écraser sur le lit de l'ouvrage en soulevant encore et toujours des flots de poussière. Le procédé est brutal, dangereux et coûteux, car il désorganise la matière exploitable au point de donner jusqu'à deux tiers de déchets. On a vu de ces blocs (Nivoit) de 15 mètres de longueur, sur 30 mètres de largeur et 1 m. 50 d'épaisseur. Poussières d'ardoise, fumées de poudre ou de dynamite, constituent un milieu respirable où l'hygiène est loin de trouver son compte.

L'atmosphère ne deviendra pas, par suite, meilleure pour les poumons, car les *débiteurs*, au moyen soit de mines, soit de coins enfoncés à coups de masse, vont fragmenter le bloc en dalles de 45 à 80 kilos, dont les *manœuvres* chargeront les wagonnets destinés à les remonter à l'air libre.

Là, les ouvriers du jour s'en emparent. Dans l'Anjou, les *fendeurs* travaillent dans des conditions autrement plus salubres que dans les Ardennes. Ils sont installés derrière des abris de paille, solidement assujettis, alors que dans les Ardennes ils sont enfermés dans des baraques n'ayant pour baies que la porte, car les fenêtres, comme les étroits châssis, pris dans les toitures, ne sont jamais ouverts. La baraque est pleine de poussières provenant du travail des fendeurs et de celui des découpeurs, et les manœuvres, par leurs allées et venues sur les débris, se chargent d'augmenter l'épaisseur du brouillard. Le fendeur qui dédouble la dalle tenue verticalement entre ses sabots, jusqu'à l'épaisseur voulue de l'ardoise commerciale ne travaille pas sous l'eau (2) ; l'arrosage des

(1) Dans l'Anjou, les trous de mine sont creusés avec des perforatrices électriques, munies d'une manivelle excentrique.

(2) Une seule ardoisière, à Fumay, fait le sciage à l'eau : l'ardoisière Sainte-Anne.

varaques, quand il est fait, n'est guère efficace tu la quantité des débris ; les appareils ventilateurs ne sont pas employés et peut-être seraient-ls plus nuisibles qu'utiles ; les masques sont inconnus. Résultat : l'hygiène de ces ouvriers du jour est telle dans les Ardennes que la durée moyenne de leur vie est inférieure à celle de leurs camarades de l'Anjou et ne dépasse pas celle des ouvriers du fond.

Cette brève énumération des différents travaux auxquels sont occupés les ardoisiers aura suffi pour convaincre le lecteur le moins prévenu en leur faveur que ces « écaillons », ces « scailleux », ne sont pas des privilégiés parmi les travailleurs. Leur pneumokoniose s'explique facilement de par ces conditions de travail que nous venons d'esquisser; son étiologie est des plus nettes et il est indispensable de la faire connaître, à l'heure où le Parlement s'occupe de l'extension aux maladies professionnelles du bénéfice de la loi du 5 avril 1898 sur les accidents du travail.

Dans le tableau des industries dangereuses et des maladies professionnelles qu'elles engendrent, primitivement dressé par M. Breton, un article spécial vise les maladies causées ou aggravées par les poussières. Ce tableau a été reproduit par M. Laurent, dans le rapport qu'il vient de déposer en mars dernier. Dans sa séance du 7 mars, la Commission d'assurance et de prévoyance sociales a, sur notre proposition, ajouté sous le nº 5 *bis* l'extraction et le travail de l'ardoise. Ouvriers du fond et ouvriers du jour pourront ainsi réclamer le bénéfice de la loi si toutefois, comme il faut l'espérer d'ailleurs, la commission prévue à l'art. 10 et chargée de dresser le tableau définitif retient la schistose.

Ce ne serait que justice, surtout si l'on tient compte de ce fait que nous avons réservé pour la fin. L'ardoisier, le plus souvent, ne prend pas le temps de mourir de la schistose. Lui qui, lorsqu'il entre à 15 ans à l'ardoisière, se trouvant en état normal, devrait, si le métier n'était pas nocif, vivre en moyenne jusqu'à 61 ans, il succombe à 47 ou 48 ans. Pourquoi ? Parce que, indépendamment des accidents, la schistose, presque inévitable, prépare le terrain à un autre fléau que la contagion, le surmenage, l'insuffisance des salaires, la mauvaise qualité de l'alimentation, l'empoisonnement par l'alcool, toutes les misères sociales en un mot, amènent avec eux : ce fléau n'est autre que la tuberculose. Sur ces poumons farcis de poussières, dont la capacité respiratoire se trouve considérablement réduite, le bacille perfide s'installe et de l'ouvrier solide et fort fait un vieillard prématuré que la mort vient impitoyablement faucher alors qu'il devrait être en pleine maturité.

Schistosiques et phtisiques, les ardoisiers le sont de par leur travail. Avec les carriers, les piqueurs de meules, les tailleurs de silex, les cantonniers, les aiguiseurs, les faïenciers, les porcelainiers, les verriers, les potiers, les peigneurs de lin et de chanvre, les mineurs, les charbonniers, les miroitiers, les polisseurs de glaces, les batteurs d'or, les mouleurs en cuivre, en fonte et en bronze et tant d'autres dont il est nécessaire de dresser la liste exacte, ils ont leur pneumonie professionnelle.

Oubliés par la loi des 29 et 30 juin 1894, qui accorde aux mineurs caisses de secours et de retraites; ils ont la volonté de crier partout leur misère, ils réclament les mêmes avantages que leurs frères des mines de houille, ils veulent que des mesures d'hygiène reconnues nécessaires, indispensables, soient imposées aux compagnies exploitantes et de jour en jour, leurs syndicats prennent plus conscience et de leurs devoirs et de leur force.

Avec de la volonté, ils vaincront.

Dr H. Doisy, Député,
Médecin conseil de l'Union des Syndicats ouvriers ardoisiers des Ardennes.

(*Extrait de la Revue* : La Vie Ouvrière.)

Bactériologie. Vaccinothérapie. Sérothérapie

Sur le traitement local des malades atteints de diphtérie et des porteurs chroniques de bacilles. — Le sérum de Moser dans la scarlatine. — Diagnostic différentiel entre la scarlatine-vraie et la scarlatine-vaccin. — Sur la présence des bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — Sur l'immunisation active dans la furonculose, le sycosis et l'acné. — La valeur thérapeutique de la levure de bière dans les infections strepto et staphylococciques. — Le traitement de l'arthrite rhumatismale par les vaccins.

Pour le *traitement local des malades atteints de diphtérie et des porteurs chroniques de bacilles*, il n'existe aucun composé chimique sûrement efficace. C'est ce qui résulte des recherches de *Iochmann* sur 300 cas. Il est impossible de lutter d'une manière certaine contre la longue persistance du bacille de Loeffler, soit dès l'instant où la fausse membrane est tombée, soit après la 3e semaine, époque à laquelle le germe commence à disparaître spontanément, soit encore dans les cas rebelles et chroniques. Cette considération s'applique aussi bien à la solution de nitrate d'argent au titre de 2 ou 10 %, à la teinture d'iode, au sozoiodolate de soude qu'au mélange alcool-toluol de Loeffer, au perborate de soude, à la pyocyanose, au pergenol, aux tablettes de formamint et à l'antiformine.

Cependant en pratique, tous ces composés se recommandent, car ils diminuent plus ou moins le nombre des bacilles. (*Klin. Iahl*, 1910, B. 22, H. 4. page 547).

***

Le *sérum de Moser* produit de très bons effets dans la *scarlatine* ; il diminue considérablement *la mortalité* dans les cas graves ; d'autre part, il influe sur l'*évolution* de cette infection en agissant sur la température à tout moment, mais surtout au début, en diminuant la fréquence et la gravité des complications ; il exerce aussi d'heureux effets sur l'activité cardiaque, sur le systè-

me nerveux central, sur l'exanthème et les nécroses.

D'après FEDINSKI (*Iahrb. f. Kinderheilk.* 1910) il y a tout intérêt à instituer de bonne heure cette sérothérapie (statistique de 187 cas).

***

Les différents symptômes réactionnels qui accompagnent la *vaccination anti-scarlatineuse* sont forts variables, et ils peuvent aller jusqu'à rappeler en tous points la vraie scarlatine.

Cependant le *diagnostic différentiel entre la scarlatine vraie et la scarlatine-vaccin* est parfois des plus importants. Aussi est-il nécessaire de s'en rapporter aux données suivantes pour distinguer les deux variétés d'exanthèmes.

L'évolution totale de la scarlatine-vaccin est plus rapide (3 à 4 jours) que celle de la scarlatine naturelle (7 à 8 jours).

L'exanthème du vaccin envahit tout le corps en quelques heures seulement ; alors que dans la scarlatine naturelle, il est progressif et ne se complète qu'en 3 à 5 jours.

En outre, dès le 2e jour, la langue est framboisée dans le vaccin ; elle ne l'est qu'à la fin de la 1re semaine dans la scarlatine vraie.

Enfin, il n'y a pas de desquamation dans la scarlatine-vaccin.

***

Autrefois on admettait que, dans *la tuberculose miliaire* seule, il était possible de *déceler des bacilles tuberculeux dans le sang circulant* ; mais en 1909, Rosenberger et Liebermeister ont démontré qu'il en était de même pour la tuberculose pulmonaire à ses débuts comme à ses stades avancés. Il suffit, pour les découvrir, de recueillir 5 à 10 cm. de sang veineux dans une solution d'acide citrique, de centrifuger après refroidissement, de traiter le culot à l'antiformine, puis, après quelques autres lavages et centrifugations, d'en faire des frottis que l'on colore suivant la méthode de Ziehl.

L'examen du sang donnerait un résultat positif dans 17 p. 100 environ des cas de tuberculose au 1er et au 2e degré, et dans 50 % des tuberculoses au 3e degré. C'est donc là un moyen de diagnostic à retenir pour les cas douteux où l'on soupçonne la tuberculose sans que l'on puisse trouver localement les signes pathognomoniques de cette affection. (JESSEN et RABINOWITCH. *Deut. med. Wochens*, 1910, page 116.)

***

SELLEI a pratiqué l'*immunisation active dans 45 cas de furonculose, sycosis ou acné.* D'après les principes de Wright, pour préparer ses vaccins, il a employé soit la méthode de Wright (chauffage à 60° des cultures pendant une heure), soit l'autolysat de cultures bactériennes (24 heures d'étuve, puis addition d'acide phénique, et centrifugation).

La première méthode lui a donné de bons résultats dans la furonculose (guérison de quelques cas après une ou deux injections), des résultats moins bons dans le sycosis, aucun résultat dans l'acné.

Quant à l'emploi des autolysats (contrôlé régulièrement par la recherche de l'index opsonique), il a donné la guérison au bout d'un petit nombre d'injections dans quelques cas de sycosis et de furonculose, tandis qu'il procurait une amélioration dans l'acné. (*Wien. Klin. Wochens*).

***

Pour étudier la *valeur thérapeutique de la levure de bière dans les infections strepto et staphylococciques,* WALZOW et SACHAROW (de Moscou) ont fait une série d'expériences sur des chiens, auxquels ils donnaient de la levure de bière en surveillant les variations dans le pouvoir opsonique du sang. Toujours ils purent constater une élévation de l'index opsonique sous l'influence de la levure de bière. Après avoir administré durant cinq jours de la levure de bière, l'index s'élève de 1 (sa valeur normale), à 1 1/2 ou 3 vis-à-vis du streptocoque, à 1 1/2 vis-à-vis du staphylocoque. Quand on cesse la levure, cet état de résistance accentuée diminue progressivement, mais subsiste encore durant un certain temps.

Ces constatations expérimentales permettent de recommander dans les infections strepto et staphylococciques, la levure de bière, qui — par sa teneur en nucléine — détermine une hyperleucocytose, augmente le pouvoir opsonique et mobilise ainsi les moyens de défense de l'organisme.

***

Quoiqu'on n'ait pas encore isolé le micro-organisme *spécifique* du rhumatisme, il est certain que cette affection est d'origine infectieuse ; d'ailleurs en cultivant le sang de certains malades, il a été possible de cultiver certains microbes, d'en faire des vaccins et de *traiter par ces vaccins l'arthrite rhumatismale.*

BAMNATYME et LINDSAY rapportent à cet égard deux observations intéressantes : (*The British. med. Jour.*, janvier 1911, p. 192).

1° Une nurse de 44 ans souffrait de douleurs articulaires généralisées depuis le mois de février 1910, et ces douleurs avaient résisté à tout traitement (bains de vapeur et 9 injections de fibrolysine). Le 12 septembre, on cultiva le sang de cette malade, et on en retira un microorganisme, dont on fit un vaccin qu'on injecta à la dose de 5 millions. Les injections furent faites sous-cutanées tous les 3 jours, on ne nota ni élévation de la température, ni aucun autre trouble ; mais dès la 2e injection, les douleurs s'amendèrent notablement, et dès lors l'amélioration s'accrut rapidement ; au bout de 17 injections, les douleurs avaient disparu et la malade pouvait se promener sans aucune aide.

2° Depuis quatre mois, une autre femme souffrait de douleurs articulaires généralisées aux poignets, coudes, épaules, genoux, et à l'articulation tempo-maxillaire ; après avoir subi une poussée aiguë, elles se trouvaient à un stade subaigu

ou chronique, qui était marqué principalement par de l'atrophie musculaire. N'ayant obtenu aucune amélioration avec les traitements usuels, on fit une culture du sang, et on obtint un microbe, dont on obtint un vaccin qu'on injecta à la dose de 5 millions tous les deux jours, sans jamais observer d'hyperthermie. Dès la 2e injection, la malade accuse une disparition de ses douleurs articulaires ; puis elle put mobiliser ses jointures et quitta l'hôpital après complète guérison.

Dans ces deux cas, le sang fut recueilli, sous les précautions d'asepsie ordinaires, par la ponction d'une veine du pli du coude ; il fut ensemencé sur gélose-sang et porté à l'étuve à 35°.

Dans le premier cas, on observa le 3e jour des colonies se présentant sous forme de points semi-transparents ; elles étaient formées de diplocoques gram-positifs.

Dans le 2e cas, il s'agissait de microbes analogues, dont les colonies apparurent dès le 2e jour.

Dr Fiser.

Petite Correspondance de Médecine pratique

La cure de raisin.

Je serais très heureux d'être renseigné sur le sujet suivant :

La cure de raisin est très recommandée dans le traitement de l'arthritisme. Comment doit se faire cette cure, dont je suis très partisan ? Doit-on absorber le grain entier, pépins et enveloppe ?

Réponse.— Pour faire une cure de raisin, il faut absorber le fruit à jeun, le matin.

On doit commencer par 500 gr., puis arriver progressivement à deux kilogr., dans la journée. Il faut le manger entier avec les pépins.

L'action est triple : diurétique par la glycose et le nitrate de potasse ; laxative, par la crème de tartre et par les pépins, qui, agissent mécaniquement, comme la graine de lin ; nutritive, par son sucre.

L'acidité de l'urine est diminuée d'une façon très notable et l'urée diminue dans une grande proportion, ce qui indique une combustion moins énergique surtout pour les matières albuminoïdes.

L'action laxative produit une dérivation du côté de l'intestin, tout en amenant une diminution des fermentations intestinales.

Il y a enfin une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée. De plus le raisin produit une suractivité de la fonction hépatique et de la sécrétion biliaire.

Cette cure de raisins donne d'excellents résultats dans la goutte, les cardiopathies, la tuberculose et même dans les cas de diarrhée chronique.

Nous avons reçu une lettre nous faisant remarquer, en termes assez peu courtois, qu'une recette reproduite ici pour enlever les taches de nitrate d'argent, et qui consiste à se servir d'une *solution de sublimé au dixième* présente des dangers. Nous ne doutons pas que nos lecteurs sachent qu'une solution de ce genre est à la fois *toxique et caustique*, et nous ne leur ferons pas l'injure de les supposer capables, comme le fait notre peu aimable correspondant, de se servir de cette solution inconsidérément. Le *Concours Médical* est lu par des médecins qui savent que le sublimé est un poison et le sens de l'épithète de *corrosif* n'est ignoré par aucun de nos lecteurs.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de culture physique, par le Dr C. C. Pagès. Vigot Frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, Paris. Un vol. in-18 jésus, cartonné, avec 86 figures dans le texte. 3 fr. 50.

D'abord vétérinaire et zootechnicien, puis physiologiste et médecin, *hygiéniste* avant tout, le Dr Pagès a consacré ces vingt dernières années à l'étude et à la pratique de la culture physique, dont il est devenu on peut dire le *premier ingénieur* : et le petit livre qu'il nous donne aujourd'hui n'est que le résumé de ce qu'il y a appris. Tous ceux qui l'ont suivi en sa longue préparation devinent ce qu'il a pu faire ensuite dans un domaine aussi captivant et aussi neuf que le développement corporel ; ils devinent aussi que la sûreté de méthode et l'originalité de style tant remarquées dans les ouvrages précédents, n'ont pu que s'accentuer par le mûrissement naturel de l'esprit avec l'âge : on y sent si peu l'effort qu'on ne s'aperçoit pour ainsi dire pas que le livre est bien conçu et bien écrit.

Le Dr Pagès veut une culture physique commode : une route, à la rigueur une piste dans cour ou jardin, deux exerciseurs de chambre et quelques haltères suffisent.

Il la veut facile, par la douceur et la simplicité de l'effort : les effets en seront plus lents, mais ils seront aussi plus sûrs ; ce que l'on n'obtient pas chez l'individu on l'obtient dans la race. Aussi ses exerciseurs préférés sont-ils des élastiques dont on peut graduer indéfiniment la résistance ; avec la marche et la course de vitesse, celle-ci très modérée, et un peu d'haltères, ils permettent d'obtenir, sans grand déplacement, sans grand dérangement et pour *ainsi dire dans la famille*, les conformations les plus belles et les santés les plus solides. L'auteur ne vise pas les avantages des gymnases d'écoles, de culture physique, mais il croit que l'avenir est à l'enseignement à domicile.

Ce qui le préoccupe avant tout, c'est la *santé*, et tous les exercices qu'il recommande ont principalement pour but de renforcer les viscères. Même au point de vue des diverses fonctions, il subordonne la force au sentiment et à l'idée et met invariablement le muscle au service de l'intelligence et du cœur. Il n'y a donc pas que le sédentaire banal qui tirera un grand profit de sa méthode, mais aussi celui qui désire acquérir une haute culture intellectuelle.

Cette série d'exercices est précédée de considérations physiologiques qui en expliquent les effets : et ces considérations sont si simples et si claires que

tout le monde peut les comprendre : l'auteur a fait ainsi, sans le rechercher, un véritable ouvrage d'enseignement populaire supérieur.

Dans ces explications préliminaires comme dans les exercices eux-mêmes, tout est conçu et exposé avec une grande ampleur ; et l'on va avec une extrême aisance des racines de la vie végétative jusqu'aux fruits de la vie animale. On sent ici l'influence du positivisme que le Dr Pagès a connu très complètement sans y rester.

Enfin la femme, qu'on néglige dans les traités habituels, est l'objet d'un chapitre peu étendu mais fort intéressant ; pour elle encore plus que pour l'homme, l'auteur insiste particulièrement sur les exercices de beauté, aussi bien de la forme que du teint et de la bonne senteur.

L'ouvrage est illustré de 86 figures : les unes représentant les divers mouvements, les autres les principaux types, hommes ou femmes, que l'on peut considérer comme formant l'avant-garde du progrès physique. Pas plus dans l'illustration que dans le texte on ne trouvera de choses superflues ; l'auteur semble même s'y être appliqué comme pour montrer le retentissement sur l'esprit d'une méthode de culture corporelle qui exclut tout effort inutile.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place

Réunion de St-Nazaire

(*Vendredi* 7 *juillet* 1911)

(*Suite*)

Les 25 confrères qui nous reçurent le vendredi 7 juillet à St-Nazaire avaient interrompu la besogne matinale de la clientèle pour être exacts au rendez vous de dix heures du matin.

(Camarades de Paris et des grandes villes, fait-on cela partout pour la défense professionnelle ?)

M. le Dr Méloche, un vétéran de toutes les luttes resté à la hauteur des indications de l'heure présente, présida la séance comme il préside toutes celles du Syndicat, c'est-à-dire avec cette bonne grâce et cette autorité qui ne vont qu'à la confiance bien acquise.

Là encore, il nous fut donné de mesurer le peu d'importance accordé aux tournois de nos journaux professionnels, relativement à la réorganisation de l'Union, au duel A. G. et Prévoyance médicale, aux crimes et aux catastrophes mis sur le compte de l'ami Diverneresse et du Syndicat de médecine sociale par tout ce qui ne sait pas se libérer d'une déontologie bourgeoise et surannée... se pratiquant sur le dos des petits.

La nécessité du Syndicat local autonome apparut là tout aussi évidente qu'ailleurs. La cohésion sur des intérêts identiques donne une force qui reste utilisable : elle se perd si elle doit faire passer ses revendications par le groupement, actif il est vrai, mais trop bigarré et trop exclusivement nantais, qui a nom Syndicat de la Loire-Inférieure.

Deux questions bien locales faisaient, ce jour-là, l'objet des préoccupations de nos confrères de l'embouchure de la Loire.

En toute insistance, ils se plaignaient du sans-gêne avec lequel des médecins parisiens, venus en baigneurs, se mettent à exercer sur les plages qui sont la raison d'être des clientèles créées dans ces milieux pauvres. Quels battages, quels accrocs systématiques à leurs grandes formules se permettent là des médecins réputés pour des purs !

Le praticien local, qu'est-ce que cela pour, eux ? Les grandes (!) familles n'en veulent pas, parbleu, quand, à la villa voisine, le célèbre Dr X., le savant, consent si volontiers à soigner les étrangers (et ses intérêts) plutôt que sa santé qui lui faisait soi-disant chercher le repos. Et dire que ce sont de tels ambulants qui, vendant d'ailleurs toute l'année leurs services par traité aux collectivités, parlent généralement des méfaits de la médecine commerciale.

En vérité, nous le répétons, il faut voyager loin de Paris pour apprendre ce que sont parfois dans la pratique les théories qu'on y professe.

Mais ainsi atteints dans la meilleure partie de la clientèle, nos malheureux confrères n'étaient pas moins émus de ce qui les attend dans l'autre, celle qui nous fournit le sel marin. Le Sénat est devant un projet d'admission en franchise des sels tunisiens, projet qui tuerait les salines de l'Ouest : ce serait la misère absolue pour la population que desservent les praticiens du Syndicat de St-Nazaire ; pour eux-mêmes, par répercussion. Aussi, se souvenant de l'influence au Sénat de notre ami Pédebidou, membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, nous ont-ils prié de remettre leur cause entre ses mains, et d'étudier avec lui le moyen de détourner de leur tête ce coup mortel.

Ils organisent, du reste, eux-mêmes leur défense sur ce dernier point : ils l'organisent syndicalement, en vertu de leur droit d'initiative et surtout parce qu'ils jugent que le syndicat médical a le devoir de défendre la population de la région dont il fait partie.

Bien pensé et bien travaillé : nos syndicats ne devraient-ils pas faire leur, une bonne fois, la devise : *nihi humani alienum puto.*

Pouvions-nous, dans ce milieu vibrant, ne pas récolter la preuve que nos appels à la défense méthodique et énergique à la prévoyance bien comprise, avaient été parfaitement entendus ?

Le fait est qu'au sortir de cette bonne séance il fallut télégraphier au Bureau de nous envoyer de nouveaux carnets d'adhésion au *Sou médical* et à la *Mutualité familiale.*

Nous déjeunâmes en chemin de fer avec l'appétit de camarades franchement heureux du succès de leurs efforts.

Dr Jeanne, Dr Boudin.

(*A suivre.*)

ÉCONOMIE DOMESTIQUE

Enquête sommaire sur les conditions économiques de la vie du médecin français,

Par J. Noir.

Le travail qu'a publié au début de l'année M. le Dr Chapon, basant le prix de la visite médicale sur les dépenses imposées au médecin par sa profession, nous a incité à faire une enquête sur les frais indispensables à un praticien pour vivre dans les diverses régions de la France.

Nous avons adressé le questionnaire suivant à un certain nombre de nos amis ou correspondants en les priant de nous répondre en toute sincérité en mettant un chiffre en face de chaque article indiqué :

Budget minimum du médecin célibataire.

Loyer.
Impôts et patentes.
Domestiques. { Gages. / Entretien et nourriture.
Locomotion. { Bicyclette ou Cheval et voiture ou Automobile.
Frais du médecin { Eclairage chauffage, alimentation. / Vêtements et entretien.
Souscriptions obligatoires aux Sociétés locales.
Cotisations aux Sociétés médicales, Syndicats, etc.
Assurances : contre l'incendie, la maladie, la responsabilité, etc.
Abonnements aux journaux politiques et médicaux.
Achats de livres et instruments.
Divers.

Notre but était d'établir le minimum de frais qu'un jeune médecin était tenu de faire dès son installation, *en bornant ses dépenses au strict indispensable,* pour exercer dignement sa profession. Toutes les dépenses de luxe et de plaisir étaient exclues de ce budget qui, cependant, devait permettre au jeune docteur de vivre sans privation.

Un assez grand nombre de confrères nous ont avoué ne pas pouvoir nous répondre, car beaucoup, hélas ! vivent sans chercher à se rendre compte de leurs dépenses et ne s'aperçoivent qu'à la fin de leur existence que c'est plus sur les revenus de leur patrimoine (quand ce n'est pas sur le capital fortement ébréché), que sur le rapport de leur profession qu'ils vivent (1.)

Nous avons dû éliminer un certain nombre de réponses incomplètes ou dans lesquelles les exagérations étaient manifestes.

Elles provenaient de confrères riches ou très aisés qui, prenant pour base leur propre budget, portaient à un chiffre inadmissible les dépenses du praticien que nous désirions voir réduire au minimum.

Nous avons obtenu 64 réponses dont il nous est permis de faire état, en y comprenant l'enquête du Dr Chapon pour Paris, celle que nous avons publiée dans le *Concours médical* du 20 août 1911 où nos confrères Ch. Vidal, C. de Rouanet et F. de Rouanet ont fait pour Castres (Tarn) les mêmes calculs que le Dr Chapon pour Paris, enfin celle que le Dr F. Decourt, de Mitry-Mory (Seine-et-Marne) a publiée dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France* (nos 12 et 13, juillet 1911), sous la forme d'un dialogue original, intitulé *La Comédie médicale « A travail égal, salaire égal ».*

Ces 64 réponses proviennent de 46 départements répartis dans toutes les régions de France :

Région du Nord : Nord, Somme, Aisne.
Région parisienne : Paris, Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Oise, Eure-et-Loir.
Normandie : Seine-Inférieure, Calvados, Manche, Eure.
Bretagne : Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord.
Région de l'Ouest : Vendée, Charente-Inférieure.
Région de la Loire : Maine-et-Loire, Loiret, Sarthe, Loir-et-Cher.
Région du Centre : Cher, Nièvre, Yonne, Allier.
Région lyonnaise : Rhône, Saône-et-Loire, Jura, Ain.
Région de l'est : Haute-Saône, Meuse.
Plateau Central : Puy-de-Dôme, Haute-Loire, Creuse, Corrèze.
Cévennes : Ardèche, Gard.
Région du Sud-Est : Savoie, Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes.
Région Bordelaise : Gironde, Dordogne.
Région du Sud-Ouest : Haute-Garonne, Tarn, Lot-et-Garonne.

Parmi ces réponses, 26 provenaient de villes ; 9 de grandes villes : Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Le Havre, Nice.

19 de villes moyennes ou de petites villes : Caen, Chambéry, Clermont-Ferrand, la Rochelle, Chartres, Périgueux, Le Puy, Chalon-sur-Saône, Dôle, Alais, Castres, Chantilly, Honfleur, Fréjus, Brives, Albertville, Issoire, Annonay, Oyonnax.

20 réponses provenaient de confrères ruraux exerçant dans de petits chef-lieux de canton ou des communes.

La publication intégrale de toutes ces réponses ne saurait avoir qu'un intérêt relatif, car il conviendrait d'ajouter à chacune d'elles les commentaires contenus dans les lettres qui les accompagnaient, commentaires expliquant l'exagération ou la faiblesse apparentes de certains chiffres.

Nous préférons examiner le budget que nous avons voulu établir chapitre par chapitre en indiquant la moyenne pour chaque région quand l'établissement de cette moyenne nous paraîtra intéressant.

***

Remarquons d'abord que notre budget se compose de deux parties bien distinctes :

Une première comprenant : le loyer, les impôts, les domestiques, les frais de transports, les frais

(1) On nous racontait même récemment qu'un confrère aisé de la campagne, qui ne comptait guère, avait été fort surpris de disposer de beaucoup plus d'argent le jour où il avait cessé d'exercer.

d'alimentation, de vêtements et d'entretien, partie qui subit fatalement l'influence de la région où exerce le praticien.

Une seconde partie comprenant : les souscriptions aux Sociétés locales, les cotisations aux sociétés médicales, au syndicat, les assurances, les abonnements de journaux, les achats de livres, instruments et menus frais divers, peut être *à la rigueur* soustraite aux influences locales et calculée pour tous les praticiens de France. C'est ce second chapitre accessoire que nous allons tout d'abord examiner, car il prête moins à la discussion que le reste du budget qui forme sa partie essentielle.

I. — Examen et établissement du budget accessoire (*souscriptions aux Sociétés locales, cotisations médicales, assurances, abonnements, achats de livres et d'instruments. Divers*).

1° *Souscriptions aux Sociétés locales.* — Le médecin qui exerce est toujours tenu de verser son obole à un certain nombre de sociétés locales, de bienfaisance ou autres. A Paris, et dans certaines régions, cette contribution, véritable impôt plus ou moins volontaire, peut s'élever à plusieurs centaines de francs (caisse des Ecoles, œuvres de bienfaisance, colonies scolaires, patronages, crèches, sociétés de sport, sociétés musicales, etc., etc.). D'après le résultat de notre enquête, les frais de ce chapitre peuvent être réduits à un minimum de 50 francs.

2° *Les cotisations aux Sociétés médicales* peuvent se borner aux suivantes :

Société locale de secours mutuels de l'A. G.	12 fr.
Syndicat	10 fr.
Banquet	10 fr.
Total	32 fr.

Nous considérons la cotisation au banquet comme indispensable, car il permet au médecin de se rencontrer une fois par an avec les confrères de sa région et de se mettre en relation avec eux.

3° Les *assurances* doivent comprendre :

Assurance contre l'incendie	15 fr.
Assurance maladie et accidents (Mutualité familiale du Corps médical français)	60 fr.
Assurance contre les risques professionnels : procès et responsabilité (Sou Médical)	20 fr.
Total	95 fr.

Les assurances pour les moyens de transports doivent être comprises dans le chapitre spécial.

L'assurance sur la vie, la souscription à une caisse de retraites (Mutualité familiale du corps médical français), indispensables à un médecin marié et père de famille, peuvent à la rigueur être momentanément ajournées et éliminées d'un budget aussi réduit que celui que nous présentons. Nous ferons remarquer cependant qu'un jeune médecin en s'établissant aurait intérêt à amorcer une retraite à la *Mutualité familiale* en souscrivant d'abord à une très faible somme qui grèverait son budget d'une cotisation insignifiante qu'il pourrait dans la suite progressivement augmenter :

4° *Les abonnements de journaux* peuvent se borner à :

Journal politique	18 fr.
Journal local	6 fr.
Journal médical	10 fr.
Total	34 fr.

5° Enfin, nous ferons rentrer sous la rubrique : *Divers* les achats de livres et d'instruments, les frais de déplacements imprévus, les frais de correspondance, etc., que nous porterons à 389 fr. pour donner un chiffre rond au total de cette partie de notre budget que nous résumerons ainsi :

Contribution aux Sociétés locales	50 fr.
Cotisations aux Sociétés médicales (Société locale, Syndicat, banquet)	32 fr.
Assurances personnelles	95 fr.
Abonnements aux journaux	34 fr.
Divers (Livres, instruments, voyages, correspondance, etc)	389 fr.
Total	600 fr.

Le budget accessoire commun à tous les praticiens doit donc s'élever d'après notre enquête à un minimum de *six cents francs.*

II. — Etablissement et examen du budget principal.

Le budget principal sur lequel peuvent s'exercer le plus les influence locales comprend :

Le loyer, les impôts, les gages et l'entretien des domestiques, les frais de locomotion très réduits dans certaines villes, importants à la campagne, les frais propres au médecin (alimentation, vêtements, entretien), nous allons examiner tour à tour chacun de ces chapitres.

1° Le loyer.

Le prix des loyers est essentiellement variable selon les localités. Il est dans les villes beaucoup plus élevé qu'à la campagne ; mais on ne saurait baser son importance sur la population de la ville.

A Paris, un praticien *très modeste* est tenu d'occuper un appartement de 1.200 à 1.400 francs, même dans un quartier excentrique et populeux.

A Lyon, un médecin célibataire peut se borner pour son loyer à 800 ou 1.000 fr. ; à Marseille, à 650 fr. ; à Bordeaux, à 450 ; à Toulouse, à 550 fr. ; à Clermont-Ferrand, à 600 fr., tandis qu'au Havre, à Chambéry, à Périgueux, au Puy, à La Rochelle, il devra dépenser au moins 1.000 fr. ; à Nice, à Caen, 1.200 fr., à Chantilly (Oise), 1.400 fr.

Ces variations tiennent à diverses causes locales que nous ne pouvons guère analyser ici.

A la campagne, les chiffres sont moins variables, si l'on en excepte la région parisienne et certains pays de villégiature tels que les côtes fréquentées de la Manche et de l'Océan.

Les frais de loyer varient entre 700 francs dans les chefs-lieu de canton de la Vendée, de l'Ain ; 400 fr. dans le Lot-et-Garonne, la Nièvre, le Var, le Maine-et-Loire, et tombent même à 300 francs dans le Vaucluse, en passant par 650 fr. (Seine-Inférieure), 600 fr. (Nord, Eure, Meuse, Loiret, Manche, Dordogne, Allier, Ille-et-Vilaine) ; 550 fr. (Bouches-du-Rhône) ; 500 fr. (Côtes-du-Nord,

Alpes-Maritimes, Tarn, Cher, Calvados, Somme); 450 fr. (Haute-Saône, Jura, Puy-de-Dôme).

Certes, il ne faut pas prendre ces chiffres au pied de la lettre : dans un même département, le chiffre des loyers varie d'une façon notable selon que l'on se trouve dans un centre industriel ou pourvu pour une raison ou une autre d'une population flottante. Ainsi dans l'Ardèche, nos correspondants nous ont donné les prix de 500 fr. et de 600 francs.

Dans la banlieue parisienne le loyer doit atteindre au moins 1.000 francs (Ivry, Saint-Mandé), il se maintient au moins à ce chiffre minimum si l'on gagne la grande banlieue (Seine-et-Oise et Seine-et-Marne).

De l'examen de ces chiffres, nous pouvons conclure en prenant des moyennes que le chiffre du loyer du médecin, essentiellement variable pour les villes et leurs banlieues et pour les régions de villégiatures et industrielles à population flottante, doit s'élever, *en moyenne*, dans la campagne à 525 fr.

La moyenne pour toute la France, en calculant sur tous les chiffres obtenus dans notre enquête, serait de 670 francs.

2° Les impots.

Les impôts sont essentiellement variables selon les localités plus ou moins grevées de centimes additionnels et selon l'importance du prix du loyer. Nous ne faisons pas entrer dans le cadre des impôts les taxes dont sont frappés les moyens de locomotion qui doivent être compris dans un chapitre spécial :

Le chiffre moyen des impôts du praticien atteint :

300 fr. pour les régions parisienne et de l'Ouest ;

230 fr. pour celle du Nord, la Normandie, la Savoie ;

200 fr. pour le Centre, le plateau Central et les Cévennes ;

180 fr. pour le Sud-Est et le Sud-Ouest ;

130 fr. pour la Bretagne et la Région de l'Est.

La moyenne pour la France est de 210 *francs.*

Ici nous ne pouvons conclure que les impôts sont plus élevés dans les villes que dans les campagnes. Les impôts des villes sont en réalité plus élevés, mais ce sont les impôts indirects (octroi) dont on ne peut évaluer la quotité et qui se traduisent par une augmentation des frais de la vie courante.

3° Gages et entretien des domestiques.

Le médecin ne peut se passer de serviteurs, pas plus à la ville qu'à la campagne.

A la ville, un médecin célibataire peut se contenter d'une servante ; il en sera souvent de même à la campagne, comme beaucoup de lettres que nous avons reçues peuvent en faire foi. Néanmoins, très souvent le praticien rural aura besoin d'un petit domestique pour l'accompagner et prendre soin de son cheval, de sa voiture ou de son automobile. Les gages et l'entretien de ce petit domestique qui peut et doit remplir d'autres fonctions que celles de palefrenier et de chauffeur trouvent leur place dans ce chapitre.

Les gages totalisés varient de 1.000 fr. à 650 fr. dans la région du Nord et la région parisienne ; dans le Loiret, la Dordogne, la Vendée, le Lot-et-Garonne, la Nièvre, ils oscillent entre 600 fr. et 500 fr. ; de 450 fr. dans le Loir-et-Cher, les Côtes-du-Nord, la Corrèze, l'Eure, l'Yonne, la Creuse, le Tarn, l'Ain, ils descendent à 400 fr. dans le Puy-de-Dôme, le Calvados, l'Allier, la Haute-Loire ; à 360 fr. dans le Jura, la Meuse, le Tarn, l'Ardèche, et même à 300 fr. dans les Côtes-du-Nord, les Alpes-Maritimes, la Manche, la Sarthe, l'Ardèche, bien entendu dans les localités où le médecin peut se contenter d'une servante.

Dans les villes où le praticien célibataire n'a besoin que d'un seul domestique nous relevons les gages suivants dans les documents que nous avons reçus :

Paris, 600 fr., Lyon, 400 fr., Marseille, 480 fr., Bordeaux, 400 fr., Toulouse, 360 fr., Le Havre, 500 fr., Nice, 480 fr., Clermont-Ferrand, 400 fr., La Rochelle, 630 fr., Chambéry, 480 fr., Chalon-sur-Saône, 480 fr., Le Puy, 400 fr., Douai, 360 fr.

L'entretien des domestiques variera selon leur nombre et les régions entre 1.100 francs et 900 fr. (région du Nord, banlieue parisienne, Calvados) ; 700 ou 800 fr. (Eure, Côtes-du-Nord, Alpes-Maritimes, Charente-Inférieure, Lot-et-Garonne, Tarn, Cher, Corrèze, Loiret, Nièvre, Dordogne) ; 500 fr. et 600 fr. (Jura, Puy-de-Dôme, Creuse, Maine-et-Loire, Eure-et-Loir, Tarn, Meuse, Seine-Inférieure, *Haute-Saône, Savoie, Sarthe, Vauclu*se, Nièvre, Allier), 400 et 450 fr. (Bouches-du-Rhône, Ardèche, Manche), pour tomber aux chiffres très réduits de 360 fr. dans l'Yonne et même de 300 fr. dans certains cantons de l'Ardèche. On voit ici les écarts formidables des évaluations de nos confrères.

Pour les villes, les différences sont aussi sensibles.

A Paris, l'entretien et la nourriture d'une domestique sont estimés à 700 fr., (Chapon) ; à Lyon, 600 fr., à Marseille, 400 fr., ; à Bordeaux, 350 fr., au Havre, 600 fr., à Nice, 730 fr. ; à La Rochelle, 700 fr. ; à Clermont-Ferrand, 400 fr. ; à Chartres, 600 fr. ; à Chalon-sur-Saône, 500 fr., à Chambéry, 700 fr. ; à Chantilly, 700 fr., à Fréjus, 500 fr.

Nous conclurons que la *moyenne* des frais occasionnés au médecin par les domestiques est en France :

Gages	520 fr.
Entretien	670 fr.
Total	1190 fr.

Soit 1.200 francs en chiffres ronds, les exagérations possibles des uns étant corrigées par les évaluations un peu trop serrées des autres.

4° Les moyens de locomotion.

Pour le médecin célibataire exerçant dans une ville, les frais de transport peuvent se réduire à un total de quelques centaines de francs et sont assez difficiles à évaluer. Nous n'envisageons pas, bien entendu, le médecin qui a une très grosse clientèle et qui doit avoir une voiture au jour ou au mois. La voiture n'entre pas à la ville dans le *minimum des frais* imposés à un praticien. On

pourrait évaluer à 400 ou 500 francs, chiffre supérieur à celui donné par le Dr Chapon pour ses frais de transport.

La bicyclette ne peut être considérée comme un moyen normal de locomotion ; nous savons bien, certes, qu'un nombre appréciable de médecins à la campagne se contentent de leur bicyclette et de voitures de louage, mais ce procédé réellement économique exige une vigueur et une endurance peu communes, des conditions de routes et de climat exceptionnelles.

Chevaux et voiture. — Le moyen de locomotion normal du médecin est encore le cheval et la voiture.

Le total des frais de ce fait occasionnés varie selon les régions entre 2000 fr. (grande banlieue parisienne, Calvados), 9 et 800 francs (Cher, Vaucluse) et même 700 fr. (Creuse).

En moyenne, les frais de cheval et voiture s'élèvent à 1.550 francs pour la région parisienne et la Seine-Inférieure, à 1.500 francs pour la région du Nord ;

A 1.400 francs pour la Savoie, le Loiret, l'Yonne, la Corrèze ;

A 1.200 fr. (Jura, Puy-de-Dôme, Bouches-du-Rhône) ;

A 1.000 fr. (Manche, Eure, Vendée, Côtes-du-Nord, Ille-et-Vilaine, Ardèche, Alpes-Maritimes, Var, Gard, Dordogne, Lot-et-Garonne) ;

A 900 fr. (Cher) ;

A 800 fr. (Vaucluse) ;

A 700 fr. (Creuse) ;

On peut évaluer la moyenne pour la France 1.250 francs.

Automobile. — L'automobile s'impose de plus en plus dans certaines régions. C'est un moyen de locomotion commode, mais *coûteux*, et de l'avis de beaucoup de nos confrères auxquels ce mode de transport a été imposé par la concurrence de leurs voisins, les frais qu'il occasionne ne sont nullement en rapport avec le surcroît de recettes qu'il permet d'effectuer.

On nous objectera que le médecin rural faisant plus vite ses tournées a ainsi plus de loisirs et de repos. Erreur, les clients qui disposent du téléphone, lorsqu'ils savent que le médecin est pourvu d'un auto, n'hésitent plus à le déranger et ne lui pardonnent aucun renvoi, ni retard, et dans certaines régions lui rendent la vie intenable.

Quoi qu'il en soit, le médecin doit envisager l'obligation de payer cette nouvelle rançon au progrès.

Sur les réponses que nous avons reçues, 27 nous donnent le chiffre des frais occasionnés par l'auto. Nous n'envisagerons pas les dépenses que peuvent provoquer des machines trop puissantes, ou celles que nécessiterait l'usage de l'auto dans une grande ville, nous tomberions dans des frais somptuaires qui ne s'adapteraient pas au budget minimum que nous envisageons.

Dans certaines régions, le médecin peut se contenter de voiturettes de 8 Hp qui, amortissement compris. portent les dépenses annuelles à 2.000 francs environ ; mais quand le praticien voudra exiger de son auto un service régulier et à l'abri autant que possible de tout accident, il devra compter 3.000 *francs* de frais, *y compris l'amortissement*, ce chiffre, qui est la moyenne de 27 réponses que nous avons reçues, ne s'éloigne guère de celui que nous donne le Dr Barbanneau qui a tout particulièrement étudié la question et qui estime que ces frais doivent atteindre 3.250 *francs.*

5° Frais personnels du médecin.

(*Alimentation, vêtements, entretien*).

Le médecin est en général sobre, mais son genre de vie, qui exige une fatigue physique appréciable tant en ville qu'à la campagne, nécessite une bonne alimentation.

En ville, il est obligé d'avoir toujours une tenue correcte, il en est de même à la campagne, et, s'il peut parfois, dans certaines régions, se relâcher de sa correction professionnelle, il est entraîné à des frais aussi grands par l'usure que provoque les voyages en voiture et en auto par tous les temps.

Dans ce chapitre, des variations assez grandes se produisent selon la ville ou la région où exerce le médecin. La vie est plus coûteuse dans les villes pourvues d'octroi, dans les centres industriels, les pays de villégiature, partout où se trouve une population flottante. Néanmoins, la rapidité des moyens de communication, la facilité des échanges commerciaux qui vont en croissant sont appelées à uniformiser de plus en plus le coût de la vie en France.

A l'heure actuelle, le total des frais d'alimentation, de vêtements et d'entretien sont estimés par nos confrères en chiffres qui varient de 3.600 fr. à Paris à 1.200 francs dans un petit bourg de la Manche.

A la campagne, le chiffre des dépenses de ce chapitre oscille entre 2.000 et 3.000 francs dans les régions industrielles du Nord et de l'Est, le Calvados, la Seine-Inférieure, l'Eure, la Vendée, le Maine-et-Loire, le Loir-et-Cher, le Cher, le Loiret, l'Yonne, l'Allier, la Savoie, les Alpes-Maritimes.

1.500 à 1.800 fr. dans la Somme, l'Ille-et-Vilaine, les Côtes-du-Nord, la Nièvre, l'Ain, le Puy-de-Dôme, la Dordogne, l'Ardèche, le Vaucluse, le Lot-et-Garonne.

1.200 à 1.400 fr. dans la Manche, la Creuse, le Jura, les Bouches-du-Rhône.

Pour les villes, nous relevons :

3.600 fr. (Paris).
3.000 fr. (Le Havre, Chantilly, Saint-Mandé).
2.700 fr. (Caen, Nice, Chalon-sur-Saône).
2.300 fr. (Marseille).
2.400 fr. (Douai, Honfleur, Annonay).
2.000 fr. (Chartres, Le Puy, Chambéry).
1.900 fr. (Guise, Fréjus).
1.800 fr. (Toulouse, Alais).
1.600 fr. (Dôle).
1.500 fr. (Lyon, Bordeaux, Périgueux, Clermont-Ferrand).
1.420 fr. (Castres).

D'où nous conclurons que le chiffre moyen, pour la France, des frais pour l'alimentation, les vêtements et l'entretien s'élève environ à 2.000 *francs.*

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Dangers Professionnels

Leçon de clôture du Cours de Clinique de M. le Docteur Follet,

Professeur de Clinique médicale à l'Université de Rennes, chirurgien en chef de la Clinique d'Ille-et-Rance.

Puisque cette fin d'année coïncide avec la mort tragique de l'un des nôtres, tombé au champ d'honneur, où nous tomberons peut-être demain, cette question si actuelle des dangers professionnels sera, si vous le voulez bien, l'objet de notre dernière causerie. Le sujet est trop complexe pour être approfondi d'un seul coup.

Je voudrais surtout vous montrer que si la vie médicale est pleine de périls qui nous trouvent désarmés, notre faiblesse vient en grande partie de nous-mêmes.

Notre profession traverse une heure critique; de gros nuages s'accumulent sur l'horizon ; *nous sommes menacés individuellement et collectivement.* Malheur au praticien dont la responsabilité se heurte à l'homme de loi, à l'opinion, aux visions troubles d'un malade vindicatif ! Poursuite, discrédit, ruine, assassinat, l'atteindront chaque jour davantage, si certaines idées qui flottent autour de nous dans une atmosphère d'orage se précisent bientôt jusqu'à la systématisation. Il importe d'en pénétrer la genèse pour en détruire plus sûrement les germes : nous savons mieux que personne qu'il est plus aisé de prévenir un mal que de le guérir.

N'avez-vous pas lu récemment, dans notre presse locale, l'annonce d'un syndicat parisien de malades contre les médecins ? (1). Il ne suffit pas de sourire. Il faut penser, il faut agir utilement et solidairement.

La plupart des jeunes gens sortis de l'Ecole ignorent tout de la carrière. Leurs maîtres ne leur ont rien appris de l'existence médicale, de la vie déontologique, des possibilités fâcheuses qui les attendent au premier détour, des moyens d'y parer. Il n'existe nulle part, en aucune Ecole, en aucune Faculté, d'enseignement pratique, dont le jeune docteur puisse sortir fortement armé pour le combat quotidien, conscient des difficultés et des surprises futures, apte à les vaincre, apte à les prévenir.

Je ne surprendrai personne en constatant que les Maîtres eux-mêmes sont en l'espèce de grands ignorants ! Pas plus que leurs élèves, ils n'ont appris à se défendre, et quand la lourde main de la destinée s'abat sur eux, c'est la consternation impuissante. Puissent la condamnation de Bazy, parmi tant d'autres, et la mort de Guinard, triste révélation d'un déplorable état d'âme, marquer un tournant de notre histoire et des mœurs nouvelles !

Il y a quelque chose de faussé dans les conceptions de la foule à notre endroit. Les événements auxquels nous assistons chaque jour expriment la tournure d'esprit de bon nombre de malades : « Quand ils ne réclament pas insolemment de l'argent aux médecins et aux chirurgiens qui leur ont prodigué leurs soins, qui leur ont parfois sauvé l'existence, ils leur envoient du plomb. C'est la bourse ou la vie. » (1)

J'ai la conviction que notre faiblesse devant l'opinion agressive vient en partie de nous-mêmes, des appréciations que nous portons sur notre science, sur notre art, et que nous n'hésitons pas, en toute occasion, inconsciemment prolixes, à disperser aux quatre vents du ciel ! C'est aveuglément que nous chargeons contre nous des armes redoutables. Nous parlons à des profanes, intelligents ou bornés, juges sévères de nos petitesses ; ils déforment inévitablement nos actes, nos intentions, nos pensées les meilleures, et tirent de nos extériorisations les conclusions les plus inattendues. Ah ! combien est-il fâcheux que nous ne parlions plus le latin !

Permettez-moi d'insister sur quelques points de première importance.

On a dit, je n'ose y croire, qu'une des causes premières du criminel projet d'Herrero fut l'étonnement narquois manifesté devant lui par un jeune étudiant au sujet du traitement qu'il avait subi.

Gardez-vous, Messieurs, *de paroles imprudentes. Apprenez, dès l'hôpital, à n'en jamais prononcer.*

La loyauté vous commande d'autant plus le *silence que l'étudiant, entièrement couvert par* ses chefs, est à l'hôpital un anonyme dont la responsabilité ne relève d'aucune autre juridiction que de sa conscience. Si la blouse blanche que vous portez vous revêt vis-à-vis du public ignorant d'un réel prestige dont vous n'avez pas à tirer d'orgueil, songez qu'un mot de vous, débutants, prononcé à la légère, près d'un malade, peut avoir les suites les plus funestes. J'en sais des exemples. Je m'explique.

Il nous vient souvent de la ville ou de la campagne, des malheureux porteurs d'un diagnostic *médical qu'un examen plus approfondi ne per*met pas de confirmer. Ici, nous avons le temps, et à notre disposition, tous ces minutieux procédés que seul le laboratoire voisin, et toujours sous pression, permet d'employer. Mais gardez-vous d'oublier que le confrère qui adresse un malade à notre clinique l'a vu, la plupart du temps, hâtivement, et ne nous l'envoie pourvu d'un diagnostic d'entrée « quelconque » que pour lui rendre service, que parce qu'il sait ne pouvoir, à domicile, lui procurer les soins nécessaires. Qu'importe ce diagnostic hâtif du praticien ! Il est synonyme de « prière d'accepter le malade ». Il ne signifie nullement : j'affirme que le malade a « telle affection déterminée ». Il a si peu cette dernière signification que bien souvent, nous-mêmes, malgré nos investigations, longues et scrupuleuses, restons parfois plusieurs jours dans le doute. Le confrère le sait bien. Vous n'avez pas le droit d'être exigeants vis-à-vis de ce diagnostic d'urgence porté par le prati-

(1) *Concours méd.*, n° 31, 1911.

(1) Janicot. — (*Bull méd.*, 21 juin 1911).

cien, vous n'avez jamais à le critiquer, vous devez systématiquement et devant le malade, comme je le fais toujours, le confirmer à tous points de vue, même s'il est inexact. Un commentaire sceptique de votre part peut toujours être mal interprété ; il y va quelquefois, près du malade et de sa famille, du bon renom d'un confrère, qui n'a eu aucune prétention à formuler, dans des conditions aussi défavorables, un diagnostic de précision. Allez-vous, de gaîté de cœur, risquer de le mettre en fâcheuse posture ?

Nul ne sait les échos qu'une critique malveillante peut faire naître dans le cerveau d'un malade. Ne critiquez jamais.

Ces habitudes de réserve et de correction, acquises à l'hôpital, vous les conserverez plus tard dans la vie professionnelle ; elles seront l'une de vos sauvegardes. Elles vous couvriront d'une armure impénétrable de dignité et de sécurité sur laquelle viendront se briser les flèches empoisonnées. Les paroles, quelles qu'elles soient, laissent toujours des traces dont vous êtes incapables de prévoir la portée avantageuse ou nocive à votre point de vue égoïste aussi bien qu'au point de vue collectif ; le silence n'en laisse jamais et ne nuit à personne. Je fus, pendant de longs mois, l'interne d'un très vieux maître aujourd'hui disparu, l'un des plus réputés de notre ville ; je le retrouvai, depuis lors, maintes fois, au chevet de malades communs : je ne réussis jamais, quelle que fût ma curiosité, à démêler l'opinion qu'il formulait en son for intérieur, sur ses confrères et sur ses collègues de l École. Cet homme, qui n'eut pas d'ennemis avoués, vécut universellement estimé et honora grandement notre corporation.

Entre médecins, toute divergence, toute discorde amuse la galerie ; mais la parure de chacun sort toujours défraîchie du champ clos. Entre nous, la calomnie — quel mot énorme ! — est, bien entendu, inconnue. Ne parlons même pas de médisance. Ne considérons, pour rester dans la note moyenne, que ces appréciations... peu avantageuses des faits et gestes d'un médecin par un autre.

Quels en sont les dangers, et les suites, aux yeux du public simpliste et naturellement porté aux généralisations immédiates ? J'en aperçois clairement trois :

1° *La médecine est une blague !...*
2° *Courons aux charlatans !...*
3° *Poursuivons les médecins !...*

1° *La médecine est une blague.* — Le public, de nos dissensions, retient surtout ceci : notre art est relatif, empirique, ou ignoré de ceux qui ont mission de l'exercer ; si l'un de nous est sujet à l'erreur, à la faute grave, les autres le sont aussi ; la faute et l'erreur de celui-ci aujourd'hui seront l'erreur et la faute de celui-là demain ; et la part de confiance, la part d'autorité, accordées à la médecine et aux médecins ont diminué d'autant.

2° *Courons aux charlatans !* — A quoi bon, rumine M. Prud'homme, vouloir toujours, si la science médicale n'est que relative ou empirique, s'en rapporter à tel ou tel de ses représentants faillibles ? N'y a-t-il pas, à la quatrième page des quotidiens, le remède universel, qui lui, comme l'attestent mille cures merveilleuses, n'a jamais échoué ? N'y a-t-il pas, semés à travers les villes et les campagnes, des guérisseurs réputés, qui ont fait leurs preuves, et qui, s'ils ne font pas toujours grand bien, en font toujours au moins autant que les médecins, et en tout cas, eux du moins, ne font jamais de mal ?

3° *Poursuivons les médecins !* — D'autres comprennent, au contraire, que la science médicale est algébrique, qu'elle doit donner des résultats mathématiques, que si elle ne les donne pas, il y a un coupable, le médecin qui l'applique mal. Tout insuccès devient alors une faute ; or, toute responsabilité s'endosse avec ses conséquences : pourquoi les non-guéris n'auraient-ils pas droit à des dédommagements divers ? Au reste, Messieurs, les hommes d'affaires sont là qui guettent, et les tribunaux ne demandent qu'à juger. Certains ont une façon plus brutale de faire intervenir la justice : ils jouent du browning. Méditez ceci : « Dans ce temps d'anarchie politique et morale où l'on assiste impuissant à la scandaleuse indulgence des jurés pour les crimes dits passionnels, où l'on voit tomber du haut du tribunal, qui devrait être comme l'autel divin de la justice et de la vérité, des sentences qui ne sont pas droites et des arrêts qui ne sont pas justes, comment s'étonner que des exaltés fassent à leur manière, dans un moment d'excitation, ce que certains magistrats ont pu faire à la leur, en plein sang-froid et en toute liberté d'esprit ? » (1)

Je crois fermement que nous sommes un peu les auteurs du mal dont nous souffrons, des opinions qui ont cours sur la médecine et les médecins, et de leurs conséquences. C'est là une idée qui m'est chère et que j'ai souvent développée devant vous.

Vous ne sauriez exiger qu'une affection étroite lie entre eux les membres de notre profession exerçant dans une même région. Il existe parmi nous comme dans le monde leucocytaire, des courants que régissent certaines chimotaxies positives ou négatives, et qu'il serait puéril de tenter de dévier. Mais là n'est point le débat. Que chacun agisse, s'entende, se groupe, s'aime à sa manière ! Qu'importe ! Il est parmi nous des indépendants et des timorés, des combatifs et des inertes, des joyeux et des tristes ! Que chacun obéisse à ses instincts profonds, à sa chimiotaxie individuelle et changeante : rien de mieux ! Mais que personne n'oublie les intérêts supérieurs de tous, de la collectivité ; ils sont solidaires des intérêts personnels ; que l'union se fasse devant les dangers communs, comme elle se fait dans les partis politiques, lorsque l'honneur national est en cause au delà des frontières. Je veux dire par là : que chacun de nous respecte son voisin, — il n'est jamais mauvais d'en exalter les mérites ! — et s'applique non seulement à ne pas commenter ses fautes,

(1) J.-L. Faure. — *Presse Méd.*, 21 juin 1911.

mais à les atténuer, à les excuser au besoin, car il est fatal que toute appréciation malveillante jette sur la profession entière le plus irréparable des discrédits. Qu'une femme opérée de fibrome succombe : faites un instant l'extraordinaire hypothèse que l'un de nous accuse l'opérateur d'insuffisance, de maladresse, d'assassinat, que sais-je ? et perde lui-même, le lendemain, dans les mêmes conditions l'une de ses opérées ? Mettez-vous à la place du public...

Ce sont là, Messieurs, des idées directrices dont il est bon d'être pénétrés dès le début de votre carrière. Il n'y a pas de façon meilleure de servir ses intérêts personnels que de comprendre ainsi les intérêts généraux. Chacun de vous y trouvera son compte, et l'opinion publique, soyez-en assurés, se modifiera peu à peu à votre avantage.

Les considérations que je viens d'émettre ont trait aux relations des médecins entre eux. Il est un autre ordre de relations dont notre profession doit un jour tirer les plus grands bénéfices. *Je veux parler de celles qui nous unissent aux innombrables forces sociales et menaçantes. Ce sera l'œuvre de nos syndicats,* le jour où, nous élevant, dans ces assemblées, au-dessus des questions de personnes et travaillant en commun quelles que soient nos divergences d'opinion, nous constituerons un ensemble de groupements agissants, dont la volonté, quoi qu'il arrive, restera tendue vers les mêmes buts. Le monde ouvrier et le monde patronal nous donnent depuis longtemps l'exemple ; nous n'avons qu'à les imiter dans ce qu'ils nous offrent d'imitable.

Je résume en quelques mots cette causerie : *respectons-nous nous-mêmes si nous voulons que le public nous estime et nous rende en égards ce que nous lui prodiguons en dévouement ; — soyons forts syndicalement si nous voulons voir aboutir nos vœux restés jusqu'ici platoniques !*

(*Le Monde Médical.*)

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

L'arrêté ministériel du 1er août dernier constituant auprès du ministre de l'Instrution publique une Commission pour l'éclairer sur la recherche des moyens financiers nécessaires à l'application du décret du 11 janvier 1909 sur la Réforme des Études médicales, commence à faire parler de lui dans la Presse médicale. Malgré les vacances quelques-uns de nos confrères se sont justement émus de la composition et du but de cette Commission et se sont demandé avec anxiété ce que pourrait produire d'utile pour les Études médicales un groupement aussi administratif. — Combien l'histoire suivante que nous raconte, avec son talent ordinaire, notre confrère Helme, dans la si intéressante *Revue moderne de Médecine et de Chirurgie*, leur donne tristement raison.

Confrères de Navarre et de France,
Des Batignolles et du Jura,
Oyez la triste Romance
Ohiah ma mère ! Ohiah Papa !

Encore notre Enseignement médical

J'ai parlé en son temps de l'Assemblée des professeurs et agrégés de nos Facultés de Médecine, tous ligués pour arracher aux pouvoirs publics les crédits nécessaires à l'enseignement et obtenir enfin une meilleure organisation de celui ci.

L'article que j'ai publié sur ce sujet, je le dis sans fausse modestie, a eu un certain retentissement ; il m'a même valu d'un homme politique une longue lettre relatant contre d'anciens collègues des griefs bien fondés, je n'en doute pas une minute, mais que ce puissant personnage aurait bien mieux fait de présenter au Parlement. Lorsqu'on peut disposer de la tribune retentissante des grandes assemblées politiques, je ne vois pas pourquoi on ne s'en servirait pas de préférence à celle d'une Revue. Je ne publierai pas la lettre en question, mais vraiment elle jette un jour singulier sur la peur des responsabilités qui tenaille à cette heure les meilleurs d'entre nous.

Au surplus, il n'importe. Pour revenir à mes moutons — je veux dire aux professeurs et agrégés —, vous n'ignorez point qu'ils décidèrent de se rendre en corps auprès de M. le Ministre. C'est fait.

Un ami veut bien me transmettre le compte rendu de cette visite ; le voici. Je vous prie de le lire tous avec le plus grand soin, la plus grande attention, il vous fera comprendre un peu mieux encore le mal dont souffre ce pays.

Le Conseil de l'Association a été reçu par M. le Ministre de l'Instruction Publique, le lundi 10 juillet, à 11 h. 1/2. Etaient présents : MM. Courmont, Gilbert Ballet, Arnozan, Regaud, Bénech.

M. le Président a demandé à M. Steeg s'il était dans ses intentions d'appliquer à la rentrée prochaine la réforme des études médicales annoncée par le décret de 1909.

M. le Ministre de l'Instruction Publique a d'abord reconnu que la situation actuelle ne pouvait pas se prolonger : on a tellement critiqué les études médicales en France qu'un grand discrédit a été jeté sur elles ; dans l'intérêt supérieur du pays, il est nécessaire de modifier cet enseignement reconnu par tous comme insuffisant.

Mais pour cela il faut de l'argent. M. le Ministre de l'Instruction Publique a maintenu la demande de crédits de son prédécesseur, soit environ 2.500.000 francs. Mais jusqu'à ce jour, M. le Ministre des finances l'a toujours refusée, donnant comme raison que ce surcroît de dépenses n'a pas été proposé d'accord avec son service. Il est donc à craindre que cette année encore cette demande de crédits ne soit repoussée.

Il est même à prévoir qu'il en sera ainsi.

Mais, dit M. Steeg, j'ai pensé à une autre solution. « Si je [illegible] ncore Ministre, je proposerai la nomination d'une commission mixte, compre-

nant à la fois des délégués du Ministère de l'Instruction Publique et des représentants du Ministère des Finances ; la commission verra quelles réformes sont urgentes et on demandera au Parlement de voter chaque année une fraction des crédits, au fur et à mesure des besoins ».

C'est tout ce que peut faire pour nos Facultés un Ministre qui nous est tout dévoué.

Puis on a abordé la question de l'Agrégation ; M. le Ministre de l'Instruction Publique préfère laisser sommeiller encore cette question malgré tout l'intérêt qu'elle présente.

Il a même demandé à M. le Dr Gilbert Laurent, qui devait l'interpeller à la Chambre des députés, de ne pas insister sur ce point, car il n'a pas de solution à donner.

Le prochain concours d'Agrégation aura donc lieu dans 18 mois dans les mêmes conditions que le précédent : c'est toujours le provisoire qui dure.

Quant à la réforme du Statut de l'Agrégation, M. le Ministre de l'Instruction publique n'ose pas l'entreprendre. Dans tous les cas, pour ménager les droits des concurrents qui se préparent depuis plusieurs années, il conviendrait de ne restreindre le nombre des places à mettre au concours que progressivement ; cela repousserait la réforme au moins de 10 ans et « qui sait, dit le Ministre, où nous serons dans 10 ans ! »

Telle est la parole consolante que j'ai la pénible mission de vous transmettre.

Avant d'être reçus par M. le Ministre de l'Instruction Publique, les délégués avaient eu un entretien dans la cour du Ministère avec M. le Directeur de l'Enseignement supérieur. M. Bayet estime qu'il convient d'appliquer au plus tôt le décret de 1909 concernant la réforme des études médicales et bien que tout le monde s'accorde à reconnaître qu'il n'est pas applicable, *M. Bayet ne sort pas de là. D'ailleurs, pour lui, il n'y a pas de crise de l'enseignement médical ; tout se réduit à un manque de laboratoires, « à une crise du bâtiment »*,.. et comme les ouvriers sont en grève, ajoute tout bas M. Arnozan,..

Je n'affaiblirai d'aucun commentaire ce résumé officiel et destiné aux professeurs et agrégés. Pour moi, je n'ai jamais rien vu de plus comiquement douloureux : d'un côté, des professeurs qui supplient ; de l'autre, un Ministre torturé par la frousse ; puis, brochant sur le tout, un directeur qui s'en fiche. Ah ! pauvre enseignement médical ! Pauvre pays !

F. HELME.

Comme notre excellent confrère, nous ne chercherons à affaiblir d'aucun commentaire cette triste romance. Nous nous contenterons simplement de la faire suivre des lignes suivantes extraites du Rapport fait par M. le feu Ministre de l'Instruction Publique, Doumergue, au Président de la République Française en lui présentant les décrets du 11 janvier 1909 :

« Il est réel, disait feu M. Doumergue à son interlocuteur, que la formation professionnelle du jeune médecin n'est point assez pratique : que les sciences médicales ont, dans ces dernières années, développé considérablement leur champ de recherches et que l'éducation technique de l'étudiant doit évoluer suivant ses progrès ; que les programmes d'études et les répartitions d'examens sont en une grande discordance ; que les examens sanctionnent un travail exclusivement livresque et de pure mémoire ; que l'enseignement clinique et le stage sont insuffisamment réglés et contrôlés ; que le stagiaire ne participe pas assez activement à la pratique de l'hôpital.

« **Sur ces critiques, maîtres, praticiens et même élèves (car ils ont bien voix au chapitre) sont unanimes. Et le considérable mouvement d'opinion corporative qui s'est manifesté dans les Congrès de Paris et de Lille montre, à côté de points très discutables, cet accord des médecins à demander un enseignement professionnel plus conforme aux nécessités de l'heure présente.** »

Puis plus loin, parlant de la Réforme elle-même, M. le Ministre s'écriait : « Sans doute, elle ne saurait prétendre être parfaite en raison des imprévus et des détails d'application, ni définitive en raison des incessantes transformations de la science médicale. Mais elle marque un effort considérable vers une amélioration pratique de notre enseignement. *Elle est l'aboutissant de la collaboration très libéralement autorisée de membres du corps enseignant et de Praticiens, également soucieux de l'intérêt général de notre état.* »

Rapprochez ces lignes des paroles que l'on prête à M. le Directeur de l'Enseignement supérieur dans l'article de notre confrère Helme et dites-nous vraiment ce qu'il y a de plus triste, ou de voir un Directeur de l'Enseignement supérieur nier une crise médicale que deux ans avant son ministre dépeignait de façon si lamentable à M. le Président de la République, ou bien de voir un Ministre renoncer à accomplir une Réforme que tout le corps médical demande et réclame.

Que nos parlementaires veillent ! Et surtout qu'ils ne laissent pas endormir leur énergie agissante par les paroles édulcorantes et lénitives d'un ministre qui, sous prétexte qu'il n'est pas inamovible, recule devant toute responsabilité. Le serait-il, qu'il n'en ferait encore qu'à la volonté de ses bureaux.

Une explication à la tribune parlementaire arrivera seule à vaincre la force d'inertie de ces derniers. Nous souhaitons que notre confrère, le Dr Gilbert Laurent nous donne avant peu ce spectacle. Qu'il se rappelle ce que fit pour l'aviation militaire l'interpellation de notre Confrère Reymond au Sénat en 1910 et qu'il soit persuadé que, ce jour-là, il aura bien mérité de la profession médicale qui lui a toujours prodigué les marques d'estime et de confiance.

Docteur DELPEUT.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **La fièvre aphteuse en Hollande**. — Cette épizootie tristement célèbre chez nous cette année nous vient en effet des Pays-Bas, d'où elle fut d'ailleurs extirpée *manu militari*.

En effet, aussitôt que des cas de stomatite aphteuse furent signalés, les autorités locales firent appel à l'armée et chaque ferme reçut un ou plusieurs soldats qui eurent pour consigne : 1° de s'opposer à toute circulation ou déplacement du bétail ; 2° d'assister à la traite des vaches et de faire jeter le produit récolté de façon à en empêcher la consommation.

Cette manière forte a rapidement chassé le fléau. Reste à savoir comment elle serait accueillie par nos cultivateurs ?

— **Médecine ambulatoire**. — Les chemins de fer autrichiens, pleins de sollicitude pour les malades, qui se rendent aux villes d'eaux de Bohême et qui pourraient avoir, en cours de route, besoin de soins, ont décidé que des médecins se trouveraient deux jours par semaine sur les trains express vers ces villes. Dans chaque train un médecin donne les consultations dans un compartiment réservé, facile à reconnaître extérieurement. On ne peut s'adresser au médecin que pour des cas d'indisposition subite des voyageurs.

L'arrêté ministériel réglant ces dispositions prescrit que seuls des médecins parlant l'allemand, le français et le polonais pourront être désignés pour cet office. Une petite pharmacie est installée dans le compartiment réservé au médecin, contenant tous les médicaments dont on peut avoir besoin.

C'est à titre d'essai que cette mesure a été introduite cette année, et seulement pour deux jours de la semaine, un jour dans les trains se rendant à Carlsbad, Toeplitz, Marienbad, et un autre jour dans les trains quittant ces villes d'eaux.

A signaler aux Compagnies françaises qui pourraient peut-être ainsi offrir un débouché aux jeunes médecins en quête de situations ! ! !

— **Contre les moustiques**. — Les moustiques abandonnent leurs larves à la surface des eaux stagnantes, bassins, mares, étangs. De là s'envolent tous les ans des millions de moustiques porteurs de germes morbides.

Pour tuer les larves de ces moustiques, on versait du pétrole sur ces eaux ; mais, en outre que le procédé était dispendieux, ce pétrole empestait l'air et dans les jardins des grandes villes on hésitait à en faire usage.

Un Américain, M. Underwood, a démontré qu'il suffisait d'élever des cyprins dans ces pièces d'eau pour se débarrasser des moustiques. Les cyprins sont, en effet, très friands des larves des moustiques et en détruisent dans quelques minutes des quantités considérables.

Que tous ceux qui ont des pièces d'eau près des habitations y mettent des cyprins et ils feront ainsi disparaître le moustique porteur de germes morbides dangereux pour l'homme.

— **Un chirurgien devient fou**. — La clinique du docteur Rozomine, à Tchita (Russie d'Asie), a été le théâtre d'une étrange scène.

Au moment de donner le chloroforme à un ouvrier atteint d'appendicite, le médecin tint des propos qui surprirent vivement les deux médecins assistants. Il se mit à l'œuvre et la première incision qu'il fit était tout à fait selon les règles de l'art chirurgical, de sorte que ses aides n'eurent aucun sujet d'alarme.

Bientôt, il poussa un éclat de rire strident et déclara que tout travail était inutile. « Il vaudrait mieux, ajouta-t-il en ricanant, achever le malade d'un coup de bistouri. »

Les deux assistants reconnurent tout de suite qu'ils avaient affaire à un fou. L'un d'eux se plaça entre le malade chloroformé et le docteur Rozomine. Celui-ci entra alors dans une rage indicible. Une lutte s'engagea entre le médecin en chef et son aide, qui cherchait à arracher le couteau au chirurgien devenu fou.

Le chef de clinique fut emmené et l'aide qui avait soutenu la lutte vint prendre part à l'opération. Elle a complètement réussi. Mais bientôt après, l'un des médecins assistants eut une crise nerveuse. Le docteur Rozomine a été interné dans un asile.

Diététique estivale. (*Gazette des Hôp. de Toulouse*). — M. le Dr M. Labbé nous apprend que, pendant la saison chaude, la première précaution à prendre en matière de nourriture est de moins manger qu'en hiver et cela pour l'excellente raison que nous dépensons moins d'énergie.

On mangera donc en été moins de viande, moins de substances albuminoïdes, qui se frelatent facilement par les grandes chaleurs. On peut manger de tout, bien entendu, mais il est nécessaire de veiller à ce que tous les aliments pris soient d'une fraîcheur absolue.

En principe donc point de charcuterie, point de pâtés ; du poisson s'il est très frais, de la viande fraîche.

Comme les légumes et les fruits abondent en été, et qu'ils sont frais, on peut en faire une grande consommation.

Les légumes et les fruits tiennent d'ailleurs de la place et nourrissent moins que la viande.

C'est ce qu'il faut en été.

Pour la boisson, boire entre les repas. L'eau pouvant plus facilement être polluée en été, lorsque les sources tarissent légèrement, qu'en hiver, on doit faire bouillir son eau.

Les boissons glacées ne sont point très recommandables. Elles ne désaltèrent pas et elles peuvent provoquer des diarrhées ou des entérites.

Point d'alcool ou fort peu : c'est aux boissons alcooliques que l'on doit en effet le plus grand nombre de congestions cérébrales qui surviennent en été.

Les boissons les plus hygiéniques, pendant les chaleurs sont les infusions : infusions d'écorce d'orange, infusions de citron, de thé, de camomille, de malt, de menthe et autres infusions rafraîchissantes.

— **Concours pour l'emploi de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe**. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre prochain, à 9 h. du matin à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à 13 emplois de médecin aide-major de 2e classe et 2 emplois de pharmaciens aide-major de 2e classe, élèves à la dite École.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier 1911, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1882 ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du re-

crutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée.

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ;

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale.

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale.

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter.

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — *Pour les pharmaciens de* 1re classe. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ;

4° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 15 novembre prochain.

Les candidats devront se rendre aux date et heures fixées à l'Ecole d'application du service de santé militaire, sans attendre aucun avertissement particulier.

Aussitôt après leur admission à l'école, les élèves signent l'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

— Effets des croisements consanguins. — Dans l'humanité civilisée, les mariages consanguins sont condamnés par la morale et l'usage ; ils sont condamnés aussi par la généralité des médecins : on admet en effet qu'ils entraînent chez les descendants la stérilité, des malformations, très souvent aussi l'idiotie et la surdi-mutité. On cite par exemple le cas d'une famille consanguine où, sur 43 rejetons, il y avait 10 bizarres, 3 fous ou idiots, 3 sourds-muets et 1 suicidé ; d'après une statistique faite sur 883 unions consanguines, sur 4.013 enfants, 61 p. 100 étaient mal constitués. Il y a cependant des auteurs qui prétendent que la consanguinité n'est fâcheuse que lorsque les conjoints sont atteints d'un vice constitutionnel ; quand ils sont vigoureux et sains tous deux, les enfants ont bien des chances d'être parfaitement constitués. On a recherché aussi l'influence de la consanguinité dans les familles animales, mais les résultats sont assez contradictoires. M. Moenkhaus vient de faire une intéressante étude à ce sujet sur *Drosophila ampelophila*, un insecte diptère (*Jour. of Morphology*, vol. 22, 1911). Il a suivi pendant une série d'années les descendants de plusieurs couples de Drosophila, et a constaté que les croisements entre frères et sœurs peuvent être continués pendant soixante-quinze et plus de générations, sans le moindre inconvénient : la vigueur et la fécondité des insectes, la conformation, la taille, les réactions à la lumière et à la pesanteur la ponte, la durée de la vie, ne paraissent pas être modifiées. Dans la nature, la fécondité est variable suivant les cas ; il en est de même pour les individus élevés en captivité. En sélectionnant les reproducteurs, on peut ou bien la diminuer, ou bien l'accroître considérablement, et ceci malgré les croisements consanguins. Il arrive parfois, au cours de l'élevage, que les descendants (mâles) se montrent très peu féconds ; en continuant les croisements consanguins, le phénomène s'aggrave ; mais dans ce cas aussi, on peut y remédier par une sélection convenable.

M. Moenkhaus a pu aussi établir chez ses Drosophila un fait intéressant au point de vue du déterminisme du sexe. D'une façon générale, il y a chez ces insectes 100 mâles sur 112 femelles, mais, suivant les lignées, il y a des écarts plus ou moins considérables de cette moyenne.

Or, l'auteur a constaté que, dans la descendance de chaque couple, il y a toujours tendance à reproduire le rapport initial.

En sélectionnant les couples où la proportion des femelles est plus élevée ou moins élevée que normalement, on peut obtenir des lignées présentant une proportion respectivement forte ou faible des femelles. M. Moenkhaus admet que le rapport entre le nombre de mâles et de femelles est un caractère héréditaire, et qu'il se transmet par la femelle seule, car, quelle que soit la lignée qui a fourni le mâle, si la femelle appartient à une lignée riche en femelles, on aura dans la descendance une proportion élevée de celles-ci. Le sexe serait donc déterminé de très bonne heure par la femelle, et il serait indépendant de l'*intervention du mâle*. Il est nécessaire cependant de remarquer que si la chose est vraie pour Drosophila, chez d'autres espèces, les conditions peuvent être différentes.

(*La Clinique.*)

— Le prolétariat médical au dix-septième siècle
— « Le nombre des médecins est en France si grand dit Guy Patin, qu'il est plus aisé de rencontrer un médecin qu'un homme, comme disait autrefois Pétrone à l'occasion des dieux des Romains. Il y a plus de médecins en France qu'il n'y a de pommes en Normandie et de *Frati* en Italie et en Espagne. Et ce qui est le plus à déplorer, c'est qu'ils sont de francs ignorants. J'en connais un qui ne sachant ce que c'était que les premiers caractères d'une ordonnance, croyait que *R* (*Recipe*) voulait dire 21 dragmes. Cette extrême ignorance vient des petites Universités qui dispensent les récipiendaires même de savoir lire les abréviations de notre profession, pourvu qu'ils aient de l'argent. On dit que celle de Rheims va susciter un procès à celle d'Angers parce qu'elle fait meilleur marché de ses degrez académiques avec un léger examen, peu de temps, et sans thèses. Après cela voilà de belles gens pour avoir *jus vitæ et necis*. »

Il y a un certain piquant à exhumer cette boutade du grand ancêtre à une époque où le corps médical se plaint que l'encombrement de la profession n'a jamais été plus considérable et où on a regretté parfois l'abaissement du niveau scientifique du médecin moderne.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

**Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.**
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 41 Dimanche 8 OCTOBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Nécessité de la Culture classique pour le Médecin.

Tous les arguments ont été sans doute donnés dernièrement en faveur de la nécessité d'une forte éducation classique pour le médecin praticien et il serait prétentieux d'écrire à notre tour un long article sur ce sujet. Nous nous contenterons d'émettre en quelques lignes notre opinion en l'étayant de l'avis d'un grand philosophe.

Nous savons bien, certes, que, quelques années après la sortie du collège, nous devenons de bien mauvais latinistes, et que nous ferions pour la plupart une piteuse figure en présence du moindre texte grec à traduire ; mais ce n'est pas dans la connaissance de ces deux langues mortes que résident pour nous les avantages de la culture classique. Cette culture gréco-romaine qui, depuis des milliers d'années, fait le fond de notre civilisation, affine l'esprit et exalte ses facultés intuitives. Elle fait de nous des artistes en augmentant notre pouvoir d'observation, ou, pour parler avec plus de justesse, notre pouvoir de pénétration. Et ce pouvoir nous est nécessaire, car, encore longtemps, sinon toujours, pour être un bon médecin, il conviendra d'être un artiste.

Quels que soient le nombre et l'importance des applications scientifiques qui apportent dans le domaine de la clinique et de la thérapeutique des clartés et des précisions, la médecine reste avant tout un art. Une belle intelligence, doublée de connaissances scientifiques très étendues, ne suffit pas à un bon médecin. Il lui faut, pour bien se guider dans l'infinie complexité des phénomènes de la vie, un « je ne sais quoi » d'instinctif, une sorte de don naturel, artistique, que l'éducation classique réveille et exalte. Aussi, sans cette faculté naturelle et sans l'éducation classique qui la développe, il fut, il est et il sera de grands savants, mauvais médecins.

Le philosophe Henri Bergson dans un passage de *L'Evolution Créatrice* où il examine la nature de l'instinct, expose cette thèse, en montrant que l'intelligence ne suffit pas à la compréhension des phénomènes de la vie.

« L'intelligence, écrit le savant professeur de philosophie du Collège de France, si habile à manipuler l'inerte, étale sa maladresse dès qu'elle touche au vivant. Qu'il s'agisse de traiter la vie du corps ou celle de l'esprit, elle procède avec la rigueur, la raideur et la brutalité d'un instrument qui n'était pas destiné à pareil

usage. L'histoire de l'hygiène et de la pédagogie en dirait long à cet égard.

« Quand on songe à l'intérêt capital, pressant et constant, que nous avons à conserver nos corps et à élever nos âmes, aux facilités spéciales qui sont données ici à chacun pour expérimenter sans cesse sur lui-même et sur autrui, au dommage palpable par lequel se manifeste et se paie la défectuosité d'une pratique médicale ou pédagogique, on demeure confondu de la grossièreté et surtout de la persistance des erreurs. Aisément on en découvrirait l'origine dans notre obstination à traiter le vivant comme l'inerte, et à penser toute réalité, si fluide soit-elle, sous forme de solide définitivement arrêté. Nous ne sommes à notre aise que dans le discontinu, dans l'immobile, dans le mort. L'intelligence est caractérisée par une incompréhension naturelle de la vie » (1).

C'est mus par cette incompréhension naturelle de la vie que de prétendus réformateurs veulent enlever aux futurs médecins l'éducation classique qui leur est indispensable ; c'est mus par cette incompréhension, que ceux qui président aux destinées de l'enseignement médical laissent se perpétuer une pratique défectueuse, dont la grossièreté et la persistance des erreurs confondent tous ceux qui sont capables de comprendre.

J. Noir.

(1) H. Bergson. — L'Evolution créatrice. Chap. II, page 179, 7e édit. (Bibl. de philos. contemp.)

La mort du Dr Fayard. — Nous avons eu, à notre retour à Paris, la douleur d'apprendre la mort prématurée de notre ami et correspondant le Dr Fayard, de Péage-de-Roussillon. Nous regrettons de n'avoir pu plus tôt rendre à notre regretté confrère l'hommage qui lui est dû. Dans un prochain numéro, nous rappellerons les grandes qualités de cœur et d'esprit de ce praticien aussi distingué que bon, timide et modeste, qualités qu'appréciérent tous ceux qui le connurent et qui le pleurent aujourd'hui. — J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière ; M. le Prof. Déjérine.

(Polyclinique des maladies nerveuses.)

Névrite périphérique à forme tabétique.

Je vous présente d'abord deux malades atteints d'une affection analogue, à des degrés différents.

Notre premier malade vient consulter pour des troubles de la marche. Il a une démarche ataxique. Il talonne et lance ses jambes en marchant. Tout ceci est récent. L'affection a commencé il y a 4 ou 5 semaines par des fourmillements dans les pieds, de l'engourdissement des membres inférieurs, de la fatigue et de la difficulté dans la locomotion. On ne trouve ni alcoolisme, ni syphilis dans les antécédents. On ne trouve pas, non plus, d'indice de maladie infectieuse, pas de fièvre éruptive, pas d'angine. Les symptômes actuels sont les seuls signes d'infection ou d'intoxication constatés chez cet homme.

Du côté des membres supérieurs, les phénomènes morbides ont été légers et ont consisté en une simple diminution de l'adresse des mains. L'idée qui vient à l'esprit en présence de ce syndrome est celle d'une ataxie à marche aiguë. De quelle origine ?

Etudions les réflexes. Chez cet homme, les réflexes patellaires sont abolis ; abolis aussi le réflexe olécranien. Faisons mettre le patient à genoux sur une chaise et recherchons l'état des réflexes achilléens. Ils sont également abolis Donc, abolition complète des réflexes tendineux dans les quatre membres. Voilà encore un symptôme qui se rapproche du tabès ordinaire.

La sensibilité est peu touchée, à part une modification de la sensibilité thermique. Un tube à 40° donne au patient l'impression d'un tube à la température ordinaire. Aucun phénomène vésical, pas d'incontinence, pas de rétention, pas de mictions impérieuses.

La force musculaire est intacte. De même, l'intégrité des pupilles est complète. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

En résumé, il s'agit d'un malade dont l'affection a débuté, il y a cinq semaines, par de l'engourdissement des membres inférieurs, auquel ont succédé, au bout d'une huitaine de jours, des troubles de la marche qui n'ont ni progressé ni diminué.

On peut voir de ces ataxies à évolution rapide dans certains cas de myélite, d'infection de la moëlle épinière. Mais on note alors de la parésie musculaire, des troubles sphinctériens.

Si nous pouvons éliminer l'infection médullaire à quoi penser ? A la *névrite* périphérique de cause, toxique ou infectieuse. Le diagnostic est confirmé par l'existence de douleurs vives à la pression des masses musculaires des mollets. C'est un tabès périphérique.

Les différences avec le tabès ordinaire sont nettes. Ici, pas de troubles vésicaux, pas de troubles pupillaires. Ordinairement aussi, le tabès médullaire a une évolution beaucoup plus lente, chronique.

La pathogénie de cette névrite reste à déterminer. Le malade n'est pas alcoolique ; il ne semble pas avoir aucune infection, aucune intoxication. C'est un malade qui guérira. Son affection se terminera par une *restitutio ad integrum*, au bout d'un laps de temps de quelques semaines ou de quelques mois. Elle est actuellement stationnaire, en période d'acmé. Comme traitement, nous nous contenterons d'un simple régime tonique.

Voici maintenant, par comparaison, un second malade qui est venu nous consulter, il y a deux mois. Il est aujourd'hui guéri, mais il était à ce moment dans un état beaucoup plus grave que le précédent. Son incoordination était telle qu'il ne pouvait se tenir sur les jambes. Ses réflexes étaient abolis. On constatait des troubles de la sensibilité tactile et thermique. Lorsqu'on lui mettait en main un objet quelconque, il était incapable de faire même les distinctions primaires, de reconnaître si l'objet était petit ou gros, long ou court. Le cercle de Weber avait chez lui 8 à 10 centim. Il faisait, en somme, l'impression d'un vieux tabétique, dont l'affection remonte à 10, 15 ans. Lorsqu'on l'interrogeait, on constatait que la maladie datait de quand ? De dix jours ! Cet homme, âgé de 61 ans, qui avait eu jusque-là une excellente santé, était sobre, sans antécédents syphilitiques connus. Il avait été pris de douleurs violentes des membres inférieurs, douleurs telles qu'elles empêchaient le sommeil et qu'il semblait au malade qu'on lui broyait les os. Le patient avait de la fièvre, un peu de délire. Puis, au bout de quelques jours, il devint ataxique et se présenta à la consultation dans ces conditions, incapable de marcher seul, lançant les jambes comme un pantin et soutenu sous les bras.

Les troubles d'incoordination étaient très marqués aux membres supérieurs également. Lorsqu'on demandait au patient de toucher son épaule avec sa main, il touchait son nez. Les sphincters (anal vésical) restaient intacts. De même, l'état des pupilles était normal. Tous les réflexes tendineux étaient abolis.

Nous étions donc en présence d'une ataxie à marche aiguë, suraiguë pour mieux dire. Le diagnostic était facile à faire pour quiconque a l'habitude des modalités de la névrite périphérique. On constatait des douleurs vives à la pression sur le trajet des nerfs et dans les masses musculaires. La ponction lombaire donna un résultat négatif.

Le pronostic de cette névrite périphérique était favorable. Ce qui manquait, comme il arrive surtout en pareil cas, c'était la connaissance de l'origine de la névrite. Le malade n'est pas alcoolique. La névrite alcoolique n'a pas, d'ailleurs, une marche aussi rapide. Pas d'angine, pas d'exanthème. L'infection s'était faite d'emblée sur les nerfs périphériques. Nous avions porté un pronostic favorable, sans pouvoir préciser le temps que durerait l'affection. Nous avons été étonnés de la rapidité avec laquelle l'amélioration s'est faite. Le sujet est resté 3 semaines dans le même état ; puis, peu à peu, les phénomènes ataxiques ont diminué. La guérison est aujourd'hui complète. Les réflexes tendineux sont encore abolis, mais ils existent affaiblis et on les retrouve lorsqu'on dit au malade de faire un effort et qu'on les recherche à ce moment.

La névrite périphérique à forme ataxique est une affection qui, sans être fréquente, n'est pas non plus exceptionnelle. Il faut connaître ces cas-là pour ne pas être exposé à les prendre pour des médullaires. Il ne faut pas, non plus, commettre l'erreur inverse. Le diagnostic entre le tabès et la névrite périphérique à forme ataxique s'établira par l'évolution chronique du premier et aiguë de la seconde. Dans le tabès, les troubles sphinctériens et pupillaires, le signe d'Argyll-Robertson, existent dans 90 % des cas. Ils manquent dans la névrite. Chez le tabétique, vous n'avez pas d'hyperesthésie des masses musculaires. L'évolution des deux maladies est très différente. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, constatée chez les médullaires, ne se voit pas dans la névrite. Le diagnostic différentiel est donc facile.

Le traitement de la *névrite à forme ataxique* consistera en médication tonique et à laisser agir la nature. Retenez l'existence de cette maladie, de ce tabès curable.

Un cas de tremblement.

Voici un homme, assez vigoureux, atteint de tremblement du membre supérieur gauche. C'est un tremblement rythmé, à oscillations petites, qui disparaît pendant le sommeil et dans une autre condition que je vous indiquerai tout à l'heure.

Le malade n'est pas un parkinsonnien. Il n'a pas de raideur, il n'a pas le facies figé. Ce tremblement cesse complètement à l'occasion des mouvements volontaires. Dans la maladie de Parkinson, le tremblement s'arrête un instant, quelques secondes, pendant les mouvements volontaires. Chez cet homme, le tremblement est immobilisé par la volonté jusqu'à la fatigue.

La force musculaire du malade est conservée ; pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes tendineux sont abolis parce que le patient est un tabétique à la période pré-ataxique, depuis longtemps déjà. Il existe des douleurs fulgurantes. Vous savez que les douleurs fulgurantes sont variables. Elles sont quelquefois violentes et, d'autres fois, assez légères pour qu'il soit nécessaire d'interroger le patient avec soin si l'on veut les dépister. Ne croyez pas que le tabès a, de nos jours, le pronostic qu'on lui attribuait autrefois.

→→

Beaucoup de tabétiques restent à la période préataxique.

Le tabès de cet homme n'a rien à voir avec son tremblement. Ce tremblement ne rentre dans aucune classe. Il n'est pas parkinsonnien, pas hystérique, pas toxique. C'est un tremblement évidemment névropathique, qui présente cette particularité, pas encore bien connue, de cesser entièrement pendant les mouvements volontaires. A cause de cette dissociation, nous ne pouvons ranger ce tremblement dans aucun cadre établi. Nous suivrons le malade, nous conseillerons l'électrisation faradique et les exercices de rééducation de la volonté.

Tabès à la période préataxique.

Je vous parlais tout à l'heure des tabès qui évoluent lentement ou restent sans progresser. En voici un exemple. Il concerne une femme qui accuse des douleurs fulgurantes aux membres *supérieurs et inférieurs* depuis neuf ans. Ces douleurs surviennent par périodes et sont actuellement plutôt moins fortes qu'auparavant. Les réflexes sont conservés. En présence d'un tabétique dont les réflexes tendineux sont conservés, on doit se demander si le tabès n'est pas compliqué de sclérose des cordons latéraux. Il est rare que, dans le tabès pur, les réflexes ne disparaissent pas de bonne heure. Ici, la lésion des cordons latéraux est manifeste. Ce qui le montre, c'est le phénomène de l'orteil, l'inversion de la formule normale du réflexe cutané plantaire. Le signe d'Argyll-Robertson est net.

La malade a 51 ans. C'est un tabès un peu tardif. Le traitement par les piqûres mercurielles paraît avoir influencé utilement les douleurs fulgurantes. Il semble que la cure mercurielle procure ce résultat dans quelques cas. C'est tout ce que j'ai vu obtenir du traitement hydrargyrique. Au point de vue de l'évolution du tabès, je ne crois pas à l'action de la cure mercurielle.

Crampe des pianistes.

Jeune fille de 20 ans, atteinte de crampe des pianistes. Il y a chez ces malades un élément psychique, et je pourrais vous signaler des observations où la psychothérapie a fait disparaître la crampe. Il n'en est pas toujours ainsi cependant. Conseillez l'électrisation et recommandez au malade de détourner son attention de son état.

Spasme laryngé hystérique : psychothérapie.

Je joindrai au cas précédent un exemple remarquable de guérison par la psychothérapie. Malade de 25 ans, qui est venue nous voir il y a 6 mois pour des crises névropathiques laryngées nombreuses (15 à 20 par jour) et subintrantes. La crise durait un quart d'heure et reprenait au bout de deux ou trois heures. Cette jeune femme avait eu à l'âge de 20 ans, une coqueluche dont elle était guérie. A la suite d'émotions, les crises nerveuses se produisirent, et sous forme de spasmes laryngés. Guérison par la psychothérapie.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Cardiopathies chez l'enfant

La délicate question des soins à donner aux enfants atteints de maladies du cœur, a fait récemment l'objet d'une leçon fort pratique de la part de M. le Dr Nobécourt, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

« Il est important, dit l'auteur. de chercher à faire une thérapeutique pathogénique fondée sur la physiologie pathologique des accidents morbides. C'est dire que l'on ne doit pas recourir, dans tous les cas, aux médicaments réputés cardiaques, car ces médicaments peuvent être funestes.

Cette dernière remarque s'applique tout particulièrement aux troubles fonctionnels du cœur, aux cardiopathies fonctionnelles.

On se trouvera souvent en présence d'un enfant présentant de la tachycardie, de l'arythmie et porteur d'un cœur volumineux. Les parents, impressionnés par les « palpitations » de leur petit, l'amènent en annonçant qu'il est atteint d'une maladie du cœur.

Contre ces tachycardies (avec ou sans palpitations), contre ces arythmies, contre ces agrandissements du volume du cœur, il est évident que l'on ne s'adressera pas aux médicaments cardiaques et surtout pas à la digitale, mais on cherchera à modifier l'état général du malade, son anémie, ses troubles digestifs, sa circulation périphérique, dont la gêne retentit sur l'organe central, le contraint à un effort inaccoutumé qui, s'il se prolongeait, pourrait le dilater et épuiser sa fibre musculaire.

Dans le même ordre d'idées, il ne faut pas oublier que certaines arythmies physiologiques sont dues à des troubles respiratoires ou à des phénomènes nerveux ; c'est à l'hydrothérapie et au massage que l'on doit avoir recours.

Quand il s'agit de phénomènes cardiaques, produits par une maladie infectieuse, scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie (tachycardie, cyanose des extrémités, dilatation du cœur, abaissement de la pression sanguine, lipothymies, syncopes), il est indiqué, avant tout, d'exercer une action sur la circulation périphérique ; car le syndrome myocarditique lui-même ne relève pas toujours d'une réelle myocardite.

Si le cœur se laisse par trop dilater, le meilleur moyen de lutter contre sa faiblesse est l'apposition de glace sur la région précordiale; la fibre cardiaque en est sensiblement tonifiée. Il va sans dire que la glace sera fréquemment re-

nouvelée, car c'est une réfrigération continue que l'on doit effectuer. Au surplus, ces applications froides agiront sur la température élevée, dont s'accompagnent les maladies infectieuses aiguës, et suppléeront, en partie, à l'absence du bain froid, généralement contre-indiqué en ces cas.

En même temps que l'on agira sur la circulation périphérique, on pratiquera des injections de strychnine et de spartéine.

On pourra administrer l'ergotine, à doses fractionnées, l'adrénaline en injections, ou bien sous forme de poudre de capsules surrénales à la dose de dix, vingt ou trente centigrammes, la caféine, l'huile camphrée à 1 pour 10 et l'éther, en piqûres hypodermiques.

Quand il s'agit de lésions organiques du cœur, principalement de lésions mitrales, en période d'évolution, on recommande le plus possible le repos prolongé, on surveille attentivement les fonctions digestives, on institue le régime lacto-végétarien et hypochloruré. « L'évolution aiguë une fois terminée, dit l'auteur, vous devez vous efforcer de prémunir le cardiaque contre tous les accidents qui pourraient aggraver son état, et trop rapidement l'amener à une insuffisance du cœur, dont il convient de retarder l'apparition.

« Les médicaments sont inutiles durant cette période de compensation, que le mitral traverse plus ou moins heureusement ; l'hygiène doit en faire les frais presqu'entièrement, si possible.

« Hygiène physique, intellectuelle et morale.

« Les enfants devront être surveillés dans leurs jeux, qui seront peu actifs et dont ils n'useront qu'avec mesure. Promenade à pied, canotage, bicyclette, tennis, pourront leur être permis. Conservez un juste milieu entre l'immobilisation et le surmenage.

« Une vie d'étude n'est nullement incompatible avec une lésion orificielle consécutive à une endocardite ; mais elle ne doit pas comporter un travail cérébral trop fatigant ou absorbant.

« Je passe sur l'hygiène morale ; vous savez l'influence que peuvent avoir sur le cœur les émotions vives ou répétées.

« Il est bien entendu que, dès ce moment, vous devrez guider les parents sur le choix d'une carrière, dont son avenir de cardiaque ne puisse être assombri.

« Que ses voies digestives soient attentivement surveillées : leur mauvais fonctionnement aurait toutes chances d'aggraver votre pronostic. »

Il faut attendre les crises d'asystolie pour recourir aux véritables médicaments cardiaques.

Le plus puissant de ces médicaments est incontestablement la *digitale*, dont on prépare une teinture, une infusion ou une macération (poudre de feuilles, 0,10 à 0,20 centigrammes) et une solution alcoolique de digitaline cristallisée au millième.

On prescrit pendant 5, 6 ou 8 jours, cinq à dix gouttes, ou dix à douze gouttes de cette solution, selon l'âge du petit malade.

Chez les plus grands, on fera prendre en une seule fois, XII à XXV gouttes. Sachez que L gouttes de cette solution représentent un milligramme de digitaline.

« Cette posologie n'a rien de régulier et d'obligé, et nous avons vu dans le service un enfant de 6 ans retirer les résultats les plus satisfaisants de la prise d'une à deux gouttes par jour pendant une semaine. C'est vous dire que vous ferez œuvre sage en commençant la cure digitalique par des doses faibles.

« Sous l'influence du repos, du régime déchloruré, de la médication à la digitale, vous verrez le pouls se ralentir, les œdèmes diminuer, le poids s'abaisser, les urines et leur taux en chlorures parallèlement augmenter.

« L'examen du pouls, du poids, des urines de votre cardiaque vous avait fait poser le diagnostic d'asystolie ; la modification en sens inverse de ces mêmes éléments vous prouvera que votre thérapeutique était adaptée aux phénomènes morbides par vous observés.

« Certains préfèrent employer des doses fortes et passagères de digitaline, d'autres aiment mieux les fractionner et les faire prendre en cinq ou dix jours. A mon sens, cette seconde méthode est la meilleure.

« Ne poursuivez pas l'usage de la digitale au-delà des limites que je viens de vous indiquer ; il n'y a aucun avantage à vouloir prolonger son action. Mieux vaut la reprendre à l'occasion, chaque fois que se reproduisent les phénomènes asystoliques, ou en forcer légèrement la dose, si celle qu'on a choisie ne produit pas bientôt l'effet recherché.

« Le strophantus est moins actif que la digitale ; son action est plus lente, mais plus prolongée. Quand la digitale n'a pas procuré une *amélioration* totale, il complète en général l'œuvre inachevée. Aussi plusieurs associent-ils les deux médicaments. Ordonnez de préférence à la strophantine, aisément toxique, la teinture de strophantus à 1/10 à la dose de II à III gouttes dans les vingt-quatre heures par année d'âge.

« La théobromine excelle à parachever, à renforcer l'action diurétique de la digitale, tandis que le strophantus s'adressait surtout à l'action cardiaque. Employez-la pendant dix à quinze jours de suite à la dose de 0,10 centigrammes par année d'âge. En aucun cas, ne dépassez, chez l'enfant, un gramme par jour. Grâce à elle, la diurèse totale et la diurèse chlorurée s'accompliront à merveille. »

Ponction épigastrique du péricarde.

M. le Dr Marfan a fait à la Société médicale des Hôpitaux une communication sur une nouvelle méthode de ponction du péricarde par la voie épigastrique, qu'a reproduite la *Pédiatrie pratique* du mois dernier.

Voici comment procède le Dr Marfan : « Le petit trocart de l'appareil Potain est enfoncé immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, sur la ligne médiane ; il est dirigé obliquement de bas en haut, et, à mesure qu'il pénètre, on abaisse son manche vers la paroi ab-

dominale, de manière à rapprocher la pointe de l'aiguille de la face postérieure du sternum ; on pénètre ainsi dans le péricarde.

« En opérant de cette manière, après avoir traversé la paroi abdominale, l'aiguille chemine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans toucher le péritoine ; puis elle traverse le diaphragme par une fente remplie de tissu cellulo-graisseux et sans léser les fibres musculaires ; enfin elle perfore le feuillet pariétal du péricarde à la partie antérieure de sa face intérieure et pénètre dans la cavité péricardique entre le cœur et la face antérieure du sac péricardique. Dans ce trajet, l'aiguille évite donc le péritoine, les vaisseaux mammaires internes, la plèvre et le cœur. »

M. Marfan ajoute quelques remarques : il n'est pas indispensable d'enfoncer l'aiguille exactement sur la ligne médiane au-dessous de l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde.

« Ayant fait plusieurs ponctions sur le même sujet, dit-il, il m'est arrivé, pour ménager la peau, d'enfoncer l'aiguille à droite ou à gauche de l'appendice xiphoïde, près de sa base, au sommet de l'angle costo-xiphoïdien. Après avoir franchi la paroi abdominale, je cherchais à rapprocher le trocart de la ligne médio-sternale, de manière à éviter autant que possible la blessure des fibres musculaires du diaphragme. L'ai-je toujours évitée ? Je ne sais ; en tout cas, cette manière de procéder ne m'a paru avoir aucun inconvénient. Quand on sera obligé de répéter la *ponction* à brefs intervalles chez un même malade, on pourra donc enfoncer l'aiguille tantôt immédiatement au-dessous (c'est ce qui, théoriquement, est préférable), tantôt à droite, tantôt à gauche de l'appendice xiphoïde. »

En second lieu, si on doit enfoncer le trocart, en le rapprochant autant que possible du sternum, il ne faut pas trop exagérer l'application de cette règle ; car, si on cherchait à obtenir le contact du trocart et de la face postérieure de cet os, on risquerait de pénétrer, non pas dans la cavité péricardique, mais dans le tissu cellulaire qui sépare le sac péricardique du muscle triangulaire du sternum. Un certain degré d'obliquité du trocart est donc nécessaire pour pénétrer dans la cavité péricardique et pour obtenir l'écoulement du liquide qui s'y est accumulé.

Ce procédé ne paraît comporter aucun risque, ni aucune difficulté.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Quelques recherches expérimentales sur la syphilis. — Quelques particularités de la syphilis vaccinale expliquées par la recherche du spirochète.

Des recherches expérimentales faites sur la syphilis par Erich Hoffmann (*Münch. Med. Wochens.*, 1911, n° 13), il résulte que :

1° De simples inoculations cutanées suffisent chez les singes inférieurs (cercocèbes, macaques, cynocéphales, hapales, etc.) pour faire apparaître des syphilides secondaires bénignes. Quant aux syphilides généralisées caractéristiques, de nature papuleuse, pustuleuse ou varioloïde, elles exigent chez les singes inférieurs l'inoculation intratesticulaire, et elles se produisent dans un délai de 12 à 13 semaines après l'infection.

2° Même si elle ne détermine que des manifestations locales, la syphilis des singes, lapins, etc., ne doit pas être considérée comme une maladie restant localisée ; par contre, les spirochètes spécifiques se répandent, grâce à leur mobilité dans tout l'organisme, ainsi qu'en témoignent les accidents généraux que l'on observe, et le résultat positif des inoculations faites avec des fragments d'organes internes, prélevés chez les singes et les lapins (Neisser).

3° L'opinion de Uhlenhuth, d'après laquelle les lapins seraient plus sensibles à la syphilis que les singes inférieurs, ne semble pas justifiée ; au contraire, les singes inférieurs se montrent plus sensibles aux inoculations du virus syphilitique de provenance humaine, même s'il a été altéré par le salvarsan ou le mercure.

4° Cependant des faits expérimentaux indéniables montrent la sensibilité à la syphilis de l'œil du lapin (Bertarelli), du testicule du lapin (Parodi), et de son scrotum (E. Hoffmann, Lohe-Mulzer) :

5° L'inoculation d'un seul œil donne un résultat positif dans 41 p. 100 des cas ; l'inoculation de l'autre œil faite deux mois après un échec sur le premier œil est positive dans 100 p. 100 des cas. Dans un cas comme dans l'autre, la durée de l'incubation est la même, et il se produit une kératite spécifique. L'inoculation pratiquée dans la chambre antérieure, simultanément sur les deux yeux, donne un résultat presque constant (92 p. 100) par une kératite uni ou bilatérale dans un temps d'inoculation moindre.

6° Ces kératites ne peuvent pas être rapprochées des kératites métastatiques de l'homme ; par leur genèse elles répondent au syphilome cornéen primaire. Celui-ci peut d'ailleurs dégénérer en une tumeur syphilitique circonscrite, de coloration gris-jaunâtre, qui siège dans l'épaisseur de la cornée, prend l'aspect d'une gomme et renferme d'abondants spirochètes, faciles à déceler.

* * *

Il existe dans l'histoire de la *syphilis vaccinale* un certain nombre de points obscurs, sur lesquels la connaissance du spirochète de Schaudinn est capable de jeter la lumière. Langer s'est efforcé de les élucider en recherchant le spirochète dans les pustules de vaccine chez les enfants hérédo-syphilitiques. (*Münch. Med. Wochens*, 1910, n° 38.)

Et tout d'abord, voici les faits à élucider :

1° On sait que la lymphe vaccinale provenant d'un enfant hérédo-syphilitique ne se montre pas toujours syphilogène ; pourquoi est-ce là un fait rare ?

2° Quand une série de personnes sont vaccinées avec la lymphe d'un hérédo-syphilitique, il est exceptionnel que toutes contractent la syphilis ; pourquoi quelques-unes restent-elles indemnes ?

3° Si l'on inocule à nouveau à des sujets sains la lymphe d'une pustule obtenue chez un premier sujet avec la lymphe vaccinale d'un hérédo-syphilitique, quelques-uns des ré-inoculés peuvent présenter ultérieurement de la syphilis vaccinale, alors que chez le premier individu la syphilis n'avait pas encore eu le temps de se développer au moment où l'on a prélevé la lymphe. Quelle est donc la raison de cette « syphilis de deuxième génération » ?

A présent, quelles furent les recherches de Langer ? Chez dix enfants atteints de syphilis héréditaire, se traduisant par de la tuméfaction de la rate, de la polyadénite, des infiltrations palmo-plantaires, des *érythèmes maculo-papuleux*, l'auteur pratiqua la vaccination ; le 6e ou le 7e jour, il préleva un petit fragment de la papule vaccinale, qu'il soumit à l'examen microscopique : chez 5 des enfants, il trouva du spirochète dans l'élément vaccinal.

Mais le cas le plus intéressant fut celui d'un de ces enfants chez lequel un des bras avait été inoculé *en peau saine*, et l'autre *en papule* syphilitique : car tandis que, au bout de dix jours, l'élément vaccinal développé sur la papule syphilitique fourmillait de spirochètes, l'élément vaccinal de l'autre côté n'en montrait pas un seul.

Il y a donc tout lieu de penser que quand la lymphe vaccinale contient du spirochète et qu'elle est susceptible de provoquer la syphilis, si on l'inocule à une autre personne — c'est que la fistule vaccinale s'est développée en un point des téguments déjà lésé par la syphilis, bien que la lésion ne soit souvent pas encore apparente à nos yeux. D'autre part, la lymphe vaccinale ne constitue pas, *in vitro*, un milieu de multiplication pour les spirochètes ; ceux-ci y sont au contraire assez rapidement détruits ; on ne peut donc admettre que l'éruption vaccinale constitue un point d'appel pour les quelques spirochètes circulant dans le sang.

Si donc la lymphe vaccinale provenant d'hérédo-syphilitique n'est pas toujours syphilogène, si quelques personnes vaccinées avec cette lymphe échappent à la contamination, c'est sans doute parce que toutes les pustules utilisées ne contiennent pas une lymphe virulente, suivant le point des téguments où elles se sont développées.

Quant à la syphilis vaccinale de deuxième génération, elle est sans doute attribuable à l'abondance particulière des spirochètes transportés de l'enfant hérédo-syphilitique point de départ.

Peut-être pourrait-on, pour mettre en doute le résultat des expériences de Langer, opposer à la rareté de la syphilis vaccinale la fréquence avec laquelle cet auteur a trouvé des spirochètes chez les hérédo-syphilitiques ; mais tous ses sujets présentaient des éruptions syphilitiques, tandis que les sujets chez lesquels on avait prélevé la lymphe (au cas de syphilis vaccinale), s'ils étaient hérédo-syphilitiques, étaient des hérédo-syphilitiques méconnus (sans quoi on se fût d'ailleurs gardé de les utiliser comme vaccinogènes).

G. F.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

L'hématémèse.

L'hématémèse ou vomissement de sang est le résultat d'une hémorragie provenant de l'estomac ou des organes voisins communiquant naturellement ou pathologiquement avec lui. Néanmoins, il est utile de spécifier que tous les vomissements de sang n'ont pas cette origine. Le sang expulsé peut en effet provenir de la bouche ou du pharynx, du poumon, ou de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum.

L'inspection de la bouche indiquera si on est en présence d'une hémorragie nasale postérieure, gingivale ou pharyngienne. La difficulté est plus grande pour différencier l'hématémèse de l'hémoptysie. Dans le tableau suivant, nous allons examiner *comparativement* les caractères essentiels de chacun de ces symptômes.

Hématémèse.	*Hémoptysie.*
L'hématémèse se traduit en général, au début, par une sensation de chaleur à l'épigastre ;	L'hémoptysie se traduit en général par une sensation de chaleur et de bouillonnement dans la poitrine ;
Par un état nauséeux ; par des éructations à saveur cruorique ; puis par des efforts spasmodiques suivis de près par des vomissements. Le malade est pâle.	Par de l'oppression ; par des quintes de toux provoquées par une sensation de chatouillement à la gorge.
	Le malade a la face congestionnée.
Le sang de l'hématémèse est en général sombre, noirâtre, mélangé de débris alimentaires.	Le sang de l'hémoptysie est en général rouge, âcre, spumeux ; il ne renferme jamais de débris alimentaires.
Il peut être rutilant ; mais il s'agit alors d'hémorragie grave foudroyante, le sang n'ayant pas séjourné dans l'estomac et n'ayant pas été soumis à l'action du suc gastrique.	
L'hématémèse suit de près les repas.	L'hémoptysie se produit à n'importe quel moment de la journée, après une quinte de toux.
Après l'hématémèse le patient ne tousse pas, n'a pas de fièvre. L'auscultation des poumons n'offre rien d'anormal. On constate du melæna.	Après l'hémoptysie, on constate des quintes de toux, des crachats sanglants, de la fièvre. L'auscultation des poumons indique un début de tuberculose ou une tuberculose confirmée. Il n'y a pas de melæna.

Etiologie

Les hématémèses sont d'*origine périgastrique*, *d'origine gastrique*, ou *dues à des causes générales*.

Hématémèses périgastriques. — Leur point de départ est l'œsophage et elles sont produites soit par rupture d'une varice, soit par rupture d'un anévrysme de l'aorte ou d'un gros vaisseau voisin de l'estomac ; parfois par une néoplasie ulcérée.

Le sang peut provenir également de la rupture de varices, comme cela se produit dans la cirrhose de Laënnec, dans les cardiopathies ou les pneumopathies il peut provenir d'un ulcère du duodénum.

Hématémèses gastriques. — Les plus fréquentes, ont pour cause un ulcère rond de l'estomac, soit sur des sujets chlorotiques, soit sur des sujets atteints d'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion gastrique. Dans ce cas l'hémorragie est copieuse, fréquente et le sang rejeté est rutilant. Dans le cancer de l'estomac, l'hémorragie est au contraire le plus souvent peu abondante, et est composée d'un sang noirâtre, marc de café.

Elles pourront avoir également pour origine des traumatismes locaux internes ou externes (déglutition de fragments osseux, de pièces de prothèse, etc., contusions ou plaies pénétrantes), des anévrysmes miliaires des artérioles de la muqueuse stomacale, des thromboses ou des embolies de ces vaisseaux ou des ruptures de veines gastriques ectasiées, d'origine hépatique, cardiaque ou pulmonaire.

Hématémèses de causes générales.— Diverses maladies générales hémorragipares (infectieuses ou toxiques) peuvent donner lieu à des hématémèses : telles sont la scarlatine, la rougeole, la variole hémorragique, le purpura, le typhus, le choléra, la peste, l'ictère grave, l'empoisonnement par le phosphore.

Notons en passant les hématémèses d'origine hystérique et les hémorragies supplémentaires des règles.

Traitement

Tout d'abord, il est indispensable de mettre le malade au repos le plus complet dans le décubitus horizontal, et d'user ensuite des moyens hémostatiques. Dans certains cas graves, le malade ne doit faire aucun mouvement aucun effort. Il sera parfois nécessaire d'exiger le repos complet de l'organe qui saigne et d'instituer la diète rigoureuse. On ne permettra que l'absorption de fragments de glace, ou de petites, quantités de champagne frappé. On soutiendra le malade au moyen de lavements alimentaires laudanisés, qui, tout en le nourrissant, suppriment les contractions de l'intestin.

Une vessie de glace *placée sur le creux épigastrique* sera le premier moyen hémostatique employé. De cette façon, non seulement vous agissez par vaso-constriction sur le vaisseau qui saigne, mais encore vous contraignez le malade, à l'immobilité à peu près absolue. N'oubliez pas d'interposer le fameux carré de flanelle entre la vessie et la peau afin d'éviter l'érythème et peut-être l'escarre.

Si la diète gastrique est rigoureusement observée et que l'hémorragie ne cède pas, on peut s'adresser aux coagulants généraux, tels que les injections sous-cutanées de sérum gélatiné (Carnot) ou mieux de sérum de Roux (sérum de cheval) à la dose de 10 à 20 cent. cubes *pro die*, ou aux vaso-constricteurs généraux, tels que l'ergotine en injections hypodermiques, et l'ergotinine.

Au bout de vingt-quatre heures, on peut tenter une alimentation légère par la voie gastrique, soit avec du lait glacé écrémé, par petites doses fréquemment répétées ou du champagne. Si l'estomac est tolérant, on en profitera pour agir localement par les hémostatiques d'après les formules suivantes :

Chlorure de calcium........	4 à 6 gr.
Sirop thébaïque............	20 gr.
Sirop d'éc. d'or. am.........	25 gr.
Hydrolat de tilleul..........	100 gr.

F. s. a. une potion à donner par cuill. à soupe d'heure en heure.

ou bien encore :

Ergotine..................	2 à 4 gr.
Sirop de ratanhia..........	*30 gr.*
Julep simple...............	120 gr.

F. s. a. une potion à donner comme les précédentes.

Si, au contraire, l'estomac semble intolérant à ces divers médicaments, donnez plusieurs fois par jour des lavements chauds (48 à 50° lentement et sous faible pression, additionnés soit de chlorure de calcium, soit d'hydrastis canadensis (extrait fluide). Quelques auteurs ont préconisé l'adrénaline en solution au millième à la dose de vingt à trente gouttes pour un lavement. C'est là un vaso-constricteur général extrêmement puissant, mais qu'il est utile de réserver pour des emplois locaux. Lancé dans l'économie, cet hémostatique contracte tous les vaisseaux et non pas seulement celui qui saigne ; il peut ainsi provoquer une ischémie bulbaire grave avec syncope et tous les risques qui l'accompagnent.

Dans les hématémèses de moyenne intensité, on peut faire usage des limonades acides (chlorhydrique ou sulfurique) du Codex ou à l'eau de Rabel selon les formules suivantes :

Limonade chlorhydrique ...

Acide chlorhydrique dilué au 1/10.....................	20 gr.
Sirop de sucre.............	125 gr.
Eau distillée...............	855 gr.

à prendre par verres (2 à 3 par 24 heures).

ou bien :

Eau de Rabel	2 gr.
Sirop thébaïque	40 gr.
Eau de fleur d'oranger	10 gr.
Eau distillée de tilleul q. s. f.	120 cent. cubes

F. s. a. une potion à prendre par cuillerée à soupe d'heure en heure.

Parmi les vaso-constricteurs locaux on peut encore faire appel à l'antipyrine, à l'eau oxygénée, à la cocaïne.

Ou bien aux coagulants locaux, tels que le perchlorure de fer en solution officinale.

Dans les petites hématémèses, on pourra user du lait de bismuth.

Sous-nitrate de bismuth	10 gr.
Sirop de gomme arabique	40 gr.
Eau de fleur d'oranger	10 gr.
Eau de tilleul	100 gr.

F. s. a. une potion à prendre par cuill. à soupe toutes les heures.

Si le malade est ischémié, il est utile de relever le taux globulaire par des injections abondantes de sérum artificiel associées ou non à des injections hypodermiques de solutions de cacodylate de fer, les préparations de quinquina associées au tartrate ferrico-potassique.

Les affections causales seront traitées autant qu'il se pourra par les moyens externes, frictions mercurielles s'il s'agit de syphilis, ou la voie hypodermique et intra-musculaire, etc.

Le *traitement chirurgical n'est indiqué que* lorsque toute la thérapeutique précédemment indiquée a échoué. Il peut donner des résultats favorables dans le cancer ou dans les hématémèses d'origine traumatique, mais il n'a jusqu'ici donné que de médiocres résultats dans l'ulcère de l'estomac et les hémorragies des veines ectasiées.

Docteur DELPEUT.

L'OPHTALMOLOGIE
DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

De l'anesthésie oculaire.

Le Dr DE MICAS, ex-chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Toulouse, a, dans le *Languedoc médico-chirurgical*, du 25 juillet 1911, publié un très intéressant article intitulé : *A propos des corps étrangers considérés comme accident du travail*, dont nous extrayons la partie suivante qui a trait à l'anesthésie oculaire :

Le *Bulletin de l'Association médico-chirurgicale des accidents du travail*, en date du 5 avril 1910, publiait, sous la rubrique « Revue », un article au sujet des notes des oculistes concernant l'extraction des corps étrangers superficiels de la cornée.

L'auteur, inspiré sans doute par le désir de plaire aux compagnies, conteste l'importance de l'anesthésie oculaire et l'utilité des examens ophtalmoscopiques dans les cas de corps étrangers de la cornée.

Ce sont deux erreurs auxquelles il faut répondre brièvement. Les oculistes n'auront rien à apprendre de ces quelques lignes ; mais le public médical et les compagnies, — celles du moins qui sont de bonne foi, et il y en a certainement — mis au courant de la question, comprendront par les détails et exemples que je vais donner combien sont mal fondées, mesquines et injustes les critiques adressées aux oculistes consciencieux quand ils font leur devoir.

Je ne m'arrêterai pas à la question d'honoraires et ne m'inquiéterai nullement de savoir quel article du tarif Dubief doit être appliqué, si c'est l'article 10 ou l'article 14 ; cet examen appartient à la commission du contentieux du Syndicat des Oculistes de France qui s'en occupe avec une compétence spéciale et à la satisfaction de tous.

L'anesthésie oculaire se réduirait à une question de gros sous ; en matière d'honoraires, *le poisson n'est rien, c'est la sauce qui est tout*, lit-on dans le *Bulletin*.

Partant de cette idée pour défendre les deniers des compagnies avec des arguments d'apparence scientifique, on établit un parallèle entre l'anesthésie locale de la médecine générale et l'anesthésie oculaire.

« La première — anesthésie locale de la médecine générale — comporte l'établissement d'une « *ordonnance*, l'ébullition de la seringue, le lavage et l'asepsie de la peau du blessé, le chargement de la seringue, l'expulsion *minutieuse* « de l'air, le flambage de l'aiguille, l'injection...

Ne croirait-on pas lire le compte détaillé d'un ouvrier d'état, d'un serrurier, par exemple, qui prépare une addition assez forte ? Etre allé chez M. X., avoir demandé au concierge si le client était chez lui, avoir examiné la serrure, avoir enlevé les vis, graissé les divers ressorts, remonté la serrure, etc....

Pourquoi tant de détours pour dire injection hypodermique ou nettoyage d'une serrure ?

Ce luxe de détails était indispensable pour justifier le mépris qu'inspire l'anesthésie oculaire.

« La seconde — anesthésie oculaire — ne comporte que « l'instillation au compte-gouttes, entre les paupières du patient, de deux gouttes « de la solution analgésiante que les oculistes « ont toujours prête sur le bureau ».

Pourquoi ne pas ajouter, pour compléter le tableau et le rendre plus saisissant, que les oculistes, pour abattre plus de besogne, peuvent, selon leur situation, confier les instillations analgésiantes à la cuisinière, à la femme de chambre ou au nègre préposé à la porte ?

L'indignation est mal contenue : « Un honoraire spécial pour avoir laissé tomber d'un compte-gouttes deux gouttes de liquide dans l'œil « du blessé serait vraiment abusif et il le serait « bien davantage encore si cet honoraire devait « être de 6 francs, comme le voudraient certains

« médecins faisant partie du Syndicat des Oculistes français. »

Une conclusion naturelle s'impose : le refus de payer la note. Certaines compagnies ne se font pas faute de suivre le conseil du *Bulletin de l'Association médico-chirurgicale des accidents du travail.*

L'oculiste ne devrait-il pas rougir de honte quand il compare sa besogne si simple, si facile, aux difficultés de la médecine et de la chirurgie ? Mais ne nous hâtons pas ; il est probable que si les besoins de la cause l'exigent, on discutera, dans l'avenir, avec le même dédain, dans le *Bulletin*, les opérations chirurgicales, si on ne les a pas déjà discutées dans le passé. Ce détail m'échappe ; je ne suis pas — je l'avoue à ma confusion — un lecteur habituel de ce journal, et je soupçonne fort une compagnie, avec laquelle j'étais alors en délicatesse de m'avoir aimablement adressé le numéro dans lequel on traite de si haut l'anesthésie oculaire et l'ophtalmoscopie.

Nous voilà donc bien avertis : il est entendu que tout oculiste doit avoir sur son bureau, toujours prête, une solution analgésiante pour en laisser tomber, à l'aide d'un compte-gouttes, deux gouttes dans l'œil du patient.

L'auteur de l'article ignore ou plutôt feint d'ignorer que l'anesthésie oculaire, sans réclamer une habileté opératoire spéciale, exige cependant un certain tour de main et des connaissances particulières qui lui enlèvent en partie son caractère de banalité.

Le public et les médecins eux-mêmes sont quelquefois très embarrassés pour «faire tomber dans l'œil les deux gouttes de la solution anesthésiante à l'aide d'un compte-gouttes ». Je voyais hier une personne qui, depuis une quinzaine, remplissait le rôle d'infirmière oculaire auprès de sa cousine ; elle présentait une mydriase atropinique complète. Elle avait, certainement par mégarde, sans y faire attention, sans s'en rendre compte, touché son œil avec les doigts qui avaient tenu le flacon, ou écarté les paupières mises en contact avec une goutte de collyre. Sa surprise a été grande quand je lui ai expliqué le mécanisme de son affection provoquée et très gênante. Je n'insisterai pas autrement sur la technique opératoire pour ne parler que des solutions anesthésiques.

Oui, l'oculiste a sur son bureau la solution anesthésique ; il devrait même en avoir plusieurs pour utiliser celle qui convient le mieux à tel ou tel cas particulier.

Si la cocaïne fournit la solution anesthésiante de choix, d'autres substances viennent la suppléer quand, pour un motif quelconque, surgit une contre-indication à son emploi. Sa solution insensibilise les extrémités nerveuses périphériques des parties de l'œil qu'elle parvient à atteindre. Elle devient aussi un précieux auxiliaire de l'atropine dont elle augmente l'action mydriatique. Toutefois, cette dernière propriété est incertaine et on constate des différences individuelles notables. Tel iris se dilatera peu ou pas ; tel autre, au contraire, aura une dilatation égale, par la durée et par l'importance, à la dilatation par l'atropine. Cette propriété mydriatique lui a fait attribuer des accidents sérieux survenus chez des vieillards et des prédisposés au glaucome. Javal insistait beaucoup sur ce fâcheux inconvénient dans un mémoire présenté en 1886 à l'Académie de médecine, tandis que Grœnow le contestait en 1896 devant la Société d'Heidelberg. L'oculiste doit agir avec beaucoup de prudence quand il constate chez un de ses malades de la tendance à l'hypertonie.

En utilisant pour les injections hypodermiques la solution au centième et pour les instillations la solution au vingtième, on n'observe que très rarement des accidents. Ils peuvent se produire cependant et je me souviens d'avoir été une fois le témoin d'occasion d'une syncope chez un malade qui avait reçu deux instillations de deux gouttes de la solution de cocaïne au vingtième. Aussi, même pour les petites opérations, comme l'ablation d'un corps étranger de la cornée, il est préférable d'opérer les malades renversés ou mieux couchés et d'assurer toujours l'entière liberté des mouvements respiratoires.

Pour éviter l'absorption des collyres par la muqueuse nasale, on a proposé d'ectropionner ou de comprimer le point lacrymal inférieur. Cette précaution, utile quand on fait un long usage d'un collyre — atropine, par exemple, dans le cas d'iritis — a ici peu d'importance. La cocaïne qui pénètre dans les fosses nasales ou qui tombe sur la muqueuse buccale n'a pas de grands inconvénients : elle se révèle seulement par une sensation spéciale qui étonne le malade, mais n'a aucune action nuisible. Avec un peu d'habitude on arrive à n'instiller que les deux gouttes nécessaires et à ne pas laisser tomber l'excédent du liquide sur les joues ou les lèvres du patient.

On doit être sobre des instillations de cocaïne ; deux gouttes instillées à deux ou trois minutes d'intervalle suffisent largement à l'anesthésie de l'œil dans les conditions normales. Si on insiste trop sur les instillations, si on les prolonge sans nécessité, ou si on les fait trop abondantes, on provoque la chute de l'épithélium cornéen, ce qui peut être l'origine de certaines infiltrations. Je soigne en ce moment une dame de quarante ans qui, sur les conseils de son pharmacien, à la campagne, instillait dans son œil droit, six ou sept fois par jour, quatre ou cinq gouttes de solution de cocaïne. Quand je l'ai vue, il y a une douzaine de jours, elle présentait un dépoli cornéen allant jusqu'à l'ulcération dans un endroit. Il est vrai que trois cils déviés à la paupière supérieure étaient la cause première du mal, mais j'estime que la maladie a été entretenue sinon aggravée par ces instillations beaucoup trop fréquentes.

J'ai pour habitude de faire fermer les yeux dès que l'instillation est faite : on pense que l'action de l'air est pour beaucoup dans la desquamation cornéenne consécutive aux instillations de cocaïne.

Pour éviter, dans une certaine mesure, les éraillures du revêtement épithélial, on emploie

assez souvent l'*holocaïne,* dont l'usage serait plus répandu si cet alcaloïde n'était pas aussi toxique.

Quand on redoute les conséquences fâcheuses de l'action vaso-dilatatrice de la cocaïne, on utilise l'*eucaïne* ou la *tropocaïne* qui présente ce double avantage d'agir peu sur l'épithélium cornéen et d'être à peu près sans action sur la pupille et sur la tension intra-oculaire.

L'œdème conjonctival, la réplétion des tissus, diminuent le pouvoir absorbant de la conjonctive pour les solutions anesthésiques. Ainsi s'explique la difficulté de l'anesthésie de l'œil congestionné ou glaucomateux. L'association de quelques gouttes d'une solution d'adrénaline présente l'avantage d'augmenter le pouvoir anesthésique ; on sait que l'adrénaline, en quelques secondes, blanchit l'œil en effaçant les veines qui sillonnent la conjonctive bulbaire.

La chaleur augmente encore le pouvoir anesthésiant de la cocaïne. Bien que l'anesthésie soit très généralement suffsante avec la solution froide, les malades préfèrent de beaucoup les collyres tièdes ; la chaleur atténue l'impression de froid et de contact très désagréables pour l'œil en même temps que l'hyperémie conjonctivale provoquée par les collyres. Il suffit de plonger quelques instants le flacon contenant le collyre dans un bain-marie pour porter le contenu à une température agréable. Par précaution, on appréciera le degré de chaleur en laissant tomber sur le dos de la main une goutte de collyre avant de l'instiller.

Ces détails suffisent à démontrer que si l'anesthésie oculaire ne présente pas de grandes difficultés, elle n'est cependant ni moins difficile ni moins délicate que l'anesthésie locale en médecine ou en chirurgie.

HYDROLOGIE

Un sérum minéral naturel français

La « Fontaine-Salée » de Santenay (Côte-d'Or)

On a trop dit, on a trop écrit que, sous le rapport des eaux chlorurées et sulfatées sodiques, la France cédait le pas à l'Allemagne et à l'Autriche.

Chaque jour nous lisons, dans nombre de revues des articles médicaux qui exaltent à ce point de vue la valeur des eaux minérales étrangères, et dont les auteurs semblent ignorer l'existence des eaux françaises chlorurées et sulfatées sodiques de la *Fontaine Salée de Santenay* (Côte-d'Or).

A moins que la *richesse exceptionnelle en lithine* des eaux de la Fontaine Salée de Santenay, qui à ce titre n'ont pas de rivales en Europe, ait depuis une vingtaine d'années fait oublier le véritable type hydrologique de ces eaux, qui pourtant à notre avis constitue leur particularité la plus intéressante.

Qu'il nous suffise de rappeler aux praticiens que la Fontaine Salée de Santenay a des eaux *froides* (10° au griffon de la source F. Salée) et que leur minéralisation totale est de 9 grammes environ par litre dont :

Chlorure de sodium	5 gr. 50
Chlorure de potassium	0 gr. 19
Sulfate de soude	2 gr. 19

Cette minéralisation chlorurée sodique est celle des eaux de *Kissingen* (5 gr. 20 par litre).

La minéralisation sulfatée sodique est celle des eaux de Carlsbad (2 gr. 37 par litre).

Additionnez ces éléments et vous avez une composition de 7 gr. 88 (*milieu isotonique du sérum sanguin*), ce qui depuis longtemps a fait dire que cette eau était un véritable *sérum minéral naturel.*

Mais ce qui est curieux dans l'association à un pareil degré de ces éléments thérapeutiques puissants, chlorures de sodium et de potassium et sulfate de soude avec le chlorure de lithium (0 gr. 9 par litre), c'est que, malgré la richesse de sa minéralisation, cette eau est excessivement légère à l'estomac, et que non seulement elle est admirablement tolérée, mais elle favorise la digestion comme aucune autre eau minérale ne saurait y prétendre (sérum digestif).

A haute dose, elle provoque des selles abondantes répétées (sérum laxatif), sans aucune colique intestinale, ainsi qu'une diurèse très marquée due à la double action de la lithine et du sulfate de soude.

Du reste, en tenant compte des propriétés physiologiques de chacun des éléments constitutifs de ce sérum minéral, il est exact de dire qu'aucune eau minérale ne s'applique mieux aux troubles de la nutrition ; c'est le véritable régulateur de la nutrition convenant à la fois à l'estomac, à l'intestin (chlorure de sodium et sulfate de soude), au foie et aux canaux biliaires (sulfate de soude) ; aux reins (lithine et sulfate de soude), à la vessie (lithine), au plasma et aux globules du sang (chlorure de sodium et de potassium, lithine).

La Fontaine salée de Santenay n'a donc rien à envier à aucune eau rivale étrangère.

La Source dite « Fontaine Salée » peut se consommer à table, elle est un véritable viatique pour les dyspeptiques hypofonctionnels, atoniques et hypochlorhydriques, et pour les constipés chroniques.

Elle complète avantageusement la cure de Vichy dans toutes les affections du foie et des canaux biliaires, au même titre et mieux que l'eau de Carlsbad. Enfin sa richesse exceptionnelle en lithine l'impose aux goutteux, aux arthritiques et aux calculeux de toutes sortes.

L'ensemble de sa minéralisation en fait l'eau des obèses par excellence, car elle est unique en tant qu'eau de table qui désaltère et équilibre la nutrition par son triple effet, *digestif*, *laxatif* et *diurétique*.

Dr Budan,
de Santenay-les-Bains (Côte-d'Or).

Petite Correspondance de Médecine pratique

Traitement de l'empoisonnement par les champignons.

Permettez-moi de rectifier dans l'intérêt de vos lecteurs l'article paru dans le numéro du 24

septembre, à la « Petite correspondance de Médecine pratique », et relatif à l'empoisonnement par les champignons. Cette question est loin d'être aussi simple que paraît le croire votre correspondant, et malgré tout le respect que je dois à mon maître le professeur Arnozan, je ne pense pas que la poudre de charbon préconisée par lui, d'après l'auteur de l'article, soit douée des propriétés antitoxiques qu'on veut bien lui attribuer, et je crois qu'il serait peut-être dangereux de compter sur son efficacité.

La question de l'empoisonnement par les champignons est très complexe et demanderait de longs développements pour être traitée complètement ; je vais donc essayer, si vous le permettez, d'en faire un résumé aussi bref que possible.

La toxicité des champignons est due à deux substances absolument différentes par leurs propriétés : la phalline et la muscarine.

La phalline, découverte par le toxicologue allemand Kobert, semble être comparable à certaines toxines microbiennes et possède la redoutable propriété de dissoudre les globules rouges du sang. Si l'on considère qu'il n'en faut pas plus de 7 à 8 milligrammes par litre de sang pour en détruire tous les globules, on comprendra que les quelques centigrammes de ce poison contenus dans un seul exemplaire de champignon vénéneux, tel que l'ammanite phalloïde, suffisent à abolir en quelques heures toutes les propriétés vitales du sang d'un être humain.

La muscarine, isolée par Schmiedeberg et Koppe, est un alcaloïde cristallisable qui agit sur le cœur et le tube digestif, mais non sur les globules du sang ; il s'élimine assez rapidement par les urines et par l'intestin, et la quantité ingérée avec les champignons n'est jamais assez considérable pour occasionner des troubles mortels.

Il est facile de concevoir que les symptômes déterminés par ces deux sortes de poison sont absolument différents et le tableau ci-dessous permettra de saisir d'un seul coup d'œil ces différences.

Empoisonnement phalloïdien	Empoisonnement muscarinien
Symptômes tout particuliers.	Symptômes rappelant ceux de l'intoxication alcoolique.
Début après 10 à 12 *heures. Silencieux.*	Début après 1 *à 4 heures. Bruyant.*
Eblouissements, vertiges, *intelligence conservée.*	*Délire* gai ou furieux.
Vomissements et diarrhée *tardifs.*	Vomissements *précoces* et répétés, diarrhée.
Foie gros et très douloureux au toucher.	*Foie normal, non douloureux.*
Urines *rares* et *fortement colorées.*	Urines *supprimées.*
Alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant plusieurs jours.	Amélioration rapide et progressive, *pas de rechutes.*
Affaiblissement graduel et mort.	*Guérison* en deux ou trois jours.

Voici maintenant les grandes lignes du traitement.

Pas de vomitifs, ils sont *inutiles* parce que dans l'empoisonnement muscarinien les vomissements naturels précoces ont débarrassé l'estomac, et dans l'empoisonnement phalloïdien le début tardif des accidents a donné au poison le temps de pénétrer dans l'intestin, et nuisibles parce qu'ils ne font qu'irriter l'estomac, augmenter la douleur et fatiguer le malade.

Donner des purgatifs, de préférence salins.

Si les douleurs intestinales sont très vives, employer l'huile de ricin, les lavements et les cataplasmes laudanisés.

Faire uriner le malade, lait : tisanes additionnées de nitrate, sulfate ou acétate de potasse, ou de bicarbonate de soude.

S'il s'agit d'un empoisonnement phalloïdien avec symptômes graves, injecter une solution physiologique de sérum artificiel.

S'il y a du délire et de l'agitation, administrer des calmants (bromures) jusqu'à effet sédatif. S'il y a de l'abattement, donner des stimulants (éther ou acétate d'ammoniaque).

Combattre les vomissements trop prolongés par des potions antivomitives.

Si le pouls faiblit, soutenir le cœur par des injections de caféine ou de spartéine.

Dr Labat.

Grignols (Gironde), le 27 septembre 1911.

La rupture des membranes au cours de l'accouchement.

Mareuil-sur-Arnon, le 22 septembre 1911.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le dernier numéro du *Concours,* il est question de différents moyens préconisés par M. Garipuy, en vue d'accélérer le travail pendant l'accouchement. Notre confrère conseille, entre autres, la rupture artificielle des membranes dans *certains cas très rares.* Or, dans ma pratique, depuis plus d'un an, je romps les membranes, qu'elles bombent ou non, toutes les fois que la présentation est normale (sans procidence, ou procubitus) et aussitôt le col effacé, c'est-à-dire dès que je suis sûr que le travail est commencé. *A priori,* en effet, la poche des eaux ne peut être qu'un obstacle à la dilatation puisque, durant les 9 mois de la grossesse avec intégrité des membranes, il n'y a pas eu de dilatation ; alors que, toutes les fois que dans le cours de la grossesse la poche vient à être rompue, la dilatation s'ensuit avec ses conséquences (avortement, accouchement prématuré).

Quoi qu'il en soit, ayant eu l'occasion de pratiquer cette rupture, à tous les stades, de la dilatation dans 13 cas, j'ai vu l'expulsion se faire dans tous ces cas en moins de 4 heures.

Agréez, Monsieur le Rédacteur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Camilatos.

N.D. L. R. — Nous persistons, malgré l'exemple de la *série heureuse* de M. le Dr CAMILATOS, à conseiller de n'y recourir que **très exceptionnellement** à cette rupture artificielle des membranes. Les risques pour le fœtus sont plus grands que les avantages pour la mère.

Sur la guérison des verrues

Je lis dans le *Concours* n° 38 deux moyens de guérir les verrues.

Le traitement le plus efficace est à mon avis l'électrolyse et je n'en veux pour preuve que l'observation suivante qui est celle d'un jeune homme de 24 ans qui présentait depuis près de cinq ans, à la face dorsale et à la face palmaire des deux mains, un total de trente-quatre verrues assez volumineuses déterminant une fièvre considérable. Tout avait été tenté avant l'électolyse. En trois séances je pus traiter par l'électropuncture négative vingt-huit de ces verrues : les six autres furent abandonnées à elle-mêmes ; quinze jours après, tout avait disparu et les mains de ce malade ne laissaient voir aucune trace de son ancienne infirmité.

Pour traiter les verrues par l'électrolyse, on emploie des aiguilles que l'on plante dans la tumeur parallèlement à la surface des téguments. Celles-ci sont réunies au pôle négatif d'une source galvanique, le pôle positif constituant le pôle indifférent.

L'intensité doit atteindre 4 à 5 milliampères et la séance dure jusqu'au moment où l'on voit la verrue présenter un aspect bulleux comme une vésicule d'herpès. Une seule séance suffit à moins que la verrue soit trop volumineuse, auquel cas on fait immédiatement une deuxième piqûre.

Au bout de cinq à six jours il se forme à la place de la verrue une escarre qui tombe d'elle-même environ quinze jours après, sans laisser la moindre cicatrice.

Mais l'électro-puncture n'est plus possible lorsqu'il s'agit de verrues planes. Dans ce cas cependant l'électricité est encore le traitement de choix dans l'introduction de l'ion magnésium, suivant la méthode du Dr Lewis Jones qui se résume ainsi : électrode active formée de couches épaisses de coton hydrophile imbibées d'une solution de sulfate de magnésie à 5 % et d'une lame d'étain reliée au pôle positif ; intensité 10 mA ; durée, 15 minutes — Deux à trois séances à huit jours d'intervalle suffisent pour amener la guérison complète.

Le traitement électrique des verrues mérite donc d'être signalé.

Dr J. LABORDERIE,
(de Sarlat).

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place.

Réunion de Nantes

(*Vendredi 7 juillet* 1911).

(*Suite.*)

Nos lecteurs savent, par le compte-rendu du Dr Lafontaine au Syndicat de la Seine, publié au précédent numéro du journal, qu'à peine arrivés de Saint-Nazaire, il nous fallut aider nos camarades devant le Congrès d'assistance de Nantes pour triompher d'une étrange résistance.

Il s'agissait d'ajouter un rouage aux services d'assistance médicale de la loi de 1893 : création de l'infirmière au domicile du malade. Et quand nous réclamions pour les Syndicats médicaux le droit de collaborer à cette étude, il y eut une levée de boucliers de toutes les incompétences qui, s'ajoutant à des vues de généralisation hâtive d'œuvres excellentes qui se croyaient menacées par nous d'on ne sait quoi, nous firent apparaître comme des gêneurs décidés à ne pas concilier l'intérêt public avec le respect des droits et devoirs du médecin. Presque tous nos adversaires se présentaient là en mal de réclame pour quelques organisations particulières qu'ils opposaient crûment les unes aux autres, et quand, n'ayant pas réussi plus qu'eux-mêmes à nous faire une opinion, nous disions : « Nous demandons que les Syndicats médicaux nous aident à la faire », tout ce monde se retournait avec ensemble contre nous ! Médecins administratifs, représentants de l'Académie de médecine, médecins de la Croix-Rouge, philanthropes en chambre de la mutualité, des habitations ouvrières, etc., etc... s'entendaient comme un seul homme pour dénier aux praticiens syndiqués le droit d'exprimer le seul avis qui puisse être donné en connaissance de cause. Nous prîmes le parti d'en rire *lorsque nous eûmes enfin obtenu satisfaction quand même* ; mais il fallut bien nous avouer que c'était pour ne pas en pleurer.

C'est tout chauds encore de cette étrange et ardente discussion que nous eûmes à prendre la parole devant une soixantaine de confrères de Nantes et de la région réunis dans la salle des Sociétés savantes, sous la sympathique présidence du Dr Saquet. Inutile de dire que l'incident du Congrès servit de point de départ à de

vibrants appels à l'organisation et à la pratique du véritable syndicalisme.

Le Syndicat de la Loire-Inférieure a un long et brillant passé. Il a soutenu des luttes mémorables, fourni des hommes dévoués à la défense professionnelle, survécu à de graves divisions : en un mot, il a eu beaucoup d'histoires et, en le constatant, nous faisons son plus bel éloge. Les difficultés surabondent autour de lui. La mutualité a pris à Nantes un énorme développement sous la poussée de grands-prêtres très influents ; l'exploitation des assureurs s'exerce sur un champ considérable que fournissent l'industrie et la marine de commerce ; la politique et la religion divisent les populations en camps presque de même force ; le paupérisme, ici urbain, là rural, ailleurs côtier, met une masse importante de clients sous la tutelle de l'assistance ou des collectivités qui trafiquent des soins médicaux. Il y a aussi, d'autre part, une Ecole de médecine, ce qui, fatalement, crée une sorte de hiérarchie là où le syndicalisme voudrait l'égalité.

Enfin, tandis que Nantes a ses intérêts de grande ville, les arrondissements sont les uns agricoles, les autres maritimes.

Il nous a paru, comme à beaucoup de praticiens de la Loire-Inférieure, que trop d'éléments et d'intérêts disparates se trouvaient réunis dans cet unique groupement pour qu'il puisse espérer, sans déceptions, l'avenir auquel son passé lui donne droit. L'avis de tous ceux qui nous ont entretenus de cette question est qu'il y aurait lieu de créer un syndicat par arrondissement, au moins, et de grouper le tout en Fédération départementale. L'activité syndicale s'exercerait alors dans chaque zone sur les points qui préoccupent spécialement celle-ci ; elle y provoquerait des solutions adéquates aux besoins locaux, aux indications bien connues et sur lesquelles on est d'accord entre praticiens voisins. La Fédération aurait vite fait, ensuite, d'unifier assez les formules pour les adapter aux services départementaux, en même temps qu'elle stimulerait les groupes retardataires par l'exemple des groupes plus avancés. Tout le monde gagnerait à cette division du travail et à cette saine concurrence de syndicats autonomes bataillant avec cohésion pour des intérêts identiques.

A Nantes même, le Syndicat a mené avec vigueur le bon combat, depuis quelques années surtout, en faveur du libre choix. Le Dr Saquet, usant des consultations réitérées du « Sou médical » et des invites énergiques de Diverneresse, a fait donner par le Syndicat d'utiles leçons judiciaires aux assureurs de la loi-accidents. Nos confrères en profiteront s'ils ne rencontrent pas d'adversaires de la bonne cause au sein du nombreux corps médical nantais. En tout cas, chez nos camarades de là-bas, on persiste dans la défense active, sans jamais se décourager. C'est montrer qu'on a vraiment le tempérament syndical.

La journée si bien remplie par le Congrès et les deux conférences de St-Nazaire et de Nantes se termina par une agréable petite réunion de famille.

Autour du président Saquet, et au milieu d'une quinzaine des plus dévoués syndicalistes nantais, nous fêtâmes, à table, le Dr Lande, ce vétéran des revendications professionnelles dont nous avions récemment appris la brillante élection à la présidence de l'A. G. Ce fut Mignen d'abord, qui, lui, parla du syndicalisme médical naissant, associant aux souvenirs de cette époque son confrère Gouin (de Montaigu) aussi présent à la réunion, puis les noms de Cézilly, Gibert, Gassot, Maurat, Noir, etc... Lande, dans sa réponse, compléta l'énumération en s'appesantissant sur la mémoire et les mérites de Porson et en portant la santé de Saquet et des syndiqués de la Loire-Inférieure. Puis, les jeunes, par les voix chaudes et persuasives de R. Lafontaine et P. Boudin, nous définirent le syndicalisme médical de demain marchant non plus par l'entraînement de quelques dévoués, mais sous l'inspiration de sa force résultant de l'initiative et du concours de tous. Au milieu des applaudissements qui accueillirent les toasts de nos jeunes camarades, on but aux succès futurs de l'Union des Syndicats médicaux établie sur des bases nouvelles et traduisant les aspirations des syndiqués plutôt que celles de quelques dirigeants inamovibles.

Nous garderons le meilleur souvenir de notre tournée apostolique en Bretagne.

Dr Jeanne.

(A suivre.)

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE ET DE LA MUTUALITÉ MÉDICALES

Encore la retraite médicale

Cette question de la retraite médicale intéresse nombre de confrères, j'en ai la preuve dans les réponses que me valent les quelques lignes que j'ai publiées dernièrement.

Le Dr C. m'écrit :

Serez-vous entendu ? Serez-vous lu seulement ? Je ne connais pas l'esprit du corps médical ailleurs, mais j'ai apprécié l'état d'âme de nos confrères de ma région. Nous sommes 135 ; quelques-uns tiennent le haut du pavé, mais nombreux sont ceux qui rentrent dans la catégorie du prolétariat médical : je serais curieux de savoir combien parmi eux seront entraînés par vos sages conseils.

Le plus difficile, je le sais, c'est qu'un premier se décide : les autres suivent plus facilement l'exemple, une fois qu'il est donné. Je sais aussi que certains n'osent pas souscrire la retraite de 360 fr., retenus qu'ils sont par une sorte de fausse honte. Qu'ils écoutent pourtant le Dr C... lorsqu'il ajoute :

Si vous connaissez des confrères qui trouvent ridicule une pension de 360 fr. pour un médecin, ces confrères sont probablement parmi les jeunes qui ne connaissent pas encore la valeur de l'argent et voient la vie à travers un prisme doré. Mais un vieux praticien compte que 360 francs représentent un franc par jour, et ce franc n'est pas à dédaigner par celui qui a peiné toute la vie pour ramasser une rente quotidienne trois ou quatre fois plus forte, s'il y arrive.

Jeunes confrères qui croyez encore que la médecine couvre d'or, que du moins elle fait vivre son homme, écoutez ceux qui ont dû renoncer aux mêmes illusions, soyez prévoyants : la pension que vous vous constituerez pour vos vieux jours sera toujours la bienvenue, qu'elle comble le déficit du budget ou qu'elle permette une petite douceur supplémentaire.

Voilà ce qu'il faut dire et répéter sans cesse dans les réunions professionnelles ; c'est à cette seule condition qu'on décidera les premiers adhérents, ceux qui oseront donner l'exemple et que les autres suivront.

Quelques-uns objectent : j'aurai une pension par ailleurs ; — tant mieux, confrères, puissiez-vous en recevoir de plusieurs côtés divers ! Mais pensez que certaines des œuvres auxquelles vous avez pu adhérer ne sont pas à l'abri de quelques aléas et ne dédaignez pas la pension solide, assurée, que par vos économies vous vous serez constituée vous-mêmes. Souscrivez la retraite que vos ressources actuelles vous permettent, vous augmenterez plus tard si vous en avez la possibilité ; rappelez-vous d'ailleurs que cinq versements vous évitent la déchéance et, si le malheur vous empêchait de continuer, ils vous assurent une pension proportionnelle au capital que vous aurez ainsi constitué.

Ecoutez encore le Dr M... :

Pour un médecin sans fortune, il faut un rude effort si l'on veut, en outre des frais journaliers de subsistance, s'assurer une vieillesse tranquille. Ma santé est bonne actuellement, j'espère arriver au but ; mais une chose m'encourage aussi, c'est la certitude de la retraite proportionnelle aux versements effectués quand on a fait cinq années.

Le Dr B..., de son côté, écrit :

Je souscris cinq parts pour moi et cinq parts pour ma femme, combinaison P, contre-assurées. C'est le mode de faire qui me paraît le mieux répondre à mes besoins avec le maximum de garanties. Je ne vous cache pas que ce qui me décide, c'est que vos combinaisons reposant sur les calculs d'un actuaire donnent toute sécurité d'avenir — les organisations qui ne sont pas basées sur ces calculs et n'établissent pas les réserves mathématiques peuvent, à leurs débuts, paraître florissantes : elles n'en sombreront pas moins fatalement au jour venu.

C'est en effet pour nous une règle absolue de soumettre nos comptes et nos statistiques à l'inventaire périodique d'un actuaire qui nous renseigne sur les conditions de notre fonctionnement et nous indiquerait, le cas échéant, les modifications statutaires à introduire. Il ne faut pas que la sécurité des premiers adhérents s'obtienne au détriment des sociétaires futurs.

Beaucoup de confrères ont demandé et demandent encore des renseignements à notre secrétaire général Mignon (Le Vésinet, Seine-Oise) ; qu'ils ne laissent pas passer ce dernier trimestre de 1911 sans constituer leurs dossiers. Janvier est le bon moment pour adhérer, c'est le mois le plus facile pour le paiement des cotisations.

A. Gassot.

ÉCONOMIE DOMESTIQUE

Enquête sommaire sur les conditions économiques de la vie du médecin français,

Par J. Noir.

(*Suite et fin.*)

III. — Etablissement du minimum de dépenses du médecin célibataire en France. (*Moyenne établie par les chiffres de notre enquête.*)

Des données que nous avons précédemment exposées ci-dessus, nous pouvons, comme conclusion, fixer ainsi les frais obligatoires du médecin praticien en France estimés aussi bas que possible, mais pouvant lui permettre d'exercer normalement sa profession :

Loyer	670 fr.
Impôts	210 fr.
Domestiques	1.190 fr.
Chevaux et voitures	1.250 fr.
Alimentation, vêtements, entretien	2.000 fr.
Assurances et frais divers	600 fr.
Total	5.920 fr.

Soit un total en chiffres ronds de 6.000 francs qui s'élève à 8.000 francs si le médecin fait usage d'automobile.

Or, en nous basant sur le calcul du Dr Chapon, le médecin devrait songer à récupérer les frais de ses études supérieures après le baccalauréat, frais qu'il estime pendant 7 ans à 250 fr. par mois. Ce chiffre est loin d'être exagéré si on estime que l'étudiant devra, avec ces 250 fr., pourvoir à son alimentation, ses vêtements, son logement, ses livres, ses frais d'inscriptions et d'examen. Le total de ces frais d'études médicales s'élève donc à 21.000 francs.

Il devra aussi songer à amortir ses frais d'installation que le Dr Chapon évalue à 5.000 francs pour Paris, les Drs Vidal et de Rouanet à la même somme pour Castres, et que nous considérerons comme un minimum même pour la campagne, car si un médecin rural peut plus facilement diminuer ses frais d'installation qu'un médecin de ville, il est le plus souvent tenu à faire l'achat d'un cheval et d'une voiture.

Enfin, il n'est pas douteux que le praticien nouvellement installé ne pourra arriver sans de

très dures privations à boucler son budget les 3 ou 4 premières années qu'il exercera.

Le Dr Chapon estime ces pertes, pour Paris, à 12.700 fr. ; les Docteurs Vidal et de Rouanet, à 6.000 francs pour Castres, le Dr Dejace, de Liége, qui a fait pour la Belgique le même travail que le Dr Chapon, estime à 8.000 francs, cette perte du début. Nous admettrons comme moyenne en France les chiffres de Castres, car nous savons qu'un médecin arrive beaucoup plus rapidement à se faire connaître en province ou à la campagne qu'à Paris.

Il faudra donc tenir compte dans les dépenses annuelles du médecin des sommes suivantes à amortir :

Frais d'études	21.000 fr.
Frais d'installation	5.000 fr.
Pertes subies au début	6.000 fr.
Total	32 000 fr.

Selon le chiffre de son patrimoine, le médecin aura fait des dettes ou pris sur sa propre fortune pour se procurer ces 32.000 fr., il faut qu'il les rembourse en en payant les intérêts et ceci en 25 années, ce qui représente un exercice normal de la la médecine durant 30 ans, car passé ce délai, la fatigue, les infirmités ou l'âge diminueront fatalement ses recettes. Nous devrons donc définitivement établir ainsi notre budget :

Totalité des frais du médecin	6.000 fr.
Intérêt à 4 % des capitaux engagés (32.000 fr.)	1.280 fr.
Amortissement de ces capitaux en 25 ans	1.240 fr.
Total	8.520 fr.

Soit en chiffres ronds 8.000 *francs*, en tenant compte de la diminution progressive des intérêts des 32.000 francs de capital engagé au fur et à mesure que ces capitaux sont amortis.

Il est donc nécessaire qu'un médecin célibataire arrive à gagner, 4 ou 5 ans après son installation, 8.000 *francs* (ou 10.000 francs, s'il a recours à l'automobile), ce qui porte les recettes nécessaires de sa journée à 22 *francs* ou 25 *francs*.

Or, pour arriver à couvrir ces dépenses, le praticien fait à la campagne des visites à domicile, honorées, quand elles le sont, de 1 fr. 50 à 3 francs et donne des consultations à 1 fr. ou 2 fr. L'indemnité kilométrique est, en général, de 0 fr. 50 par kilomètre parcouru ; ce chiffre s'élève à 0 fr.60, 0 fr. 75 et même 1 fr. dans quelques très rares régions montagneuses difficilement abordables. Mais, souvent, il tombe à 0 fr. 25, 0 fr. 20 et même 0 fr. 00 quand le médecin prend l'habitude de faire des tournées régulières où il offre ses soins à tous venants sauf à rentrer parfois bredouille le soir.

Dans certaines régions encore, le médecin n'a pas de tarif, il prend 3 fr. pour aller ici, 4 fr. pour aller là, 5 fr. pour ailleurs, sans même se rendre compte des distances, sans établir ses honoraires sur une base logique et équitable. Nous devons reconnaître aux Syndicats médicaux le mérite d'avoir à peu près fait disparaître cet état de choses qui persiste encore dans quelques cantons, notamment dans l'Est.

IV. — La situation actuelle du médecin praticien. Comment fait-il pour vivre ? Quelques citations de nos correspondants.

Nous avons pris comme type du budget des dépenses du praticien celui d'un célibataire pour baser nos appréciations sur des données moins sujettes à des exagérations d'interprétation, mais la grande majorité des médecins est formée de gens mariés et pères de famille. En supposant que, loin d'être une source de dépenses, la femme du médecin, pourvue de toutes les qualités domestiques, soit un puissant facteur d'économie, les frais sont, du fait d'une famille peu nombreuse (un ou deux enfants en bas-âge), augmentés au moins d'un tiers et le total de 8.000 et 10.000 francs, passe à plus de 10.500 et 13.000 fr. Or, nous ne croyons pas être démenti, si nous affirmons que la moitié des médecins praticiens ne parviennent pas à ces chiffres en recettes.

Il reste une notable partie de nos confrères qui ne couvrent pas leurs frais. Comment vivent-ils ?

Les uns, petits propriétaires ou petits rentiers, vivent sur leur patrimoine ; leurs revenus et ceux de la dot de leur femme servent d'appoint aux ressources qu'ils tirent de leur profession, quand ce ne sont pas les honoraires qu'ils touchent qui constituent l'appoint de leurs revenus. S'ils sont assez riches, ils exercent trop souvent en amateurs, déprécient les tarifs, et, tout en affectant un bon garçonnisme qui les rend populaires et les fait traiter de « brave homme », ils font un tort considérable aux confrères qui tirent uniquement leurs ressources de leur profession. Et c'est bien autre chose s'ils sont piqués de la tarentule politique, ils exercent alors gratuitement et se surmènent pour accroître leur popularité.

Les praticiens qui n'ont aucune fortune sont obligés de restreindre leurs dépenses en s'imposant les plus dures privations.

« Nous sommes tenus de vivre en partie sur les légumes d'un jardin que je cultive moi-même, aidé de ma femme et de ma domestique », nous écrivait un confrère du Nord-Ouest.

« Le médecin sans fortune ici est un miséreux « qui vit très péniblement. Un quart de la po- « pulation est inscrite sur les listes de l'Assistance, « médicale gratuite et se montre fort exigeante », nous affirme un confrère du département du Nord, de la région même où l'Assistance payait hier et peut être encore aujourd'hui 5 fr. et 6 fr. les accouchements dystociques.

Un médecin très aisé du centre nous avoue que maintenant que son fils est étudiant en médecine à Paris, il sera tenu d'attaquer ses minces réserves.

Un de nos correspondants d'une grande ville du Midi nous fait remarquer qu'il y existe des médecins « qui tirent le diable par la queue, qui remplacent leur domestique par une ardoise où les clients viennent eux-mêmes inscrire leur adresse. »

« Ce n'est qu'avec des prodiges d'économies que la famille du médecin arrive à tenir honorablement son rang dans les petits postes de campagne », dit un praticien bourguignon.

« Je me demande comment peuvent boucler leur budget certains confrères de la campagne, nous écrit un de nos amis de la région lyonnaise, les riches viennent consulter à la ville, les pauvres également, mais à l'hôpital ».

D'autres se plaignent de l'encombrement.

Un médecin qui exerce dans une région très riche, pas très éloignée de Paris, nous écrit : « Les besoins ici comme partout ailleurs ont augmenté en raison inverse des ressources et je proclame très haut que la situation du médecin à l'heure actuelle, tant à la campagne qu'en ville, devient de jour en jour plus lamentable. L'encombrement est devenu tel que la profession, si belle que je n'en connais de plus noble, ne nourrit plus son homme ou le nourrit mal. Tel chef-lieu de canton, qui comptait un médecin il y a dix ans, en a trois aujourd'hui. Les nouveaux venus sont entrés dans l'arène, la bourse plate et les dents longues. Le fils de l'instituteur ou le neveu du curé, alléchés par les promesses d'un clan politique, riches de leur seule peau d'âne, sont venus réclamer leur droit à la vie, pensant représenter un capital social dont ils ne croyaient pas que le rendement fût si faible.

« Je considère que dans notre région les heureux de la profession gagnent 10.000 à 12.000 francs et les dépensent largement ».

Aussi certains confrères expérimentés signalent l'automobile comme un fléau pour les jeunes médecins. En nous donnant les renseignements, un médecin du Cher ajoute : « De ce tableau, il ressort nettement que l'auto, qui permet aux médecins de goûter un peu de repos et de vivre la vie de famille, est, lorsque les besoins de la clientèle ne la réclament pas impérieusement, une cause de dépenses considérables.

« Et je vous signalerais en passant ce fait que si nombre de jeunes confrères ont les dents si longues, cela provient de ce qu'ils s'installent avec une auto (je conviens d'ailleurs qu'ils ne peuvent guère faire autrement) et que cette auto les entraînent à des dépenses exagérées. Ils calculent leurs recettes non pas sur les possibilités de la clientèle, mais sur les frais qu'ils sont obligés de faire ».

« L auto est la ruine des médecins », conclut un de nos plus estimés confrères du Centre, qui, à force de travail et d'économie, est parvenu à se faire une situation enviable et à assurer ses vieux jours dans un pays assez misérable.

Enfin, pour terminer, donnons, par les deux lettres suivantes, une idée exacte de la situation qui attend ceux qui ne sont pas des favorisés du sort.

« Depuis longtemps, nous écrit un vieux médecin qui nous prie de respecter son anonymat, j'ai envoyé au diable cheval et voiture qui me coûtaient bon an mal an 1.000 fr. et me rapportaient annuellement 400 francs. J'ai habitué les clients à me venir chercher en voiture, la nuit ; le jour ma bicyclette me suffit largement. Enfin, quand il fait très mauvais le jour et que la distance est longue (ce qui est excessivement rare), je loue une voiture. Dire qu'il y a 25 *ans* que je trime. . . . *sans être assuré du lendemain,* tandis que tous les marchands de bœufs et de veaux de la région se sont en ichis ! Voilà la triste vie du médecin de campagne, et je crois que beaucoup sont dans mon cas, mais n'auront pas la franchise de le dire. Je dépense plus que je ne gagne, voilà le plus plus clair ».

Et le budget total de ce brave homme, qui vit avec sa jeune fille, est réduit par un prodige d'économie, à 3.820 *francs*.

Voici, enfin, une partie de la lettre d'un vieux confrère du Midi qui, lorsque nous étions président du Syndicat des médecins de la Seine, nous croyant une influence politique, nous écrivait en nous priant de le recommander pour un poste que hélas ! il n'aurait pu remplir :

« Je suis le doyen du Corps médical de X., 70 ans, j'ai subi beaucoup d'infortunes et j'ai des charges de famille trop fortes pour mon âge.

« Je serais heureux si, par votre intervention directe ou indirecte et prompte en même temps, je pouvais être nommé à ce poste qui est un poste de repos ».

70 ans ! et en manière de retraite avoir des charges de famille à supporter ! N'est-ce pas là, à la fin de cette enquête, une triste conclusion ?

Si nous avons écrit ces résultats décevants, c'est d'abord pour mettre nos futurs confrères, les étudiants en médecine, à l'abri de trop d'illusions, c'est pour inviter les jeunes médecins à compter et les habituer à dresser soigneusement leur budget ; c'est pour engager tous nos confrères à établir sur des base équitables, mais suffisantes, leurs tarifs d'honoraires ; c'est enfin pour montrer à tous que le salut ne peut venir que d'une étroite entente, du développement du mouvement syndical et de la prospérité de nos œuvres de Prévoyance.

Qu'il nous soit permis de remercier, en terminant, nos confrères et amis, les Drs Chapon, de Fourmestraux, J. Treille, Mouchet, Prunet, Charrade, Chabrut, Mazand, Cha bonnier, Thirard, Boivin, Boucher, Condamy, Héry, Delthil, Patel, Bauzon, Sarda, Caillaud, V. Parant, Bousquet, Pipet, Bardon, J. Armand, Roche, Brun-Bourguet, Bagarry, Foata, Seney, Maurat, Boudin, Diverneresse, Decourt, Lepaître, Ch. Vidal, C. et F. de Rouanet, Mallet, Manesse, Bombart, Vallat, Rachet, Viel, Duchemin, Barbanneau, Dupont, Gauthier, Billon, Perchet, Suttel, Mosnier, Delbès, Thadée et un certain nombre d'autres qui désirent garder l'anonymat. Ce sont eux qui, par leurs renseignements précis et leur correspondance, donnent quelque intérêt à cette enquête.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Comment est respectée la loi du 9 avril 1898 ? Sans-gêne patronal

Je ne puis m'empêcher de raconter l'histoire fantastique suivante d'un accident de travail :

Le 27 juillet dernier, un jeune garçon de 14 ans, mon voisin, était blessé pendant le travail.

Je le visitai quelques heures après l'accident. Il avait une plaie contuse, par écrasement de la face palmaire et l'ongle à demi arraché du médius de la main droite ; je dus faire l'ablation de cet ongle dans le cours du traitement qui dura 14 jours.

Il y avait eu, en même temps, écrasement de l'ongle de l'annulaire avec épanchement sanguin sous-unguéal, épanchement qui suppura (je ne constatai cet épanchement qu'après la déclaration de l'accident).

Ce n'est que par des bains antiseptiques pris chaque jour chez moi, pendant une demi-heure avant le pansement, que les deux doigts furent conservés ; mais, une expertise faite aujourd'hui encore montrerait que l'ongle n'est pas entièrement remplacé et combien mes soins ont été attentifs.

Le jeune homme ne m'avait pas apporté de déclaration du patron constatant l'accident ; mais j'avais confiance en lui que je connaissais.

Après la consolidation, il vint me prier de faire mes notes d'honoraires et d'objets de pansements que, disait-il, son patron lui réclamait.

Je les lui remis (elles s'élevaient à 32 fr. d'honoraires et à 10 fr. 95 de pansements : eau oxygénée, coton, bandes et ouate.)

Le patron dit au blessé : « Je t'offre 5 fr. (cent sous) pour tout cela ». J'allai le voir et lui dis :

« Monsieur, un jeune homme du nom de X... était-il bien employé chez vous ? A-t-il bien été employé et blessé ici ? — Oui, me dit-il, il a été bien employé et blessé ici ; mais il n'a pas voulu se faire visiter par mon médecin. — Mais, dis-je, ce jeune homme était mon voisin, il m'a choisi comme médecin selon son droit, et rien ne vous a empêché de le faire visiter en ma présence. » Récriminations du patron, réponses de ma part.

Le lendemain, j'adressai une demande en conciliation à ce monsieur 2, rue N. et il se fit représenter. Je ne m'y étais pas rendu et avais envoyé une personne à ma place, à qui on remit un permis de citer.

Mardi 19 septembre, avant de citer, j'envoyai un jeune homme demander à M. Y. s'il était toujours dans les mêmes dispositions et s'il ne voulait pas payer. Il répondit à la personne : « Dites au docteur que je consens à lui payer les objets de pansements, mais pas les honoraires, et il ajouta : Il ne faut pas me citer ici, mon domicile est 146, av. M...

Je le citai à cet endroit et me présentai à la Justice de Paix, le 22, à 2 heures.

Après avoir attendu 2 heures mon tour, je me présentai à la barre et là, le représentant de M. Y..... que j'avais déjà beaucoup entendu, un avocat qui me paraît très occupé auprès du tribunal, dit en substance :

« Monsieur le Juge de Paix, nous récusons non seulement l'affaire, mais nous réclamons reconventionnellement 25 fr. de dommages-intérêts pour citation injustifiée (ici un mot plus désagréable), M. le Docteur M. nous ayant appelé une première fois rue de N. et une seconde fois 146, av. M., ce qui prouve que M. Merlier ne sait pas à qui il s'adresse.

J'eus beau faire observer à M. le Juge de Paix la mauvaise foi de M. Y.

Je lui dis même : « Mais, M. le Juge de Paix, M. Y... s'est présenté en conciliation. — Oui, me répondit ce dernier, c'était son devoir par respect pour la justice » (ceci ressemblait un peu à un reproche de ne m'être pas présenté en conciliation), et, s'adressant à l'avocat si occupé, représentant de M. Y.... :

« Tout de même, vous n'allez pas me faire rendre un jugement reconventionnel ? » Et alors de me dire : « Qu'objectez-vous ? M. Y. n'est que le représentant d'une Société ; ce n'était pas lui que vous deviez assigner ; renseignez-vous donc, Monsieur ».

Je sortis du Tribunal, un peu abasourdi, bien qu'accoutumé à d'aussi triste reconnaissance des soins donnés aux ouvriers et j'attends le jugement reconventionnel.

Passant pour rentrer chez moi devant la demeure de M. Y...., j'entrai chez lui, et lui demandai à qui je devais m'adresser pour cet accident de travail et il me remet aujourd'hui une feuille à l'en-tête suivant :

Société des.....

Capital : .... francs.

Siège social : *rue Z... Paris.*

Entrepôts : 2, rue N......

Dr Merlier,
de Paris.

SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux du Conseil d'Administration

des 7, 14, 21 *et* 28 *septembre* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après :

MM. les Docteurs :

2412 Moulin, à Cannes-Monestiès (Aude).
2413 Perrin, à Voiron (Isère).
2414 Despujols, à Barsac (Gironde).
2415 Cesbron, au Fuilet (Maine-et-Loire).
2416 Garasse, à Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise).
2419 Laurent, à Ecueillé (Indre).
2420 Brion, à Bondy (Seine).
2421 Allembert, à Aunay-sur-Odon (Calvados).
2423 Lapeyre, à Nîmes (Gard).
2424 Pouyaud, à Périgueux (Dordogne).
2425 Fabignon, à Clermont (Oise).
2426 Dacheux, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
2427 Lenègre-Thourin, à Paris, 101, rue St-Dominique.
2428 Maheux, à Doudeville (Seine-Inférieure).

— Le Dr S, a été condamné à 100 francs d'amende pour outrages à un magistrat dans l'exercice de ses fonctions, dans les circonstances relatées en tête du no 37 du *Concours médical.*

Cette affaire étant d'intérêt général, le Conseil accorde au Dr S. son appui pécuniaire en appel en laissant toutefois à sa charge les frais de première instance, parce que son adhésion au « Sou médical » a été postérieure à la naissance de l'affaire.

— M. le Dr M. ayant appliqué à un blessé du travail des courants de haute fréquence, demande si le « Sou » le soutiendra pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, non prévus au Tarif Dubief.

Le Conseil estime que, suivant la règle, son adhérent devra agir à ses risques et périls en justice de paix, sauf au « Sou médical », à intervenir pécuniairement, s'il y a lieu, devant la juridiction supérieure.

— L'adversaire du Dr H. dans le procès en responsabilité médicale qu'il a gagné, étant insolvable, l'avoué du Dr H. réclame le paiement de ses frais, qu'il n'a pu recouvrer. L'adversaire du Dr H. avait obtenu l'assistance judiciaire.

Le Conseil ordonnance le paiement de ces frais s'élevant à 353 fr. 75.

— Le délai de quatre mois après le dépôt de son mémoire étant expiré, sans réponse de la commune, le Dr R. demande *l'appui pécuniaire* pour saisir le Conseil d'Etat de sa demande en paiement de la subvention qui lui était allouée, pour assurer le service médical de la commune de B.

Le Conseil décide d'accorder au Dr R. l'appui pécuniaire demandé.

— Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr V, de la somme de 12 francs, coût des copies de 2 jugements condamnant un patron à payer des honoraires aux médecins pour soins donnés à l'hôpital à des blessés du travail.

CORRESPONDANCE

A propos du Congrès d'Assistance de Nantes.

Monsieur le Directeur et honoré confrère,

Vous avez publié dans le dernier numéro du *Concours* un compte rendu du Congrès d'assistance de Nantes présenté par M. le Dr Lafontaine.

Je ne viens pas vous en offrir un autre et n'entends pas davantage discuter les appréciations de notre confrère. Je désire seulement faire une rectification.

M. Lafontaine dit : « Avec une légère modification, notre ordre du jour fut adopté et les conclusions du rapporteur repoussées ».

Il eût été plus exact de dire que l'ordre du jour des représentants du Syndicat de la Seine a été adopté avec une telle modification qu'il était entendu que les Syndicats médicaux n'étaient plu seuls à donner leur avis dans l'enquête proposée et que l'administration demeurait juge de ce qu'elle aurait à faire à ce sujet. Ensuite les conclusions du rapporteur n'ont pas été repoussées par ce fait bien simple qu'elles n'ont pas été mises aux voix.

Je ne pouvais pas, comme rapporteur et ayant quelque expérience des réunions de ce genre et des surprises qui s'y rencontrent, exiger la mise aux voix de conclusions que je ne présentais qu'avec une très grande réserve, alors surtout qu'une question préjudicielle était posée et qu'une demande d'enquête générale était formulée.

Mon insistance eût été, en pareille matière, ridicule, car on m'eût accusé d'avoir la prétention de trancher d'un coup une question encore toute nouvelle et qui pouvait mériter un examen complet et plus étendu.

Le triomphe du délégué du Syndicat a donc été facile, en ce qui me concerne. Mais, ainsi que le dit M. Lafontaine, les revendications du Syndicat ont été assez mal accueillies dans ce milieu familiarisé avec les questions philanthropiques et qui a nettement fait comprendre que les Syndicats médicaux n'ont pas seuls qualité pour préparer des lois sociales.

Je n'en veux pas dire davantage pour l'instant, j'y reviendrai peut-être ailleurs, la question est intéressante. Mais j'ai pensé que vous ne refuseriez pas à un très vieux membre du *Concours médical* une rectification nécessaire.

Agréez, Monsieur le Directeur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

Dr DROUINEAU.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DE LA CHAPELLE-LA-REINE (Seine-et-Marne)

18 juillet 1911

M. RIHOUET, juge de paix

Accident du travail. Le médecin traitant est seul juge de l'opportunité du déplacement du blessé.

Attendu que le Dr Duquet réclame, conjointement et solidairement à Bougenot et Chazet la somme de 36 fr. 10 pour soins donnés ; attendu que Chazet et Bougenot ont déposé des conclusions tendant à ce que nous leur donnions acte de leur offre de 28 fr. 90 pour solde des honoraires du Dr Duquet et tendant au rejet du surplus de la demande principale ; attendu qu'il résulte de ces conclusions que *les défendeurs prétendent que l'accidenté, atteint d'une légère blessure à la main, aurait pu se rendre à la consultation et que c'est à tort que le Dr s'est rendu au domicile du blessé* ;

Mais attendu qu'il résulte des explications données à l'audience par le Dr Duquet qu'il a jugé utile de se rendre au domicile de l'acciden-

té certains jours en raison de l'état de santé de ce dernier ;

Attendu que Chazet conteste cette déclaration du Dr Duquet ;

Attendu que cette contestation du chef d'entreprise ne repose sur aucun motif sérieux ;

Attendu que Chazet se base, pour contester l'opportunité de ces visites à domicile, sur le fait que le blessé ayant pu se rendre certains jours à la consultation, il aurait pu s'y rendre toutes les fois ;

Attendu encore qu'à l'appui de ses conclusions, Chazet nous a cité un arrêté ministériel de 1905 en vertu duquel le blessé doit se rendre à la consultation s'il le peut ;

Attendu qu'un arrêté ministériel ne peut modifier les dispositions de la loi, que d'ailleurs cet arrêté ne détruit pas le pouvoir d'appréciation du médecin qui reste seul juge, en l'état de le jurisprudence, de l'opportunité des visites à domicile ;

Qu'il résulte enfin des déclarations du blessé qu'il se trouvait dans un état fiévreux et dans l'impossibilité de se déplacer ;

Attendu qu'aucun motif d'intérêt ne peut être allégué contre le Dr Duquet qui a appliqué le tarif Dubief et qui certainement, étant donnés le temps perdu et les frais de transport, aurait eu plus d'intérêt à faire venir le blessé à sa consultation si un motif d'humanité ne s'y était opposé;

Qu'au surplus le chef d'entreprise avait le droit, au cours du traitement, d'user de la faculté que lui donne l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 de faire nommer un expert par le juge de paix ; qu'il ne l'a pas fait et qu'il *est trop tard aujourd'hui* que la blessure est consolidée, pour qu'un expert puisse constater si les visites à domicile étaient utiles ou non ;

Par ces motifs :

Condamnons Chazet et Bougenot à payer au Dr Duquet la somme de 36 fr. 10.

Honoraires pour soins donnés dans un hospice à un pensionnaire payant

Nous recevons la lettre suivante :

« Mon cher confrère,

« J'ai plaisir à vous envoyer la copie d'un jugement rendu en audience du 8 septembre 1911 par M. Boullay, juge de paix à Bellême.

Il s'agissait d'un malade que j'avais fait entrer à l'hospice de Bellême comme malade payant lorsqu'il était en traitement chez lui, et qui, une fois sorti de l'hospice et guéri, me refusait le paiement des soins donnés pendant son séjour au dit hospice.

Or le règlement de l'hospice était muet sur la question et j'avais lu dans le *Concours Médical* que l'on ne doit pas réclamer d'honoraires aux malades payants d'un hôpital — *en droit* — si le règlement ne le spécifie pas.

Le Président de la Commission de l'Hospice qui est maire, conseiller général et député m'avait répondu « qu'à son sens l'administration hospitalière n'avait nullement qualité pour intervenir dans le différend ».

Je suis donc allé devant le juge de paix qui m'a donné raison malgré une pression honteuse.

Le Président de la commission de l'Hospice qui est maire (naturellement), conseiller général et député (voir plus haut) n'a même pas hésité en tant que maire à délivrer au client un certificat d'indigence, produit à l'audience pour me faire échec, alors qu'il avait reçu ce même client en tant que Président de la commission administrative comme malade payant à l'hôpital ! !

Je ne doute pas que vous ne publiiez ce jugement dans le *Concours* sans oublier d'apprécier, comme il convient, l'attitude sage et indépendante du juge de paix.

J'ai trouvé en outre (à défaut d'autres plus timorés) un confrère courageux dans la personne du Dr Chamouset, mon collègue ici, qui n'a pas hésité à me prêter son appui devant le tribunal.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Boutron.

JUSTICE DE PAIX DE BELLÊME (Orne).

8 septembre 1911.

Juge de Paix : M. Boullay.

Le médecin d'un hospice a le droit de réclamer des honoraires pour soins donnés à un pensionnaire payant, alors que le règlement de l'hospice n'interdit pas cette réclamation.

Attendu que la demande de M. le Dr Boutron, médecin à Bellême, formée par exploit de Me Boissel, huissier à Bellême, en date du 19 juillet 1911, avait pour but d'obtenir contre M. P., rentier à Bellême, condamnation à une somme de 59 francs pour soins et visites, intérêts et dépens.

Attendu qu'à notre audience du 21 juillet 1911, M. le Dr Boutron a maintenu les conclusions de sa *demande ; M. P.* a soutenu qu'étant entré comme pensionnaire payant à l'hospice de Bellême au prix de 50 fr. par mois, il ne devait à M. le Dr Boutron que la somme de 20 fr. pour soins et visites à domicile qu'il a offerte et ne devait pas les 39 fr. pour soins et visites donnés pendant son séjour à l'hospice, qu'il n'avait jamais réclamé spécialement les soins du Dr Boutron, que celui-ci était venu à l'hospice de sa propre initiative sans être demandé par lui et il a persisté, déclarant que c'était au Dr Boutron à faire la preuve qu'il l'avait fait demander personnellement ;

Attendu que M. le Dr Boutron a répliqué que M. P., entré comme pensionnaire à l'hospice de Bellême, l'avait fait demander spécialement plusieurs fois d'urgence et qu'il était en mesure d'en justifier ; que pendant le cours de son séjour à l'hospice il lui avait fait 13 visites à 3 fr. soit 39 fr. qui, ajoutés aux 20 fr. reconnus et déjà offerts, forment un total de 59 fr. qui lui sont légitimement dus et dont il réclame condamnation ; M. le Dr Boutron a ajouté que M.

le Dr Liégeard, auquel il a succédé, M. le Dr Chamousset et lui se sont toujours fait payer des pensionnaires par eux soignés à l'hospice de Bellême, que c'est un usage constant, qu'il en est de même aux hospices de Mortagne et de Laig'e ; que d'ailleurs le règlement de l'hospice de Bellême n'interdit pas aux docteurs médecins de Bellême de se faire payer par des pensionnaires solvables, et qu'il est en mesure de justifier ses allégations ;

Attendu que les parties étant contraires en fait et que leurs allégations sont de nature à être prouvées, nous avons, par notre jugement interlocutoire du 21 septembre 1911, appointé M. le Dr Boutron à prouver par témoins que M. P. l'a spécialement demandé pour le soigner à l'hospice de Bellême, la preuve contraire ayant été réservée à M. P. ;

Attendu qu'à notre audience du 4 août 1911 M. le Dr Boutron a fait citer 2 témoins.

1° M. le Dr Chamousset, médecin à Bellême, qui, sous la foi du serment, a déclaré qu'il s'est toujours fait payer par les malades pensionnaires qu'il a soignés à l'hospice de Bellême, ayant les moyens de payer ; que. d'ailleurs, M. Besnard, ancien juge de paix de Bellême, a rendu à son profit un jugement dans ce sens, il s'agissait de M. G., malade à l'hospice de Bellême ; il a déclaré, en outre, avoir fait payer un autre malade, H., de Courcerault ; qu'il a également été payé par un sieur F., demeurant commune de Saint-Martin-du-Vieux-Bellême, ces derniers pensionnaires à l'hospice ;

2° M. Jules Lebrun, infirmier à l'hospice de Bellême, qui a *déclaré sous la foi du serment* qu'il était allé 2 ou 3 fois, de la part de la sœur Louise, de Bellême, demander M. le Dr Boutron pour aller soigner M. P., et cela de la part de ce dernier, lui a dit la sœur Louise.

Attendu qu'il résulte clairement de l'enquête :

1° Qu'il est d'un usage constant que les pensionnaires malades aisés paient les médecins par eux spécialement demandés ;

2° Que M. le Dr Boutron a été spécialement demandé par M. P., ce qui était formellement dénié par ce dernier ;

Attendu que M. P. a produit deux certificats, dont les signatures dûment légalisées, concernant deux pensionnaires de l'hospice de Bellême qui ont reçu les soins des médecins et qu'il ne leur a jamais été rien demandé ;

Attendu que ces certificats ne peuvent détruire les faits établis par l'enquête ;

Attendu que si les hospices communaux sont autorisés à recevoir des pensionnaires payants à des conditions arrêtées, les médecins chargés du service de l'hospice pour une somme minime prêtent leur art à l'œuvre de charité pour lequel l'hospice a été créé et à laquelle il doit être uniquement destiné, le devoir de ces médecins envers l'hospice ne saurait s'étendre au-delà de l'engagement qu'ils ont pris de secourir les indigents, les pauvres, les malheureux, d'où la conséquence qu'ils ne sont pas obligés de soigner gratuitement les pensionnaires payants, surtout, comme dans la circonstance, lorsqu'ils sont spécialement demandés par le malade ;

Attendu qu'il résulte de la jurisprudence constante que les pensionnaires des hospices, lorsqu'ils ne sont pas des indigents, doivent payer les médecins ou chirurgiens qui leur ont donné des soins et surtout lorsqu'ils ont été spécialement demandés par eux, que notamment un arrêt de la Cour de cassation, du 22 mars 1909, confirmant un jugement de la justice de paix de la Loupe du 4 février 1908, a de l'analogie avec l'affaire qui nous est soumise ;

Attendu que si M. P. n'est pas dans une situation de position aisée, il ne doit pas être considéré comme indigent ;

Attendu que les 39 fr. réclamés par M. le Dr Boutron à M. P. pour prix de 13 visites à l'hospice de Bellême ne sont pas exagérés, que c'est le tarif normal, que les 20 fr. demandés pour les soins donnés au domicile de M.P. ne sont pas contestés puisqu'il sont offerts ;

Pour ces motifs :

Nous, Juge de Paix, statuant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort, condamnons M. P. à payer à M. le Dr Boutron la somme de 59 fr. qu'il lui doit pour les causes sus énoncées, avec intérêts de droit et en plus, les dépens.

VARIÉTÉS

L'absentéisme.

Notre distingué confrère le Dr DEJACE, rédacteur en chef du *Scalpel*, de Liége, publie dans son journal l'article suivant qui montre bien que la mentalité des médecins belges ne diffère en rien de celle des praticiens français :

Une affection ayant tous les caractères d'une endémie sévit sur notre corps médical. Elle n'est pas spéciale à notre pays, puisque les journaux professionnels et les dirigeants d'associations la signalent un peu partout, et partout où elle sévit, elle provoque une manière d'anémie professionnelle, d'asthénie et d'aboulie.

Cette maladie, dénommée absentéisme, paralyse les meilleures volontés chez ceux qui ont volontairement et bénévolement accepté la charge de diriger les groupements professionnels, parce que sa répercussion s'exerce plus sur les sociétés que sur les individus.

On a pu écrire : *Les Belges pensent en bande* ; l'auteur de cet aphorisme n'a certes pas pu viser les médecins, car, là même où il est indispensable de penser « en bande », le médecin d'ordinaire s'abstient ; à peine flaire-t-il le vent.

Chose inexplicable et paradoxale, ce sont précisément des médecins réputés comme disposant de peu de temps, qui savent le mieux trouver les heures à consacrer au travail professionnel et à la préparation des débats.

Consultez les procès-verbaux des Syndicats et Unions professionnelles et vous verrez les mêmes

noms figurer sur ces documents et très souvent ces dévoués, ces fidèles, se rencontrent dans la catégorie des médecins auxquels l'appui d'une association est peu utile. Par devoir, par souci d'altruisme, par sentiment de confraternité, ils tiennent à consacrer une partie de leur temps à l'étude des questions professionnelles, à l'amélioration des conditions de la vie médicale, à la sauvegarde de notre commune dignité.

Lorsqu'une Association médicale se fonde et groupe les médecins d'une même région, nous assistons au début à une sorte d'enthousiasme débordant. Chacun se félicite des contacts amicaux et fréquents destinés à s'établir entre confrères. On jette un regard énergique sur le champ à retourner. On suppute sans crainte les efforts à réaliser. On est uni, quoi ! Tout va marcher.

Une année se passe, marquée par l'inévitable piétinement des débuts, et voilà déjà, non pas encore les signes du découragement, mais les symptômes de l'indifférence, de la lassitude.

Le docteur X. ne s'intéresse qu'au règlement des rapports entre médecins et mutualistes ; le jour où l'on s'occupera dans son Syndicat des accidents du travail, il estime n'être pas tenu à assister aux réunions. Le docteur Z. a consenti, par confraternité, à donner son adhésion à l'Union professionnelle ; mais voilà, il ne partage pas les opinions du bureau sur certaines questions, et claque les portes et ne veut plus rien savoir. Le docteur Y. trouve que l'Union ne fait rien. Ces gens, dit-il, parlottent, tranchent, décident... en théorie, mais voulez-vous me citer un résultat acquis ?

Pauvres étourneaux qui ne se rendent pas compte qu'eux seuls, par leur isolement, leur absentéisme, sont les principaux facteurs de l'indigence des actes.

Et c'est ainsi que bon nombre de sociétés médicales, ayant connu parfois de brillants succès, après avoir traversé des périodes de lutte tenace et rude, s'affaiblissent, s'anémient, ne vivent plus que du zèle de leur bureau.

Est-il besoin cependant de rappeler les triomphes remportés par les associations médicales où un groupement serré des médecins donne aux décisions prises en commun l'autorité et la force nécessaires ?

Admettons bien que les bureaux des Unions professionnelles fassent, si pas toute, au moins la grande partie du travail de préparation des séances, débattent en petit comité les questions à traiter, mûrissent les décisions et engagent les pourparlers inévitables.

Encore est-il que ces bureaux doivent puiser leur énergie dans un consensus général et rencontrer l'approbation de leurs pairs dans les assemblées générales.

Comment concevoir l'attitude d'une Union laissant peser non seulement le poids, mais la responsabilité morale du travail, sur un petit groupe de médecins avec lesquels les adhérents perdent contact, les uns par insouciance, les autres par indifférence ?

L'absentéisme aux assemblées générales des Unions professionnelles est un manque d'égards envers les confrères assez dévoués pour accepter la lourde charge de la direction ; elle est une faute professionnelle dont les conséquences atteignent fatalement le corps médical.

Certes, nous admettons bien la matérielle impossibilité de réunir, à la même heure et dans un même local, tous les médecins d'une région, mais il n'est pas toujours indispensable d'assister personnellement à une séance.

Si, dans la même localité, tous les médecins ne peuvent abandonner leurs fonctions en même temps, une simple lettre d'adhésion à l'ordre du jour, voire une lettre d'excuse, ou, ce qui vaut mieux, une critique raisonnée des propositions en discussion, remplacera l'absent involontaire, affirmera sa solidarité professionnelle, donnera au bureau un appui moral.

Les convocations touchent les adhérents d'un Syndicat, le mieux est qu'ils donnent signe de vie et ne se désintéressent pas des travaux communs.

Voici la Fédération médicale Belge transformée en Fédération des Unions médicales reconnues, c'est vers elle que vont converger les énergies mises au service de la cause médicale. Il faut que la Fédération puisse, avant d'arrêter des mesures intéressant le corps médical de tout le pays, être sûrement et sérieusement documentée.

Lorsqu'elle adressera un questionnaire, mettra une question à l'étude en la soumettant à l'examen des Unions affiliées, elle doit pouvoir, après analyse des réponses, rédiger une formule et affirmer que tel est l'avis de la majorité du corps médical.

Aussi est-il urgent d'employer tous les remèdes pour combattre le mal de l'absentéisme, mal énervant et paralysant.

Les médecins ont tout à gagner dans l'habituelle fréquentation des séances confraternelles. C'est au cours de causeries amicales, de contacts permanents, que tombent souvent les préventions injustifiées et que s'adoucissent les inévitables froissements de la plus délicate des professions.

Il suffit de descendre en sa propre conscience pour s'avouer parfois l'injustice de certains ressentiments contre tel ou tel confrère, d'après une simple conversation. N'y eût-il dans les séances des Unions professionnelles que cet unique bénéfice moral, encore serait-il assez grand pour condamner l'absentéisme. Mais, à l'heure actuelle, nous avons beaucoup plus à attendre de nos réunions et de nos discussions.

Nous avons acquis la preuve que le service de santé, si intelligemment dirigé par M. Velghe, aspire à marcher d'accord avec les médecins dans les grandes questions de sanitation publique, de législation, etc.

En revanche, le service de santé a le droit de s'entourer de certaines garanties de bonne entente.

S'il entend la voix du corps médical, s'il l'écoute avec toute bienveillance, il doit pouvoir compter sur le concours de toutes les bonnes volontés. La Fédération médicale, émanation autorisée du corps médical, sera le porte-parole des médecins belges auprès des autorités gouverne-

mentales, sa voix puisera son autorité au sein de toutes les Unions professionnelles... à la condition que celles-ci parlent elles-mêmes au nom de tous les adhérents.

En dehors des grandes questions médico-sociales dont on prévoit la solution, il y a, pour les Unions professionnelles, un vaste programme de réalisations plus immédiates ne pouvant s'exécuter en dehors d'un concours volontaire et général des membres.

Rien de stable et de certain ne peut être réalisé sans le travail commun des médecins et leur adhésion consciente aux mesures arrêtées. Encore une fois, l'absentéisme exercera une influence néfaste en énervant l'autorité de décisions prises en petit comité, dont la masse n'a pas le suffisant respect.

Bien des médecins redoutent encore l'action disciplinaire des Unions professionnelles. Que signifie le mot discipline, sinon l'ensemble des lois et règlements régissant le corps médical dans ses relations professionnelles !

La discipline médicale est une formation éducative ; l'esprit de discipline fera la force de nos Associations.

L'ennemi principal de la discipline est l'absentéisme. Ne confondons pas action disciplinaire avec mesures disciplinaires. Un médecin loyal n'a pas à s'inquiéter de mesures qui ne sont pas faites pour lui.

Ce qu'on lui demande, c'est son concours, et surtout pas d'absentéisme.

Dr J. DEJACE.
(*Le Scalpel*, 25 juin 1911.)

BIBLIOGRAPHIE

La jurisprudence générale et la législation de la médecine-pharmacie

Cet ouvrage est conçu avec beaucoup de clarté, et les recherches y sont faciles pour tous.

La première partie se compose de la jurisprudence, c'est-à-dire des jugements ou arrêts se rapportant tous sans exception à des questions médicales ou pharmaceutiques.

Les auteurs ont centralisé dans cette partie, toutes les décisions judiciaires sans exception, intéressant chacune de ces professions et publiées depuis 15 ans (1895-1910 inclus) dans toutes les revues judiciaires de Paris et des départements.

C'est dans près de 100 publications judiciaires, dont le lecteur trouvera la nomenclature en tête de l'ouvrage, que les recherches ont été faites avec le soin le plus minutieux et de la façon la plus complète.

Au nombre de ces publications judiciaires se glissent quelques rares journaux médicaux, parmi lesquels nous pouvons dire que le *Concours médical* tient très largement la première place par le nombre et l'intérêt des décisions judiciaires que les auteurs de l'ouvrage analysé y ont relevées.

La deuxième partie de l'ouvrage se compose de la législation médicale et pharmaceutique.

Un fort volume grand in-8° de mille pages environ. Prix : **20 francs net**. Editeur : Le Directeur du *Recueil Phily*, 9, rue Bertin-Poirée, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Ecole française de stomatologie.** — L'ouverture de l'Ecole française de stomatologie (2e année) aura lieu le lundi 16 octobre prochain.

Nous rappelons que l'École donne son enseignement aux étudiants en médecine ou aux médecins désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie (maladies de la bouche et des dents, prothèse, etc...)

Pour l'inscription et tous renseignements, s'adresser au docteur Beltrami, directeur-adjoint, au siège de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

— **Maladies cutanées et syphilitiques.** — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu sous la direction de M. le professeur Gaucher, du lundi 16 octobre au lundi 18 décembre 1911, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, soit le matin, soit l'après-midi, à 2 heures et à 3 h. 1/2 de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des *médications* usuelles (frotte, douches, électricité, scarification, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront *être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.*

Programme et répartition des cours. MM. Gaucher : Lésions élémentaires de la peau. Médication hydro-minérale. — Bar : Syphilis et grossesse. — Balzer : Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — Castex : Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — André Broca et Zimmern : Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse. — Hudelo : Gale. Prurit et prurigo. Lichens. Pityriasis. — Morestin : Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée. — Gastou : Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve : Farcin. Actinomycose. Purpura. — Emery : Chancre mou. Traitement de la syphilis. — Milian : Histologie de la peau normale. Syphilis tertiaire : Syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. Parasyphilis : Neurasthénie. Paralysie générale. Tabès. Laboratoire : Bacilles de la lèpre, de la tuberculose ; bacille du chancre mou ; treponema pallidum, examen ultra-microscopique. — Terrien : Syphilis oculaire. — Lacapère : Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire. — Cathelin : Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme. Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — Paris : Zona. Laboratoire : Sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux.

Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Sérodiagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde. — Rostaine : Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes. — Louste : Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balano-posthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus. — Fouquet : Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses. — Touchard : Sclérodermie. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose. — Desmoulière : Matière médicale dermatologique.— Druelle : Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique. — Claude : Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année, le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre. Le droit à verser est de 150 francs.

— Institut des Bègues de Paris. — Le Dr Chervin, directeur de l'Institut des Bègues de Paris (82, avenue Victor-Hugo) reprendra ses cours le 16 octobre. S'inscrire à l'avance, tous les jours de 1 h. à 2 h.

— Concours. — Un concours pour les emplois de trois *chefs de clinique titulaires* et de trois *chefs de clinique adjoints d'obstétrique* s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 octobre 1911, à 9 heures du matin.

Conditions du concours.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, jusqu'au 30 septembre 1911. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 20 novembre 1911, un concours public pour une place de *médecin adjoint* de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative des hôpitaux ; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Badouillère, à Saint-Etienne.

— Un concours sera ouvert à Alger, le lundi 12 février, pour un emploi de médecin adjoint des hôpitaux d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Service médical de colonisation en Algérie. — Un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation sera ouvert, le 13 novembre 1911, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (Office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des Facultés ou Ecoles de médecine.

Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes qui correspondent à des traitements variant entre 3.000 et 6.000 francs. (Voir *Agenda-Memento du Praticien* page 26.)

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, 2e bureau, du gouvernement général de l'Algérie.

Les demandes d'admissions au concours devront parvenir au gouvernement général avant le 13 octobre 1911.

— Service de l'Assistance Médicale en Indo-Chine. — Un examen pour l'admission à l'emploi du médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine s'ouvrira à Paris le 11 décembre 1911.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au ministère des colonies (service du personnel, 2e section), en joignant à leur demande d'admission les pièces énumérées aux articles 3 et 4 de l'arrêté du 23 décembre 1909. (Voir *Agenda-Memento du Praticien*, page 35).

La liste d'inscription sera close le 11 novembre, au soir.

Un avis adressé aux candidats admis à subir les épreuves, dans les huit jours qui précèdent la date fixée pour l'examen, leur fera connaître le lieu où ils doivent se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Les candidats réunissant les conditions requises pour bénéficier de la majoration de points prévue à l'article 9 de l'arrêté précité du 23 décembre, devront joindre à leur demande un certificat dûment légalisé ou un diplôme justifiant leurs titres.

Arrêté ministériel du 22 septembre 1911. — Art. 1er. — L'article 3 de l'arrêté du 23 décembre 1909, déterminant les conditions dans lesquelles seront subies les épreuves probatoires imposées par le décret du 23 octobre 1909 aux docteurs en médecine candidats à l'emploi de médecin stagiaire dans les services d'assistance en Indo-Chine est modifié comme suit :

Art. 3. — . . . .

2° S'il a plus de trente ans au 31 décembre de l'année de l'examen, à moins qu'il ne compte des services antérieurs lui permettant d'obtenir de la caisse des retraites des services locaux de l'Indo-Chine, à cinquante-cinq ans d'âge, une pension pour ancienneté de services.

Art. 2. — Les dispositions du présent arrêté ne seront applicables qu'à compter de l'année 1912.

L'allaitement artificiel aux temps antiques. — Des découvertes récentes ont montré qu'il remonte à l'âge de la pierre polie. Quand l'homme eut appris à fabriquer des vases, des mères ont utilisé cette découverte pour se soustraire à l'obligation de donner le sein à leurs enfants. Un petit biberon intact a été ramassé par Nicaise dans un des puits funéraires néolithiques de Tours-sur-Marne. On en a découvert d'autres dans les sépultures gauloises de Jonchery et les arènes gallo-romaines de la rue Monge, à Paris.

Ils tiennent, près des squelettes de nouveau-nés, la place qu'occupent, près des squelettes d'adultes et de vieillards, les poulets, les côtelettes de mouton et les râbles de lièvre, dont on voit les débris osseux sur des plats ou dans des patères d'or, d'argent ou d'électron.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-troisième année. | N° 42 | Dimanche 15 OCTOBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une leçon pour les Médecins Praticiens. — Le Dispensaire-hôpital du Havre. — La nécessité de la Coopération.

Mécontents de voir leurs camarades blessés à la merci des compagnies d'assurances, ne voulant être astreints au contrôle de personne, fût-ce de la municipalité, les ouvriers syndiqués du Havre viennent de fonder avec leurs propres ressources un dispensaire-hôpital. L'Union des Syndicats ouvriers du Havre a été chargée de mener à bien cette création. Chaque Syndicat a fourni à l'œuvre commune une somme proportionnelle à l'importance de ses réserves. Si les chauffeurs n'ont versé que 10 francs, les graniliers 15 francs, les charbonniers 25 francs, en revanche, les couvreurs, les terrassiers, les métallurgistes, les huiliers-pétroliers, les camionneurs ont donné chacun 500 francs, les mouleurs 600 francs et les ouvriers du port 1.000. Une somme de 10.000 fr. a été ainsi immédiatement recueillie. En outre, chaque syndiqué s'est engagé à augmenter de 0 fr.50 sa cotisation semestrielle, soit 1 fr. par an, et, avec ces ressources, a été organisé le dispensaire-hôpital que dirige le Dr Houdeville et où tous les syndiqués et leur famille ont accès.

Cette fondation dans aucun cas ne doit faire œuvre commerciale ; elle prélèvera seulement les sommes nécessaires à son bon fonctionnement et à son amélioration.

Enfin, fait que nous sommes heureux de signaler, le dispensaire sera, dans la mesure la plus large possible, ouvert aux médecins de la ville qui y voudront soigner leurs malades ouvriers, *syndiqués* ou *non syndiqués*. Les non-syndiqués, bien entendu, seront tenus de fournir une contribution peu élevée, mais représentant dans une équitable mesure les frais engagés par les syndicats dont ils ne font pas partie.

Voilà un bel exemple de solidarité, de vrai libéralisme et d'indépendance que nous vou-

drions bien voir à l'actif de nos Syndicats médicaux. Voilà de l'action syndicale utile, de l'action directe dans la vraie, dans la bonne acception du mot.

Depuis près de quinze ans, nous ne cessons de répéter : « Médecins, défendez-vous vous-mêmes. Au lieu de vous lamenter contre les abus d'hospitalisation, au lieu de gémir contre les dispensaires d'assurances et les cliniques ouvrières, de demander l'intervention du bras séculier, sous forme de règlement et de lois nouvelles qui ne seront pas exécutées ou seront interprétés contre vous, faites de la coopération, associez-vous, créez des hôpitaux payants dont le seul bénéfice commercial sera de sauvegarder votre clientèle. Dans ces hôpitaux, où, si vous le voulez bien, les malades seront mieux soignés que dans les institutions de l'Assistance, vous pourrez établir le libre choix, bénéficier d'un outillage spécial, chirurgical, mécanothérapique, électrothérapique, radiothérapique, de laboratoires, etc., de toutes choses, en un mot, qu'il est impossible au médecin isolé de se procurer. Vous pourrez trouver à côté de vous des aides instruits, des compétences spéciales ; faire du vrai et de l'utile enseignement de perfectionnement mutuel et pratique ; étendre le champ de votre action pour le plus grand bien de vos malades et à votre propre profit. »

Depuis quinze ans au moins, avec beaucoup d'autres, nous ne cessons de prêcher ces idées d'entente et de coopération.

Vox clamat in deserto. Si de rares confrères nous répondent, c'est pour nous objecter : « Qui fournira l'argent nécessaire ? »

Car les médecins ne sont pas capables d'économiser pendant quelques années sur leur budget, les sommes minimes qui les empêcheront demain de mourir de faim, et il faut que les débardeurs, les maçons, les couvreurs, les marchands de quatre-saisons, du Havre leur montrent ce qu'avec un peu de solidarité, on peut faire dans le domaine médical.

Toute tentative de ce genre de coopération médicale un peu étendue a échoué jusqu'ici devant la méfiance générale, devant l'envie légendaire et incurable de quelques-uns qui parlent de « petit commerce », chaque fois qu'on projette une entreprise honnête et utile. Ainsi, nous voyons à Paris notre confrère Pamart se débattre au milieu des difficultés sans nombre suscitées par des confrères, lorsqu'il veut essayer de laisser à l'initiative et au bénéfice des médecins l'organisation de postes de secours, que, dans leur crainte de toute initiative, d'autres veulent faire accaparer par les fonctionnaires de la Préfecture de police.

Ainsi encore les membres du Concours qui habitent Paris oublient que la Société dont ils font partie a sa maison de santé modèle à la rue du Sergent-Hoff.

Qu'ils le veulent ou non, les médecins viendront à la coopération ; ils y viendront contraints et forcés. Déjà, les constatations faites par nos amis Jeanne et Boudin au cours de leur voyage dans l'ouest de la France montrent que des tentatives sérieuses sont faites dans cette voie en province.

Mais à Paris, comme dans nos grandes villes, où trop souvent l'individualisme du médecin reste féroce et sa jalousie invétérée, la réforme ne se fera que le jour où l'Assistance, la mutualité, les assureurs, les organisations ouvrières et patronales auront, par nécessité, créé les établissements sanitaires que le corps médical aurait dû instituer, et, ce sera, poussés par la misère, que les praticiens finiront par se convaincre qu'on ne peut exercer la médecine aujourd'hui comme on le faisait il y a un siècle. Espérons qu'alors il ne sera pas trop tard, et que la profession médicale n'aura pas encore été frappée d'une irrémédiable déchéance (1).

J. Noir.

(1) Un confrère avec qui je m'étais entretenu du dispensaire du Havre, m'écrit que rien ne pourrait sans doute empêcher les médecins syndiqués du Havre d'augmenter, pour les besoins de leur clientèle ouvrière et lui faciliter le libre choix, le nombre de lits du dispensaire-hôpital du Havre. Il suffirait sans doute d'une subvention et d'un traité avec le nouveau dispensaire. Et ajoute le même confrère, si le Syndicat des médecins de la Seine parvenait, après entente avec les syndicats ouvriers, à créer une organisation semblable, quelle amélioration dans le budget de la plupart des praticiens qui le constituent ?

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE CHIRURGICALE

Sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

Par le Dr André Chalier,

Prosecteur à la Faculté de Lyon.

Dans un article récent du *Concours médical*, le Dr J. de Fourmestraux s'est fait le défenseur des opération thyroïdiennes dans la maladie de Basedow et a condamné les interventions sur le sympathique cervical. « Il ne semble pas, dit-il, qu'un succès définitif ait couronné les efforts des chirurgiens qui, pour éviter les accidents de thyroïdisme aigu post-opératoire, ont attaqué le goitre exophtalmique loin du goitre ». Nous allons montrer, au contraire, en nous basant sur la statistique même de M. le Prof. Jaboulay, le promoteur de la méthode sympathique, que celle-ci est capable de donner non seulement de longues survies, mais même des guérisons définitives.

La statistique de M. Jaboulay comprend ac-

tuellement 31 observations, soit 23 femmes opérées de 17 à 66 ans, et 8 hommes, opérés de 19 à 37 ans. Nous spécifions bien que, dans aucun cas, il ne s'est agi de goitre basedowifié. En dehors de 3 cas représentant des formes frustes de la maladie de Basedow, toutes les autres observations concernent des *goitres exophtalmiques vrais et typiques*, la plupart traités médicalement sans succès (1).

L'OPÉRATION DE CHOIX, celle qui a été pratiquée chez la plupart des malades, c'est la *résection partielle du sympathique cervical*, comprenant le ganglion supérieur et les deux ou trois premiers centimètres du tronc qui le continue.

La résection étendue, préconisée par Herbet, est plus longue, sans avoir plus d'avantages. Quant à la résection totale du sympathique cervical, telle que la réalise Jonnesco, elle constitue une opération longue, difficile et grave ; elle expose à des hémorragies artérielles et à l'infection du cul-de-sac pleural, à la blessure du phrénique et du pneumogastrique. La résection partielle sera de préférence pratiquée *des deux côtés* et exécutée, suivant les cas, en *une* ou *deux séances*.

La TECHNIQUE en est des plus simples pour qui connaît son anatomie du cou et procède avec méthode. Elle se résume ainsi :

1er *temps : incision des parties molles*, le long du bord *postérieur* du sterno-mastoïdien, depuis la mastoïde jusqu'au relief de la jugulaire externe obtenu par la compression de ce vaisseau en aval. On ouvre la gaine du sterno-mastoïdien et on récline fortement ce muscle en avant.

2e *temps : recherche du paquet vasculo-nerveux.* — On aperçoit alors la jugulaire interne, plus ou moins masquée par des ganglions ; on la récline en avant ; le pneumogastrique apparaît sous la forme d'un cordon nerveux blanc et régulier. Le sympathique sera cherché à la partie moyenne ou inférieure de la plaie, contre l'aponévrose prévertébrale. On le reconnaîtra à sa situation, à sa coloration gris rosé, à son petit calibre et à ses flexuosités.

3e *temps : isolement et résection du ganglion supérieur.* On dénude peu à peu le nerf en le suivant vers le haut ; on ne tarde pas à apercevoir le pôle inférieur du ganglion cervical supérieur ; on est dès lors assuré de ne pas commettre d'erreur ; on isole ce ganglion le plus haut possible ; on sectionne le tronc nerveux à 2 ou 3 centim. au-dessous ; on saisit avec une pince le bord supérieur du nerf coupé, et on tire sur lui pour tendre, arracher ou sectionner aux ciseaux les branches afférentes et efférentes du ganglion.

Malgré la vaso-dilatation de la région, on a peu d'hémostase à faire ; on termine par une suture purement cutanée au crin de Florence.

Quels sont les résultats de cette opération ?

Au point de vue des RÉSULTATS OPÉRATOIRES, la résection partielle du sympathique, telle que nous venons de l'exposer, est de *la plus absolue bénignité*. Depuis 1900, M. Jaboulay a eu un seul cas de mort post-opératoire, due à une hypertrophie du thymus, impossible à prévoir et à éviter. Cette opération est certainement plus rapide, plus sûre et plus méthodique que la thyroïdectomie.

Les RÉSULTATS ÉLOIGNÉS sont des plus encourageants. D'après la statistique de M. Jaboulay, plus de 71 p. 100 des malades guéris opératoirement ont eu une survie de plus de quatre ans ; neuf opérés vivent encore après 12 et 14 ans. L'opération est donc susceptible de *longues survies* : c'est, par conséquent, qu'elle arrête, ou guérit la maladie de Basedow. Et, de fait, nous avons pu retrouver plusieurs cas de *guérisons complètes, durables, définitives*. C'est ainsi, pour nous en tenir à un seul exemple, particulièrement démonstratif, que nous avons présenté récemment à la Société de médecine de Lyon (séance du 20 mars 1911) une *ancienne basedowienne opérée le 19* janvier 1897 par la méthode de Jaboulay : depuis son opération, elle s'est mariée et a donné naissance à 3 enfants bien portants ; elle tient actuellement un magasin de chaussures et travaille beaucoup sans la moindre fatigue. Elle se montre très reconnaissante de l'opération qui lui a été faite, et avant laquelle, dit-elle, la vie n'était pas tenable. Aujourd'hui, le cou est réduit à son volume normal, le goitre a disparu ; les yeux ont un éclat et un relief normaux ; la vue est excellente ; le tremblement n'existe plus ; le cœur est calme, régulier, sans palpitations. Enfin, l'état général est parfait ; toute manifestation, objective ou subjective, du nervosisme ancien a complètement disparu.

A côté des malades qui ont retiré de l'opération le bénéfice maximum, et chez lesquels la guérison est absolue et définitive, il en est qui ont vu persister, soit un peu de goitre ou d'exophtalmie, soit une certaine tendance à la tachycardie ou aux palpitations. Mais ce ne sont plus des basedowiens ; ils peuvent effectuer des travaux pénibles et mener une vie active, sans être obligés de suivre le moindre traitement. En un mot, si, théoriquement, ils ne sont pas guéris d'une façon intégrale, *leur amélioration est telle qu'elle équivaut* pratiquement à une guérison. C'est au moins, sur cette énorme amélioration, objective et *subjective*, que peut compter le chirurgien en s'adressant à la méthode sympathique ; elle est plus que suffisante, croyons-nous, pour justifier l'intervention.

Contrairement aux données physiologiques courantes, nous n'avons jamais observé le moindre trouble trophique du côté des yeux ou de la face. Bien mieux, la vision a souvent été améliorée.

En ce qui concerne le sexe, les résultats sont bien meilleurs, d'une façon générale, chez la femme que chez l'homme. On sait d'ailleurs que, toutes choses égales, le pronostic global de la maladie de Basedow est beaucoup plus grave chez l'homme que chez la femme.

INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS. — Il va sans dire que, pour être efficace, la sympathicectomie ne doit pas être faite chez tous les base-

(1) Nous renvoyons, pour le détail de ces observations, à un long mémoire actuellement en cours de publication dans le *Lyon chirurgical* (juillet, août, septembre et octobre 1911).

dowiens. En dehors même des cas où la thyroïdectomie peu lui être préférée, comme dans les maladies de Basedow avec goitre volumineux et symptômes oculo-cardiaques atténués, il est des malades qui comportent l'abstension de tout traitement chirurgical. Ce serait une lourde faute que d'élargir, outre mesure, les limites de l'opérabilité des goitreux exophtalmiques. Autant il faut être prudent et en général s'abstenir chez les basedowiens arythmiques, albuminuriques, cachectiques, etc., autant on agira efficacement en *opérant précocement*. Contrairement à Lenormant, nous ne croyons pas que les cas légers appartiennent au seul traitement médical. Ce sont eux précisément qui peuvent donner les résultats les plus rapides et les plus complets, sans que le malade encoure un bien grand risque. Pourquoi perdre du temps, à la période où la curabilité par l'intervention peut être considérée comme certaine, et pourquoi exposer le basedowien à des tentatives thérapeutiques qui pourront sans doute réussir, momentanément du moins, mais qui pourront aussi aboutir à des échecs, retardant ainsi l'opération et diminuant par cela même les chances du succès définitif ?

ACTUALITÉS MÉDICALES

Ostéomyélite de l'enfance

Récemment, M. le Dr OMBRÉDANNE a consacré deux leçons cliniques à l'intéressante question des ostéomyélites aiguës, chroniques et prolongées.

« Les différentes variétés d'ostéomyélite ressortissent presque toujours, sinon toujours, à une infection microbienne se développant dans la moelle osseuse et formant des abcès intra-osseux et sous-périostés.

Leur division en mécaniques, toxiques, infectieuses est donc non avenue.

Quant à les classer par leurs agents spécifiques, la chose semble difficile, le plus souvent, vu la multiplicité de ces derniers.

Néanmoins, il en est quelques-unes étiologiquement bien définies et bien groupées.

Certaines sont tributaires du tréponème (syphilis osseuses) ; d'autres, du bacille de Koch ; d'autres encore du bacille d'Eberth ; mais la véritable ostéomyélite, c'est l'ostéomyélite aiguë due au staphylocoque doré, et quelquefois au streptocoque, au pneumocoque, au tétragène, etc. L'ostéomyélite est surtout fréquente au printemps et à l'automne, chez les jeunes gens de 13 à 17 ans plus souvent que chez les filles.

Le diagnostic n'est pas facile dans bien des cas.

Le rhumatisme articulaire aigu, si l'examen n'est pas très attentif, pourra vous faire croire à une ostéomyélite ou inversement. Rappelez-vous que la douleur maxima, dans cette dernière, siège au niveau du cartilage de conjugaison, tandis que dans le rhumatisme, elle est surtout prononcée à la hauteur de l'interligne articulaire. — Les mouvements de l'articulation, vous pourrez les obtenir sans trop de douleur chez les ostéomyélitiques, surtout au début de leur affection ; vous ne pourrez les tenter chez les rhumatisants, en raison des douleurs atroces que vous déterminerez.

L'ostéomyélite staphylococcique est plus douloureuse que la streptococcique.

La staphylococcique atteint une température très élevée, mais son ascension, tout comme sa descente, se fait de façon progressive. — La streptococcique est moins hyperthermisante, mais la montée thermique est plus brusque ; plus rapide aussi est la chute. Elle est plus théâtrale, plus tapageuse, paraît au début beaucoup plus grave, mais les symptômes généraux ne tardent pas à s'amender. Elle retentit plus fréquemment sur les articulations, elle est plus portée à faire des arthrites suppurées. Faut-il ajouter que les ostéomyélites des nouveau-nés sont de nature streptococcique bien plus fréquemment, vu que c'est la mère qui infecte son enfant ?

Le staphylocoque donne lieu beaucoup plus souvent que le streptocoque à la formation de séquestres et d'hyperostoses.

Les ostéomyélites d'origine pneumococcique sont beaucoup plus rares que les deux premières : leur pus est très épais, crémeux, verdâtre. La température s'y élève vite, tombe de même ; n'est-ce pas l'allure du pneumocoque ? Elle retentit sur les articulations voisines plus volontiers encore que l'ostéomyélite streptococcique ; comme toutes les affections tributaires du pneumocoque, elle guérit aisément.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'évolution régulière de l'ostéomyélite aiguë franche, dite des adolescents. »

A côté de ces formes aigües d'ostéomyélite, il en est qui sont d'emblée, initialement, subaiguës ; il en est aussi qui, après une courte période d'acuité, diminuent d'intensité et continuent leur évolution de façon moins bruyante.

« Leurs symptômes sont absolument les mêmes que ceux des ostéomyélites aiguës (douleurs au niveau des cartilages de conjugaison, tuméfaction osseuse, fièvre, etc.), mais ces symptômes et la température sont moins accentués qu'au cours de l'ostéomyélite aiguë.

Les formes atténuées d'emblée, les formes subaiguës de l'ostéomyélite sont parfois difficiles à reconnaître. Méfiez-vous du scorbut infantile, de la maladie de BARLOW, quand vous aurez affaire à des épaississements sous-périostiques, dans le voisinage du bulbe. C'est surtout entre ces deux affections que la distinction est à faire.

Le scorbut infantile donne lieu à des épanchements sanguins sous-périostiques, qui se localisent de préférence au niveau du bulbe de l'os. Rien de surprenant à ce que des hémorragies se produisent au niveau de la portion de l'os la plus active, la plus irriguée, à l'occasion d'une maladie se manifestant par une fragilité vasculaire marquée. A l'union des diaphyses et

des épiphyses, des hématomes sous-périostiques se forment, comme il se forme des hémorragies au niveau des gencives.

Au voisinage du cartilage de conjugaison, vous découvrez, au cours d'une maladie de Barlow, une tuméfaction sensible, en imposant souvent pour une manifestation ostéomyélitique, tuméfaction de nature sanguine, susceptible de provoquer un décollement du cartilage et de se compliquer d'un épanchement sanguin intra-articulaire. L'absence d'élévation de température, la concomitance d'une éruption purpurique, d'hémorragies gingivales, vous permettront de ne pas incriminer l'infection ostéomyélitique.

Les ostéomyélites à évolution subaiguë peuvent, tout comme les ostéomyélites aigües, se compliquer d'arthrites. Mais ici, ces arthrites sont séreuses.

Sans doute, la sérosité de ces collections intra-articulaires est-elle due à l'atténuation de la virulence des germes ; ce qui est certain, c'est que l'épanchement en ces circonstances est séreux, que l'articulation est peu douloureuse. Au genou, le choc rotulien est très net, de même que le signe de la marche de l'escalier, dû à l'épaississement de la synoviale. »

Le pronostic de ces arthrites est assez sombre ; c'est l'ankylose, parfois très serrée.

La forme franchement chronique est caractérisée anatomiquement par la mortification du tissu osseux, par la nécrose de l'os intéressé.

« Au bout d'un mois ou de six semaines, à la suite d'une poussée aiguë ou subaiguë, apparaît la nécrose.

« Cette mortification du tissu osseux a reçu autrefois une explication assez simpliste. Le pus, disait-on, est dans le canal médullaire, sous le périoste et aussi dans les canaux de Havers qui traversent la substance osseuse de part en part. Tuméfaction du tissu conjonctif, œdème oblitérant la lumière des vaisseaux nourriciers de l'os, telles semblaient être à cette époque les raisons de la mortification du tissu osseux.

« Cette explication mécanique ne saurait nous satisfaire aujourd'hui. La moelle, les canaux de Havers, le sous-périoste constituent une véritable usine de toxines, capables à elles seules de frapper de mort les tissus sans lésion vasculaire préalable. Il se passe en la circonstance exactement ce qui se produit dans l'appendicite, où, en dehors de toute lésion des vaisseaux, les poisons élaborés par les agents microbiens se chargent de détruire l'organe où ils sont venus coloniser.

« La toxicité des parasites de l'ostéomyélite, la virulence de leurs toxines, telle est la vraie cause de la mortification de l'os, de sa mortification d'emblée.

« La portion morte tend naturellement à se séparer des portions vivantes ; ici encore, comme dans l'appendicite, il se forme un sillon d'élimination chargé de séparer le mort du vif. »

Le séquestre une fois éliminé, une cavité béante reste dans l'os. Il est de toute première nécessité de combler cette cavité par un pansement aseptique à la gaze hydrophile imbibée d'eau iodée ou d'eau formolée.

A côté de cette ostéomyélite classique aiguë, il faut signaler l'ostéomyélite *à forme prolongée*, qui offre les mêmes symptômes et nécessite la même thérapeutique que l'ostéomyélite classique. Seulement le séquestre met six mois à s'éliminer. On doit comprendre encore dans les ostéomyélites à forme prolongée, les épiphysites de croissance, généralement assez douloureuses.

« Ces épiphysites, comme on disait autrefois, on les constatait souvent au niveau de la tubérosité antérieure chez l'enfant, vers douze à treize ans. C'est l'âge de la première communion, celui où l'on demeure longtemps à genoux, et vous avez sans doute parfois entendu attribuer à ces stations prolongées sur la face antérieure de l'extrémité supérieure tibiale les douleurs et déformations constatées en cette circonstance. »

Pour sa part, l'auteur n'y voit que des poussées très atténuées d'ostéomyélite de la tubérosité antérieure, occasionnées par de petits traumatismes répétés.

« Le genu valgum lui-même n'est-il pas souvent le résultat d'une légère ostéomyélite ayant provoqué une hyperactivité anormale d'une moitié du cartilage de conjugaison ? Ne survient-il pas fréquemment après un léger état infectieux s'accompagnant d'une faible élévation de température, d'une durée d'une quinzaine de jours ?

« Qu'on se rappelle les arrêts de développement d'une épiphyse ou d'une moitié d'épiphyse tributaires d'une ostéomyélite et les exagérations de développement épiphysaire, dus à la même infection atténuée. *Pour quelle raison le tissu* osseux ne réagirait-il pas comme tous les autres tissus aux germes microbiens ?

« Le cartilage de conjugaison, sensible aux actions traumatiques, infectieuses et toxiques, est sidéré par les atteintes graves, excité par les atteintes légères.

« Les premières entraînent généralement l'arrêt de ses fonctions ; les secondes, au contraire, leur exagération. Ces constatations démontrent l'importance en pathologie infantile des infections s'attaquant au tissu osseux et, surtout, de l'infection ostéomyélitique. »

Les dangers de l'aspirine

De nos jours, l'aspirine est employée avec frénésie dans les cas de rhumatismes et de pseudo-rhumatismes ; le salicylate de soude reste loin en arrière ; on l'oublie. Or, si le salicylate a des inconvénients pour l'estomac, l'aspirine est toxique pour certains sujets prédisposés idiosyncrasiquement.

Les ouvrages de thérapeutique indiquent qu'on peut prendre l'aspirine à la dose de 2 à 3 grammes par jour en plusieurs prises. A cette dose, elle ne donne généralement pas d'accidents.

Le *British medical Journal* publie le cas d'une dame de 60 ans qui, ayant ingéré trente centigrammes d'aspirine, fut prise d'œdème de la face, de la langue, du pharynx. Une seconde

prise de trente centigrammes provoqua un état d'anxiété, avec nouvelle crise d'œdème des paupières, de la langue, du pharynx.

En outre, les mains et les avant-bras étaient le siège d'un rash urticarien. On notait une légère dilatation des pupilles, une injection de la conjonctive. Le pouls battait à 110.

L'œdème commença à rétrocéder le lendemain, pour disparaître complètement en quelques jours. Mais, il est probable que si la dose eût été plus considérable, on aurait observé un œdème de la glotte qui se serait sans doute terminé par la mort.

Intoxications saturnines dans les ménages.

M. le Dr *Fazeuilles*, de Paris, a étudié dans sa thèse, les innombrables causes d'intoxication saturnine que nous rencontrons dans nos ménages : étamage des casseroles et poêles à frire, contenant du plomb, mauvaises soudures des boîtes de conserves alimentaires, céruse dans les papiers de tentures, dans les cuirs blancs vernis garnissant l'intérieur des chaussures, dans les coiffes de chapeaux, plomb dans les jouets d'enfants, trompettes, sifflets, soldats, ustensiles de ménage, ajutages de biberons en plomb, céruse dans les fards et cosmétiques, papiers et cartons moirés, pains à cacheter colorés, nappes de famille imprégnées de céruse et imitant le linge damassé, boîtes de couleurs pour enfants, etc.

Les conclusions de M. Fazeuilles, tendent à montrer :

1° Que les intoxications saturnines d'origine alimentaire sont de nos jours encore plus fréquentes qu'on ne le croit ;

2° Que le diagnostic de ces intoxications ne peut être souvent reconnu que par l'analyse des aliments suspects ;

3° Que les bazars vendent encore des ustensiles dangereux pour la santé publique ;

4° Que les ferblantiers de nos petites villes de province et les étameurs ambulants, peu soucieux de la santé de leurs clients, utilisent pour l'étamage et les soudures des ustensiles qui servent à la préparation de nos aliments ou à leur conservation, de l'étain plombifère ou plutôt du plomb stannifère ;

5° Qu'en présence des symptômes abdominaux, nous ne pensons pas assez souvent au plomb.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur la rachianesthésie. — Anesthésie générale avec circulation réduite. — Neurotropisme du salvarsan. — Syndrome péritonéal et diarrhée dans la septicémie à pneumocoque. — Iode à l'état naissant en oto-laryngologie.

M. Reclus présente à l'*Académie de médecine* quelques remarques sur la *rachianesthésie.*

Dans les statistiques de rachianesthésies qui ont été publiées, dit-il, la moitié au moins, le plus souvent les deux tiers des interventions auraient pu être faites avec la seule anesthésie locale. Or, l'anesthésie localisée est infiniment moins dangereuse que la rachianesthésie et lorsqu'on a le choix entre les deux, c'est évidemment à la première qu'il convient de s'adresser. Le domaine de la rachianesthésie doit donc être restreint et il se restreindra encore avec les progrès de l'anesthésie locale qui aujourd'hui permet de pratiquer un très grand nombre d'opérations, et même de grandes opérations.

M. E. Schwartz a eu, avec la rachicocaïnisation, quelques accidents immédiats ou tardifs, du côté des sphincters vésical et rectal, et quelques accidents généraux de collapsus. Ainsi, chez une femme, opérée avec rachianesthésie à la stovaïne, survinrent de l'incontinence d'urine et des matières fécales, une paralysie des membres inférieurs, et des escarres au niveau du sacrum. La malade succomba. L'auteur considère la rachianesthésie comme une méthode d'exception et s'adresse généralement soit à l'anesthésie locale lorsqu'elle est suffisante, soit à l'anesthésie générale.

M. Reclus se demande, en outre, si l'injection intra-rachidienne d'agents toxiques, cocaïne, stovaïne, strychnine, ne peut pas avoir des suites très éloignées. Les centres nerveux sont en effet particulièrement bien protégés, enfermés qu'ils sont sous la peau, les muscles, ligaments, étui osseux, colonne liquide, méninges. Ce n'est pas en vain sans doute que l'on viole cette série d'enveloppes.

— MM. Sicard, Bizard et Gutmann signalent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *neurotropisme du salvarsan.*

Il s'agit d'un homme qui reçut, pour des accidents syphilitiques secondaires, une injection intraveineuse de 0 gr. 40 de salvarsan. Deux jours après, apparurent de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreille. Une deuxième injection fut faite. Dès le lendemain, la céphalée, les vertiges et les bourdonnements s'accentuèrent, et bientôt, cinq à six jours après, se constituaient des paralysies multiples des nerfs craniens (auditif droit, spinal droit, facial gauche, etc.). Sous l'influence d'un traitement mercuriel, ioduré, et de faibles doses d'arséno-benzol, les accidents rétrocédèrent.

Ce cas n'est pas isolé. On a publié, ces derniers temps, surtout en Allemagne, quelques observations d'accidents de ce genre survenus chez des sujets en puissance de syphilis secondaire et traités par la cure d'Ehrlich. Quel facteur faut-il rendre responsable de ce branle-bas nerveux ? L'intoxication arsenicale ou le virus syphilitique? C'est difficile à dire puisque, dans les cas en question, on n'a pas relevé les symptômes habituels de l'intoxication arsenicale, et que d'autre part, nous ne sommes pas habitués à voir survenir au cours de la syphilis secondaire, de telles paralysies des nerfs craniens. Il faut admettre, semble-t-il, une action indirecte du salvarsan, un neurotropisme de celui-ci.

Quoi qu'il en soit, la déduction pratique à tirer est qu'il convient de se montrer très réservé dans la continuation du traitement intensif d'Ehrlich, lorsqu'à la suite du injection, on voit apparaître et *persister* la triade symptomatique suivante : céphalée, vertiges, troubles auriculaires. Ces symptômes doivent donner l'alarme s'ils persistent.

— M. Triboulet parle, à la *Société médicale des hôpitaux*, de la *valeur du syndrome péritonéal et de la diarrhée dans la septicémie à pneumocoque.*

Le syndrome péritonéal et le syndrome intestinal, associés ou séparés, au cours d'une septicémie à pneumocoque, doivent conduire : le premier, à une surveillance très étroite des petits convalescents au point de vue d'une intervention d'urgence possible, tôt ou tard ; le second, en dénotant une septicémie prolongée, à l'application d'une thérapeutique active, notamment par les injections de collargol, jusqu'à défervescence.

M. Netter ne croit pas que l'existence de symptômes abdominaux au début d'une pneumonie comporte un pronostic particulièrement grave. Il signale, en outre, les inconvénients de la purgation chez les pneumoniques, qui peut être suivie de diarrhée colliquative.

— M. Paul Laurens présente à la *Société de laryngologie de Paris* une note sur l'*emploi de l'iode à l'état naissant en oto-laryngologie.*

Un procédé très simple d'utiliser les propriétés de l'iode à l'état naissant consiste à employer une solution concentrée à 3/10 d'iodure de sodium que l'on additionne sur place d'une quantité égale d'eau oxygénée à 12 volumes. L'eau oxygénée, comme tous les peroxydes, a le pouvoir de mettre en liberté l'iode des iodures. Pour les otites chroniques et les otites aiguës à leur période de déclin, employer : instillations de quelques gouttes de solution d'iodure de sodium suivies d'instillation d'eau oxygénée. Pour les rhinites purulentes, et pour l'ozène : pulvérisations de solution d'iodure suivies de pulvérisations d'eau oxygénée. Pour les amygdalites : gargarismes, alternativement, avec une gorgée de solution d'iodure et une gorgée d'eau oxygénée dédoublée, etc. P. L.

LE LABORATOIRE ET LE PRATICIEN

XI. —Les biopsies.

Dans bon nombre de cas, le praticien se trouve en présence d'une ulcération ou d'une tumeur superficielle dont le diagnostic clinique est, sinon impossible du moins très chanceux. Parfois ce diagnostic est nettement impossible, particulièrement lorsque la lésion a été déformée, défigurée par un certain nombre de traitements variés, appliqués antérieurement. Il y a souvent alors grand intérêt — vu l'aggravation rapide — à poser sans retard un diagnostic. L'examen histologique s'impose. On ne peut le pratiquer que sur un fragment du tissu prélevé sur la lésion elle-même : il faut faire une biopsie. (Le plus souvent on hésite entre : tuberculose, syphilis, cancer, ulcération banale). La biopsie peut porter sur tous les points du corps ; mais presque toujours, il s'agit d'une lésion située sur la face ou dans la cavité buccale, quelquefois sur les mains et au niveau des ongles.

Instrumentation. — 1 couteau de Graefe ou le couteau à biopsie de Pautrier ; une pince à mors plats et une pince à griffes ; ciseaux courbes fins, quelques tampons de coton stérilisé.

Anesthésie.— 1 ampoule de cocaïne à 2 %, s'il s'agit de lésions cutanées ; solution de cocaïne à 1/10e s'il s'agit d'une lésion buccale. Nous repoussons l'anesthésie au chlorure d'éthyle parce que celui-ci masque le point précis sur lequel on veut opérer. Sur la peau, l'anesthésie a lieu au moyen de la seringue genre Lüer ; on injecte, dans le derme, quelques gouttes de la solution de cocaïne à 2 % et on attend 4 minutes avant d'opérer. Dans la cavité buccale, sur la langue, on applique un tampon de la solution de cocaïne à 1/10, mais il faut savoir que ce dernier mode d'anesthésie opère surtout par suggestion.

Partout ailleurs que dans la cavité buccale, asepsie opératoire préalable. Asepsie des instruments bien entendu — par simple ébullition *d'ailleurs*

Tenir prêt, d'autre part, un petit tube ou un petit flacon contenant un peu d'une solution de sublimé corrosif, à 40 pour 1000.

Point à exciser. Règle générale. — Le fragment de tissu à enlever sera toujours choisi à cheval sur les limites de la lésion et de la peau ou de la muqueuse saine et jamais au centre, où l'histologiste ne trouverait plus que des parties nécrosées non caractéristiques du processus.

Opération. — En fixant si besoin, avec une des deux pinces, tenue de la main gauche, le point à exciser, transfixer la lésion à la profondeur voulue avec le couteau et sortir du côté du tranchant. Relever le lambeau avec la pince et détacher avec les ciseaux courbes fins. Plonger le fragment obtenu (qui ne doit pas être trop petit) dans le sublimé à 40 ‰. Si l'on opère sur la langue, faire tirer sur la langue dont la pointe est garnie d'une compresse, soit par le patient lui-même, soit par un aide.

Tamponner avec un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine à 1 pour 100. Si l'opération a eu lieu sur la peau, petit pansement compressif aseptique ; si sur la langue ou dans la cavité buccale, lavages à l'eau bouillie additionnée d'al-

cool de menthe. Alimentation exclusivement liquide, dans ce cas, pendant 24 heures.

Le fragment excisé sera laissé deux heures seulement dans la solution forte de sublimé, puis plongé dans l'eau pure. Il sera ainsi envoyé au laboratoire. On aura soin de donner par écrit, au laboratoire, l'indication de la composition de ce liquide fixateur (celui ci-dessus indiqué) ou de tout autre qu'on choisirait, ainsi que la date de l'opération, et tous autres renseignements qu'on jugerait utiles.

Le traitement curatif dépendra de la réponse du laboratoire. En attendant, traitement nul, palliatif, ou expectative armée suivant le cas.

Dr René MARTIAL.

PÉDIATRIE

Le traitement des troubles gastro-intestinaux les plus fréquents des nourrissons.

Il faut distinguer les troubles gastro-intestinaux qui surviennent au cours de l'alimentation naturelle par la mère elle-même ou par une nourrice, et ceux qui surviennent au cours de l'alimentation artificielle.

I

Quoiqu'on en dise, l'ALIMENTATION NATURELLE par le lait maternel est, sans conteste, le *meilleur régime* que l'on puisse donner au nouveau-né ; malheureusement, on éprouve souvent beaucoup de difficultés à faire accepter par la jeune mère son rôle, si naturel cependant, de nourrice, et, malgré l'intervention de tout l'entourage : médecin, accoucheuse, mère, belle-mère, etc., on échoue dans 10 pour cent des cas au moins.

Ne vous objecte-t-on pas constamment que l'enfant n'arrête de crier, et que par conséquent il a faim, qu'il diminue de poids, etc.? Combien de fois, dans ces conditions, l'hésitation ne gagne-t-elle pas la famille, qui finalement vous contraint au bout de quelques jours à introduire le lait de vache dans l'alimentation ? S'il ne s'agissait que de 1 ou 2 repas supplémentaires, le mal ne serait pas grand ; mais c'est aussitôt l'allaitement complet au lait animal que l'on demande, et alors la source maternelle tarit rapidement.

Eh bien ! cette pratique est une grande erreur : il faut au médecin une grande patience et une énergie soutenue pour résister à toutes les sollicitations.

On peut facilement attendre 8 jours avant de recourir à l'allaitement mixte ; et d'autre part, on ne doit pas oublier combien parfois il faut de temps à la sécrétion lactée pour s'établir normalement, car il n'est pas rare qu'on soit obligé de laisser passer jusqu'à 4 semaines pour la voir devenir suffisamment abondante et pour pouvoir abandonner complètement l'allaitement mixte. Il est donc essentiel de ne pas abandonner d'emblée tout espoir et de ne pas ignorer qu'aucun régime (boissons abondantes, boissons spéciales, aliments spéciaux) n'est capable d'établir la sécrétion lactée dans ses conditions normales ; ce qu'il faut, c'est la *succion* du nourrisson et sa succion régulièrement périodique. Recourir aussitôt à l'allaitement artificiel, c'est, par conséquent, perdre aussitôt, et d'une manière définitive, toute chance de réussite.

Des mamelons défectueux ne sont pas une contre-indication, car le nourrisson ne tire pas seulement sur le mamelon, mais encore sur l'aréole du sein, et il peut ainsi établir la sécrétion lactée même avec des mamelons défectueux.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un nouveau-né faible, ou momentanément apathique par suite du traumatisme obstétrical, les pompes à lait — cependant peu recommandées, car elles sont difficiles à tenir propres — peuvent rendre de grands services pendant un certain temps en empêchant le tarissement de la source.

On ne doit recourir à l'allaitement mixte que si la balance accuse une perte de poids *constante* ; alors on complète l'alimentation par un mélange de lait de vache, et de décoction de riz et l'on continue à donner, même en petites quantités, le lait maternel, car il renferme non seulement les matériaux nécessaires à la croissance, mais encore des substances immunisantes contre les dangers extérieurs.

Quand l'allaitement maternel est passagèrement troublé par une mammite, le sein malade peut devenir si sensible qu'il empêche toute succion, et l'on doit tâcher de se contenter du sein intact. L'élévation du sein malade et l'application de la ventouse de Bier sont des moyens qui permettent souvent de combattre rapidement une mastite au début, et de permettre de nouveau l'allaitement au bout de 3 ou 4 jours. Lorsque du pus s'est formé, il est nécessaire d'inciser bientôt ; on fait alors de préférence de petites incisions, et l'on applique aussitôt la ventouse de Bier. Comme la mastite est souvent la conséquence de crevasses de l'aréole, il est urgent de traiter celles-ci soigneusement par 3 ou 4 applications quotidiennes de glycérolé de tannin à 5 ou 10 %. Parfois cependant la douleur devient intolérable ; la femme ne peut plus allaiter ; les croûtes formées par le glycérolé de tannin sont arrachées au moment de la tétée, ce qui détermine de grandes souffrances : il est bon dans ces circonstances d'appliquer sous gutta-percha un petit tampon imbibé d'acide salicylique à 1/300, ou de faire un badigeonnage au nitrate d'argent à 1/50.

Aux enfants faibles, à ceux qui ont des gueules-de-loup, on peut durant un certain temps garder le bénéfice du lait maternel en le retirant aseptiquement au moyen d'une pompe à lait.

Mais si tout se passe bien, si nous avons affaire à une bonne nourrice, nous devons redouter un nouveau danger : la *suralimentation* ; c'est d'ailleurs un risque de l'alimentation artificielle comme de l'alimentation naturelle. Le contraire est peu à craindre, à moins qu'il ne s'agisse de

nourrissons faibles ou apathiques, auxquels il faut alors donner à boire plus souvent, et par plus petites portions. Les enfants prennent 5 à 6 tétées par 24 heures, avec une pause d'au moins 6 heures la nuit.

Voyons comment la suralimentation agit-elle sur l'estomac et sur l'intestin ? Comment pouvons-nous la reconnaître ?

L'intestin du nourrisson digère son repas normal en 2 heures 1/2 ou 3 heures ; or, si avant que ce laps de temps ne soit écoulé, on lui offre chaque fois un nouveau repas, il en résulte bientôt des accidents intestinaux, qui sont produits par une sécrétion troublée des sucs digestifs et se traduisent tout d'abord par de la constipation. En présence d'un enfant au sein constipé, nous devons donc aussitôt penser à la suralimentation et augmenter l'intervalle des repas.

Bien des enfants supportent la suralimentation pendant des semaines *: ils sont constipés et* ils engraissent. D'autres, au contraire, présentent bientôt de la dilatation d'estomac, du ballonnement de l'abdomen, de l'hyperacidité gastrique par formation d'acides lactique et butyrique, etc. Le chyme acide vient alors irriter la muqueuse intestinale, changer le nombre et l'aspect des selles, etc. Celles-ci deviennent liquides, glaireuses et s'accompagnent de gargouillements et de coliques ; elles se composent de flocons blanchâtres et de grumeaux verdâtres. En même temps l'état général s'altère ; on observe de l'agitation, un facies tiré, souffreteux, symptômes qui facilement feraient croire que l'enfant souffre de la faim. Malheur à celui qui s'y laisse tromper, car il ne peut qu'aggraver la situation !

Il est au contraire urgent dans ces conditions de lutter contre la suralimentation. A la *période de constipation* , on augmente l'intervalle des repas que l'on porte sans inconvénients à des espaces de 3 à 4 ou 5 heures, en ne laissant boire l'enfant que durant 10 ou 15 minutes : une amélioration se produit rapidement. Le purgatif est, selon *Dorfler* (1), contre-indiqué, car, agissant sur un intestin irrité, il amène aussitôt le mal à son 2e stade, qui se traduit par de la diarrhée ; tout au plus ordonnera-t-on quelques lavages d'intestin à l'eau bouillie.

Tout autre est le traitement à la *période de diarrhée* ; il *varie suivant la constitution des selles.* Chez l'enfant au sein, quand celles-ci restent de teinte jaune doré, de couleur et de consistance homogènes, quoiqu'un peu plus liquides et plus fréquentes (5 ou 6 par 24 heures), il n'y a pas lieu de s'alarmer tant que le nourrisson garde bonne mine et que *son poids augmente.* Il n'en est plus de même quand l'aspect des selles change, comme il a été dit plus haut, et que l'enfant souffre. *Dans les cas légers,* on ne supprime pas d'emblée le sein, mais on cherche la guérison en donnant 2 ou 3 repas d'eau de riz (cuire dans 1/2 litre d'eau une cuillerée ordinaire de riz ; ajouter un peu de saccharine). Souvent, au bout de 4 ou 6 jours, le petit malade va mieux, et il devient possible de le remettre au sein, en évitant la suralimentation. Mais *si la diarrhée persiste, si l'enfant est agité et s'il maigrit,* il faut cesser *complètement* l'alimentation au sein ; il devient alors possible que le lait soit lui-même en cause. Pendant cette suppression *totale* de lait, il convient tout d'abord de débarrasser sûrement l'intestin de ses produits fermentés et de ses germes nocifs. On prescrira : deux doses de 0.01 à 0.04 de calomel, prises à intervalle d'une heure, ou bien une cuillerée à café d'huile de ricin, et en même temps des lavages d'intestin avec 1 cuiller à café de tannin pour 1/2 litre d'eau chaude, ou 2 gr. 50 d'acétate de plomb pour 1/2 litre d'eau chaude — huit jours de diète hydrique (ou mieux de l'eau de riz, ou du thé, de la camomille avec de la saccharine, comme seule nourriture). — *Dans les cas rebelles* il faudra *durant les 3 premiers jours donner 2 lavages* quotidiens de l'intestin, puis, à partir du 4e jour, un seul lavage.

La technique de ces lavages est la suivante : une fois le tannin dissous dans l'eau, on verse la solution chaude dans l'irrigateur ; au bout du caoutchouc, on adapte une sonde de Nélaton, que l'on enduit d'huile, et que l'on introduit aussi haut que possible dans le rectum, le bassin étant surélevé. Le lavage est fait dans le décubitus latéral.

Au cas de vomissements violents, ne cédant pas à l'administration d'un purgatif, il est indiqué de faire un *lavage d'estomac,* par le nez ou par la bouche, jusqu'à ce que l'eau bouillie employée ressorte claire. *Mais c'est le plus souvent chose* inutile, et il suffit des lavages intestinaux, à condition de les prolonger durant 8 jours et de ne pas se contenter d'un ou de deux lavages.

II

Les troubles gastro-intestinaux de l'ALIMENTATION ARTIFICIELLE ne diffèrent de ceux de l'alimentation naturelle que par ce qu'ils sont *plus dangereux et plus longs à guérir* ; en outre, plus ils sont anciens, plus les difficultés sont grandes ; il vaut donc toujours mieux que le médecin soit consulté au plus tôt.

Il existe une seule exception à cette règle, pour la forme la *plus grave de la gastro-entérite aiguë,* où la perte des forces est si rapide qu'en 12 heures l'enfant le plus beau est voué à la mort. Il faut donc agir vite et bien : évacuer l'intestin, éviter la reproduction de produits nocifs dans l'intestin, et lutter contre la paralysie du cœur et la déshydratation trop grande de l'organisme.

Pour évacuer l'intestin, nous avons les purgatifs indiqués plus haut : calomel, ricin. Cependant Dorfler nous met en garde contre le calomel, qui peut déterminer des phénomènes d'intoxication sous la forme de selles sanguinolentes, de stomatite, de perte de connaissance, etc. Il ne le prescrit qu'une *seule fois* au début ; et il condamne d'une manière absolue les doses répétées de calomel, ou les laxatifs renouvelés ;

(1) Dr Dorfler. — *Münch. Med. Wochens.*, 1910, nos 15 et 16.

c'est là, dit-il, une pratique nuisible qui retarde la guérison. Quand la couleur vert foncé des selles permet de voir que le purgatif a produit son effet — généralement au bout de quelques heures — on fait un lavage d'intestin avec l'acétate de plomb à 2,50 pour 500, ou avec 1 cuillerée à café de tannin pour un 1/2 litre d'eau, au moyen d'une sonde de Nélaton adaptée à l'irrigateur, et l'on recommence ce lavage toutes les 8 ou 12 heures. C'est en pareil cas un remède souverain, qu'il ne faut jamais négliger. Les lavages d'estomac ne sont employés que si les vomissements ne cèdent pas à l'administration du purgatif. Pour éviter que celui-ci ne soit rendu dans un vomissement, on ne donne aucune nourriture dans les premières heures. Ce n'est qu'à la 3e et 4e heure que l'on commence à faire absorber, d'une façon prudente mais *continue*, de l'eau pour éviter une trop grande déshydratation de l'organisme.

La seule nourriture permise durant les premiers jours est celle qui ne peut subir d'action fermentative, c'est-à-dire l'*eau*, sous forme soit d'eau bouillie, soit de thé, de camomille soit d'eau de riz que l'on donne à raison d'une cuillerée à café toutes les 1/2 heures.

Si le collapsus menace, si la perte d'eau est plus grande, toutes les 8 heures on fait une injection sous-cutanée de 250 ou 500 grammes de solution saline. On recommande aussi les injections d'huile camphrée.

Quand la température reste normale, ou quand elle devient inférieure à la normale, il faut envelopper le corps dans des linges chauds ; au contraire, c'est à l'hydrothérapie froide, enveloppements froids, que l'on recourt dans les cas hyperthermiques s'accompagnant de crampes et de perte de connaissance. La température rectale nous annoncera la première la chute prochaine de la fièvre, ce qui nous permettra de cesser les applications froides qui, d'un autre côté, augmentent les mouvements péristaltiques de l'intestin.

Après l'action du purgatif et des lavages intestinaux, les petits malades sont plus avides d'eau, et, si pendant 4 ou 6 heures ils ont bien supporté l'eau bouillie donnée par cuillerée à café, la quantité d'eau peut être augmentée ; au bout de 24 heures, on donne celle-ci « par biberons ». Pendant toute la durée de la maladie, *il faut condamner d'une manière absolue le lait, aliment essentiellement fermentescible.*

Dans certains cas, les vomissements et la diarrhée n'ont, malgré tout, pas cédé au bout de 4 ou 5 jours ; c'est alors que le lait, sous forme de « lait glacé », donné par cuillerées à café, peut encore sauver la vie (c'est le lait bouilli refroidi sur de la glace). Souvent il est possible dans ces conditions d'obtenir au bout de quelques jours, de 2 jours parfois, une belle selle dorée. Mais alors commencent toutes les difficultés du traitement de la *convalescence.*

— A noter en passant qu'à part le purgatif, il n'est nécessaire de donner aucun médicament ; tout au plus peut-on, pour satisfaire l'entourage qui généralement n'a pas confiance dans le régime pur et simple, prescrire une dilution d'acide chlorhydrique, ou une potion à 5 grammes de bismuth pour 120 ; *mais jamais d'opium.*

Certes, dans cette forme grave de gastro-entérite suraiguë, la convalescence est plus rapide et moins troublée que dans les autres formes de catarrhe intestinal ; le facies reprend plus vite son aspect normal, mais le *régime* doit être longtemps l'objet de l'attention la plus minutieuse.

L'eau de riz est continuée aussi longtemps que les lavages intestinaux, c'est-à-dire jusqu'à ce que depuis un ou deux jours il n'y ait plus de diarrhée, ou que les selles soient devenues moulées. Un intestin normal, en effet, soumis à l'eau de riz, présente une tendance à la constipation, c'est pourquoi, tant que ce régime donne des selles fluides, on peut estimer que la muqueuse intestinale est trop altérée pour permettre le retour au lait.

La manière de revenir au régime ordinaire va être exposée plus bas à propos du catarrhe chronique (1).

Dans l'immense majorité des cas, en effet, l'*affection que présentent les nourrissons soumis à l'alimentation artificielle est le catarrhe gastro-intestinal chronique.* Il faut bien savoir que, pour guérir, cette affection exige toute l'attention du médecin et des parents, non pas pendant quelques jours, mais pendant des semaines, car les lésions de l'intestin sont de nature chronique.

Dans certains cas, les petits malades, malgré des selles liquides ou même fluides, peuvent durant 3 ou 4 semaines garder une bonne mine, qui semble traduire chez eux un excellent état général ; mais le plus souvent, ce sont des enfants amaigris, à l'aspect vieillot, qui crient souvent, qui, chaque fois qu'on les change, ont leurs couches imbibées de selles liquides, qui enfin sont fréquemment porteurs d'exulcérations des fesses, du scrotum, des cuisses ; dans cette catégorie se placent tous les enfants dits « atrophiques ». Ceux-ci présentent, comme il a été dit, des lésions chroniques, anciennes de plusieurs semaines, avec altération des ganglions mésentériques, et ils ne guériront pas par une ou deux prescriptions médicamenteuses, mais bien par l'éloignement prolongé de toute cause nocive ; un régime diététique sévère, patient, de longue durée, permettra d'obtenir de beaux résultats même dans les cas les plus rebelles, dans ceux qui paraissaient désespérés.

Le plus souvent, la cause du mal doit être recherchée dans le lait pris en trop grande quantité ou en état d'altération. Le lait, fermentant facilement au contact d'une muqueuse malade et servant d'excellent milieu de culture aux germes de la putréfaction, doit *toujours* être proscrit rigoureusement. On ne permettra à nouveau son usage que quand, huit jours durant, les selles seront restées belles, épaisses, féculentes ; sinon, le mal reviendra pire que jamais.

Pour les catarrhes chroniques comme pour

(1) Nous avons maintes fois publié sur cette importante question de pathologie infantile des articles des confrères Gassot et Gastou, qui donnent la préférence, pour l'institution de la diète hydrique, à une eau minérale naturelle, alcaline, telle que la Reine de Vals. (N. D. L. R.)

les autres, il est indiqué de commencer le traitement par quelques purgatifs destinés à nettoyer l'intestin : une cuiller à café d'huile de ricin ; 3 doses de calomel de 0,01 à 0,03 ctg. suivant l'âge, données à 2 heures d'intervalle. En même temps seront commencés les lavages intestinaux si bienfaisants en pareils cas (pour 1/2 litre d'eau, soit une cuillerée à café chargée de tannin, soit 2 gr. 50 d'acétate de plomb). Ils seront faits *durant huit jours, à raison de 2 par jour* ; ceux-ci seront efficaces par leur action mécanique et par leur action astringente sur la muqueuse tuméfiée et congestionnée. Durant la 2e semaine, on tentera de ne faire qu'un lavage par jour ou tous les 2 jours, si pendant 3 ou 4 jours consécutifs, *aucune* selle n'a été rendue en dehors des évacuations, produite par les lavages. Chez les enfants très affaiblis, seuls, ces lavages exigent une prudence particulière, car ils peuvent amener du collapsus.

Mais d'ailleurs, tout enfant qui ne supporte pas de lavages, doit être considéré comme perdu. Ceux-ci se font suivant le mode indiqué plus haut ; il est bon de les confier autant que possible à une garde-malade.

Quant au *régime*, il est préférable de s'en tenir, pendant 8 jours, à la simple diète hydrique, qui offre l'avantage de ne fournir à l'enfant aucun aliment fermentescible et de le protéger contre la déshydratation. Ce sera de l'eau bouillie, du thé, de la camomille ou, de préférence, de l'eau de riz (ne pas employer pour celle-ci de farine de riz, trop riche en hydrate de carbone et plus difficile à digérer pour l'intestin malade, mais simplement une cuiller à soupe ordinaire de grains de riz pour 1/2 litre d'eau). S'il existe des vomissements, on donne, tant qu'il est nécessaire, une cuillerée à soupe d'eau de riz chaque demi-heure, au lieu de permettre toutes les 2 heures 1/2 un biberon ou un 1/2 biberon d'eau de riz. En règle générale, on ne doit passer au lait dilué que si, durant 8 jours, les lavages étant supprimés, il n'y a plus eu de diarrhée, mais bien des selles moulées. Il est rare que l'on puisse s'en tenir simplement à l'eau de riz jusqu'à la reprise du lait, ce qui dure parfois des semaines. Aussi est-il permis, mais seulement en cas d'intolérance ou de dégoût, et après avoir suivi strictement la diète hydrique pendant 3 ou 4 jours, de remplacer quelquefois l'eau de riz par du café de gland de chêne torréfié, qui est un excellent astringent : on fait bouillir une cuillerée à soupe de ce café dans un 1/2 litre d'eau bouillante ; un avantage particulier de cette préparation, c'est qu'il est généralement possible, malgré la contre-indication du lait, d'ajouter à chaque biberon une cuillerée à potage de lait fraîchement bouilli ou stérilisé, et un peu de saccharine ; cependant, quand le lait ainsi ajouté amène de plus nombreuses selles diarrhéiques, il faut absolument le supprimer ; à part cela, ce café de chêne est un bon anti-diarrhéique. On n'oubliera pas qu'il tache le linge comme les solutions de tannin, recommandées pour les lavages intestinaux.

Quand ni l'eau de riz, ni le café de chêne ne sont supportés (agitations, cris, régurgitations), on essaie, après 5 à 8 jours de diète à l'eau bouillie, une farine lactée, de marque quelconque, ou une soupe faite avec de la farine de riz et de l'eau.

Ainsi qu'il a été dit, on ne passera au lait que si, 8 jours après la suppression des lavages, les selles gardent bon aspect et bonne consistance ; alors on essaiera d'ajouter une cuillerée à soupe de lait à chaque biberon ; puis, tous les trois jours environ, on augmentera d'une nouvelle cuillerée à soupe la ration de lait.

Comme il arrive assez fréquemment qu'on soit obligé de continuer ce régime sévère durant plusieurs semaines en raison de la ténacité de l'affection, les enfants peuvent maigrir dans de notables proportions et même atteindre l'état de misère physiologique ; mais tant qu'ils ne vomissent pas, qu'ils gardent l'œil vif et qu'ils boivent volontiers, il ne faut pas s'alarmer, ni se décourager. Bien souvent, vers la 6e ou 7e semaine, on voit brusquement le nombre des selles diminuer ; si, à ce moment, les petits malades soumis à cette diète de lait arrivent à rester plusieurs jours sans selles, on pourra considérer leur catarrhe intestinal comme guéri et, peu de temps après, essayer le lait ; dès lors, en une semaine, si le régime lacté est bien supporté, les malades auront repris.

Un dernier renseignement sur un remède qui peut réussir quand on ne sait plus que faire, quand tout espoir semble perdu : c'est la soupe de biscottes si défendue, et même la soupe de biscottes faite avec un peu de ce lait encore plus défendu ! Dès la première soupe, dit « Dorfier », on a vu bien de ces cas désespérés guérir comme par un coup de magie ; leurs selles sont redevenues consistantes. C'est là de l'empirisme, mais qu'il peut être utile de ne pas oublier, le cas échéant !

Enfin, il est quelquefois bon, pour faire accepter la diète hydrique et les lavages intestinaux, seule partie essentielle du traitement, d'ordonner quelque médication interne, quoique celle-ci soit en réalité peu efficace. C'est alors au bismuth (toutes les 2 heures, une cuillerée à café d'une potion à 1,5 pour 120), à la tannalbine (4 fois 0,25 par jour) qu'il faut s'adresser. Nous répétons encore ici : jamais d'opium.

Dr Fiser.

Petite Correspondance de Médecine pratique

Les accidents toxiques provoqués par l'artichaut

Monein, 4 septembre 1911.

Monsieur et cher confrère,

Je relève dans le dernier numéro du *Concours Médical* (no 36), une note de pédiatrie qui m'a beaucoup intéressé, pour une raison spéciale. Il s'agit du danger que présente pour les enfants

l'usage du lait provenant de vaches nourries avec des *feuilles d'artichaut*. C'est le Dr Pautrier, de Senlis, qui aurait publié un travail à ce sujet.

Il paraîtrait que les feuilles d'artichaut contiennent un principe, véritable alcaloïde, la *cynarine* dont un des effets est de déterminer de la *diarrhée* et des *vomissements*.

Cette communication me rappelle un travail que je fis moi-même en 1902, sous les auspices du professeur W. Dubreuilh, de Bordeaux, et qui me servit de thèse inaugurale, sous le titre : « *Des éruptions provoquées par le contact de l'artichaut.* » Il s'agissait donc aussi de la nocivité de l'artichaut, mais dans un autre ordre de choses. Je me souviens que ce travail me donna beaucoup de mal ; pendant 3 mois, je dus parcourir les régions de la Gironde où l'on cultive l'artichaut, pour tâcher de déterminer les *causes* et les *effets* de la dermatite que j'étudiais pour la première fois, sans le moindre document ; rien n'avait encore été signalé sur cette question de minime importance évidemment ; mais, en médecine, les plus petites questions sont toujours intéressantes. Je fis tous mes efforts pour tâcher de préciser la cause et le type de cette dermatite d'origine externe, qui, à cette époque, intéressa beaucoup mon maître distingué, le prof. Dubreuilh. Après quelques expériences dans le laboratoire du prof. Sabrazès, j'arriva tout au plus à pouvoir affirmer que l'inflammation de la peau était due uniquement à la causticité du latex de l'artichaut, causticité exagérée par certaines conditions climatériques. D'alcaloïde, je n'en recherchai pas, je ne pouvais pousser aussi loin mes recherches. D'ailleurs, déjà en 1867, Fonsagrives termine un long article sur l'artichaut, dans le Dictionnaire encycl. des sc. méd., de la façon suivante : « En somme, l'artichaut a une amertume telle qu'il répugne de penser qu'il ne récèle pas un médicament ; mais tout est à faire pour démontrer ses propriétés thérapeutiques, et l'analogie le place par avance dans le groupe des amers. » Il est facile de se rendre compte de l'amertume très accusée du latex répandu sur la tige et les feuilles. Le contact répété de ce latex, provoque, chez certaines personnes, une dermatite plus ou moins intense, qui des *mains* et des *poignets*, est communiquée par des attouchements, au *visage*, aux *yeux* et aux *organes génitaux* de l'homme. Je dis bien chez *certaines* personnes, car il s'agit là, comme dans toutes les éruptions professionnelles, d'un phénomène de susceptibilité individuelle, *d'idiosyncrasie* : au point que j'ai rencontré beaucoup de personnes qui avaient été obligées d'abandonner, tout à fait, le travail et la manipulation des artichauts.

Bref, voilà donc deux ordres de faits qui révèlent dans l'artichaut un principe *nocif* et *caustique* : d'une part des phénomènes d'*intoxication interne* chez les enfants ayant bu du lait de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut (il serait curieux de savoir si les vaches elles-mêmes sont incommodées) ; d'autre part des phénomènes d'*intoxication externe*, se manifestant, parfois, par des dermatites très violentes. J'ai vu un homme dont le visage n'était qu'une horrible croûte ; il souffrait atrocement des yeux atteints d'une conjonctivite catarrhale des plus intenses. Il était batelier, et son métier consistait à transporter, par barque, des artichauts de Makan (île Cazaux) à Bordeaux. Il fut obligé de changer de métier.

Je crois que ces faits sont assez intéressants à rapprocher et à signaler ; aussi j'espère, Monsieur le rédacteur en chef, que vous voudrez bien publier cette lettre dans un prochain numéro du *Concours Médical*.

Je vous prie, Monsieur et cher confrère, d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments,

Dr LABARRÈRE, de Monein,
Membre du *Concours*.

Adénite suppurée et fracture de la clavicule chez un nouveau-né.

Je crois intéressant de signaler à l'attention des lecteurs du *Concours* une double lésion assez curieuse que je viens de constater chez un de mes malades, le jeune B..., né le 16 septembre 1911.

Cet enfant auprès duquel j'ai été appelé pour la première fois le 27 septembre présentait une tumeur du volume d'un petit œuf de poule siégeant au niveau de la partie antérieure droite de la région sous-maxillaire ; cette tumeur était dure, douloureuse à la pression ; la peau à ce niveau était fortement vascularisée, mais ne présentait pas d'œdème, elle n'était pas très rouge mais tranchait cependant assez nettement avec le teint cireux de l'enfant. La température était de 37°2, le pouls normal ; l'enfant refusait de prendre le sein, mais pouvait cependant déglutir, quoique avec difficulté, le lait de sa mère qu'on lui versait dans la bouche avec une cuiller à café. Je cherchai vainement sur l'épiderme de la face, du cou, du cuir chevelu, sur la muqueuse de la bouche et des gencives une lésion ou la trace d'une lésion pouvant expliquer cette volumineuse adénite, je ne trouvai rien. Je me bornai à prescrire l'application continue de compresses d'eau bouillie très chaude.

Le surlendemain, 29, je trouvai une fluctuation profonde assez nette et une incision donna issue à deux cuillerées à bouche de pus bien lié ; au cours d'une conversation tenue entre les parents, j'appris que la sage-femme avait dû « couper le filet » de ce petit malade et je pensai, en l'absence de toute autre cause d'infection ganglionnaire, devoir rapporter l'adéno-phlegmon sous-maxillaire de ce nourrisson à l'infection de la plaie faite par la sage-femme qui avait opéré la section du frein de la langue ; cette plaie n'était d'ailleurs plus visible lors de son examen.

Mais ce n'est pas tout ; ce malheureux enfant présentait également une autre lésion particulièrement rare à cet âge, une *fracture de la clavicule droite* que je découvris lors de mes recherches pour trouver la cause de l'adénite. Cette

fracture siège à la partie moyenne de la clavicule, n'est pas encore consolidée, car les mouvements déterminent des cris et des plaintes de l'enfant le cal paraît devoir être volumineux.

Il s'agit bien certainement ici d'une fracture produite pendant l'accouchement, très probablement pendant le dégagement de l'épaule qui, paraît-il, a été assez laborieux (présentation du sommet). On peut écarter d'emblée l'idée d'une fracture intra-utérine, car la mère n'a reçu, à aucun moment de sa grossesse, de coups sur l'abdomen ; on doit également remarquer que, depuis sa naissance, l'enfant s'est mis à crier très fort chaque fois qu'on le prenait pour le mettre au sein ou faire sa toilette. L'idée de fracture par choc direct doit être également repoussée, car l'entourage affirme qu'il n'y a eu ni choc sur l'épaule, ni chute de l'enfant. Je crois donc que la véritable cause de cette fracture réside dans une compression exagérée de la clavicule au moment du dégagement de l'épaule, compression exercée soit par une violente contraction musculaire de la mère, soit, plus probablement, par l'index de l'accoucheuse opérant le dégagement.

Dr F. Brulin.
Montreuil-sur-Mer (P.-de C.).

THÉRAPEUTIQUE

Indications du Pantopon

Par le Docteur L. Souty (de Dijon).

Le Pantopon Roche est un produit renfermant la totalité des alcaloïdes de l'opium et, par conséquent, pouvant être administré avec avantage dans tous les cas où la médication opiacée est indiquée.

L'opium, soit par lui-même, soit par ses alcaloïdes isolés, est un médicament des plus importants. Sans vouloir faire un tableau de son utilité en médecine, on peut dire qu'il intéresse à la fois la physiologie, la thérapeutique, la chirurgie et l'hygiène ; aucun médicament, en effet ne détermine des effets aussi variés sur la circulation, la température, la respiration, les sécrétions et le système nerveux.

De toutes les préparations opiacées, aucune ne renferme la totalité des alcaloïdes de l'opium ; aucune, à part les alcaloïdes isolés, ne peut être administrée par voie hypodermique ; aucune enfin ne peut (et ceci à cause de la variabilité de la richesse en opium des capsules de pavots employées) donner au médecin la certitude que la préparation qu'il prescrit aura tel ou tel résultat.

A côté de cela, nous avons un autre grave inconvénient de la médication avec les préparations opiacées employées, c'est l'accoutumance et l'euphorie produites par le médicament favori, et qui forcent les malades à augmenter peu à peu leur dose médicamenteuse, d'où l'opiomanie et la morphinomanie.

Le Pantopon Roche, renfermant la totalité des alcaloïdes de l'opium, a tous les avantages de la médication opiacée, sans en avoir les inconvénients. Ce médicament, préparé sur les indications du professeur Sahli, de Berne, n'est ni un dérivé, ni un alcaloïde de l'opium, c'est l'opium total lui-même, et injectable, puisqu'il est formé par la totalité des alcaloïdes de l'opium précipités sous forme de chlorhydrates solubles.

Le Pantopon est très soluble dans l'eau, ce qui permet de le préparer en solutions *hypodermiques*. La dose moyenne par 24 heures est de 2 à 6 centigrammes chez les adultes, et de 0,005 milligrammes à 0,01 centigramme par année d'âge chez les enfants, chez qui ce médicament est très bien supporté.

Le Pantopon a été expérimenté dans un grand nombre de cas, et des observations ont été recueillies dans les Hôpitaux de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier, Marseille, Nantes, Dijon, etc., et dans la clientèle privée de nombreux médecins.

Voici la posologie utile à connaître du Pantopon Roche, d'après les observations cliniques de Robin, Pouchet, Sicard, Morel-Lavallée, Rémond, Lyonnet, Leriche, Salin, Pottier, Azémar, Voivenel, Trotain, et mes expériences personnelles :

1° Pantopon Roche (*Ampoules) 1 à 3 ampoules* par jour et plus, en injections hypodermiques ;

2° Pantopon Roche (Comprimés) 1 à 6 comprimés par jour ;

3° Pantopon (Sirop) 1 à 3 cuillerées à soupe par jour, chez les adultes ; 1 à 3 cuillerées à café par jour, chez les enfants, selon l'âge.

Ainsi le Pantopon peut être substitué avec succès à toutes les préparations opiacées utilisées jusqu'ici, et nous devons insister sur l'intérêt qu'il y a, pour le praticien, à avoir ainsi sous la main, des préparations rigoureusement dosées et toujours identiques à elles-mêmes. C'est ainsi que le Pantopon Roche (Sirop) est appelé à remplacer, dans un très court délai, tous les sirops, diacode, thébaïque, codéine, morphine, etc., employés jusqu'à ce jour.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Le Syndicalisme médical vu sur place.

Réunion d'Angers

8 *juillet* 1911.

Le département de Maine-et-Loire compte parmi ceux qui ont le mieux suivi et dès longtemps le mouvement organisé par le *Concours Médical* en faveur de la prévoyance et de la défense mutuelles entre les médecins.

Nombreux sont les praticiens qui sont lecteurs de notre journal et qui cotisent aux Syndicats, au Sou médical, aux Caisses de retraite et de maladie, à l'A. G., à la Prévoyance médicale. La Mutuelle Médicale Retraites est même due à l'initiative des médecins de Saumur et s'est vulgarisée dans la région avec une grande rapidité.

Les Syndicats de Saumur et de Cholet nous

ont habitués à des actes de cohésion et d'initiative que nous nous empressions d'enregistrer.

Le Syndicat d'Angers a jadis gagné, après longue et onéreuse procédure, le procès qui règle pour l'avenir en jurisprudence la question de l'exercice illégal des magnétiseurs.

Même, il y a quelques années, le mouvement syndical paraissait si actif à Angers que les délégués de cette ville à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats proposaient de donner le branle à toute la région en créant une Fédération inter-départementale, et d'autre part, dans les Congrès de Paris et de Lille, nous entendîmes des voix de ce pays s'élever avec une remarquable énergie contre les abus tyranniques de la Mutualité et des Compagnies d'assurances-accidents à l'égard des médecins.

« Nous allons être bien à l'aise, nous disions-« nous, pour parler là du syndicalisme logique, « assis sur les principes du libre choix par le « malade, de l'égalité entre praticiens, de la sup-« pression des situations acquises, etc..... Nous « allons causer à des combatifs, à des convertis « et Angers sera le bouquet de notre tournée. »

Amère déception ! Les arrondissements n'étaient pas là en nombre pour nous appuyer le 8 juillet ! La section syndicale d'Angers-campagne vibrait bien à l'unisson de notre langage ; mais, quand les rares confrères d'Angers-ville nous entendaient féliciter de leur énergie les vrais syndicalistes (tels Clisson, Meignant, Levraud, Tabaraud, Dupont, etc...) qui, appuyés sur le « Sou médical », ont lutté et vaincu pour l'intérêt général, le libre choix, le respect de nos tarifs ou autres bonnes causes analogues, certains d'entre eux paraissaient bien ne s associer à nos éloges qu'en restant sur le domaine théorique, et n'étaient pas absolument éloignés de voir, dans ces pratiquants signalés, des gens un peu gêneurs.

Absents les professeurs à l'Ecole, absents les anciens protagonistes de la Fédération médicale angevine ; dépourvus d'enthousiasme et de la conviction allant jusqu'aux actes, la plupart des syndicalistes urbains qui voulurent bien nous entendre.

Ce n'est pas toujours fête dans les voyages apostoliques.

Nous étions fourbus, écrasés par une chaleur tropicale qui nous privait d'appétit et de sommeil ; à tout cela il fallut ajouter la déception du four noir, à peine adoucie par les protestations de regret et de quasi-colère des confrères dévoués ou courtois qui vinrent rendre hommage à nos efforts.

***

Mais nous ne faisons pas nos tournées pour courir après des satisfactions de gloriole.

Nous ne voulions plus parler de syndicalisme médical sans être allés voir sur place ce qu'il est, chose parfois bien différente de ce que l'on en dit, quand on vient de loin sans être contrôlable.

Après visite à une trentaine de départements, nous commençons à en avoir une idée plus juste qu'après la seule lecture des Bulletins et procès-verbaux

Sans une minute de découragement, nous continuerons à nous instruire ainsi, essayant d'instruire en même temps les autres, chemin faisant, sur ce qu'ils ignorent ou ne savent pas faire passer de la théorie dans la pratique.

C'est de l'enseignement mutuel, c'est la définition même du rôle du *Concours médical.*

Nous continuerons la tâche en 1912.

Dr JEANNE, Dr BOUDIN.

RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Une Question urgente

Conseil médical supérieur et rattachement des écoles de médecine au Ministère de l'Intérieur.

Un rapport, présenté par le Prof. Grasset à la quatrième assemblée générale de l'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, pose à nouveau la question du Conseil supérieur de l'enseignement médical. Cette question a été soulevée par les praticiens ; M. Gassot, au premier Congrès de Paris soumit un vœu déclarant que les questions d'enseignement médical seraient soumises à un Conseil spécial et non plus au Conseil de l'Instruction publique *incompétent*, Ce vœu fut adopté par le Congrès.

Depuis, elle a été étudiée dans un rapport présenté par le Dr Le Fur au Congrès des Praticiens de 1910.

Les conclusions adoptées par le Congrès sont les suivantes :

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique, incompétent au point de vue médical (3 *médecins sur* 59 *membres*), *insuffisamment indépendant, doit être remplacé par un* CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR. *Celui-ci serait composé à parties égales de membres du corps enseignant nommés par le ministre ou choisis par leurs collègues et de représentants des groupements professionnels, librement élus par ceux-ci ; il serait bien ainsi un organisme autonome, émanation non du pouvoir central, mais du corps médical tout entier.*

Il aurait à s'occuper des questions d'enseignement médical (1).

Il aurait pour avantages :

1° *De permettre la réalisation pratique et rapide des réformes réclamées depuis si longtemps par le corps médical ;*

2° *D'augmenter l'autorité et la force morales de nos maîtres et des professeurs des facultés et écoles de médecine.*

(1) Le Dr Le Fur avait ajouté et d' « exercice de la médecine ». Cette addition fut repoussée par ce confrère quand on eut fait remarquer avec raison que les questions d'exercice de la médecine relèvent de l'Union des Syndicats médicaux.

3° D'établir un point de contact entre toutes les parties du corps médical et de faire l'union indispensable.

Ainsi la France serait dotée d'une organisation analogue à celle de tous les pays étrangers, organisation indépendante et compétente qui discuterait en toute liberté, entre maîtres et praticiens réunis dans le même but, les intérêts de l'enseignement médical.

Le IIIe Congrès des Praticiens réuni à Paris en avril 1910, après avoir adopté les conclusions du rapport du Dr Le Fur sur le Conseil médical supérieur, émit le vœu que le Conseil supérieur de l'Instruction publique, organisme incompétent au point de vue médical et insuffisamment indépendant soit remplacé par un Conseil médical supérieur composé par moitié de membres du corps enseignant et de délégués élus des divers groupements professionnels.

Il fait appel au Parlement, à la presse et surtout au corps médical tout entier pour obtenir rapidement la réalisation de ce vœu absolument nécessaire à la bonne organisation de l'enseignement médical en France.

***

A la conception professionnelle et syndicaliste, qui est celle du IIIe Congrès des Praticiens, M. Grasset objecte que la solution ne serait possible que si « on extrayait les facultés de médecine de l'Université et du Ministère de l'Instruction publique pour les transporter au ministère de l'Intérieur comme les écoles purement techniques et professionnelles ».

C'est exactement la solution de la crise de l'enseignement médical que le Dr Noir a préconisée à plusieurs reprises, dans le *Bulletin* de l'Union des Syndicats, dans le *Concours médical*, et de plus en plus acceptée par les militants du mouvement professionnel, qui comprennent que le ministère de l'Instruction publique sera toujours opposé, par sa structure même, par ses traditions, par les intérêts de ses bureaux, à une large décentralisation de l'enseignement de la médecine et à l'organisation de l'enseignement technique dans nos écoles.

Cette solution, M. Grasset ne l'admet pas, parce que « les facultés de médecine étudient la science de l'homme entier ».

Mais tant que les maîtres d'une école de médecine seront des médecins, cette école étudiera « la science de l'homme entier », qu'elle soit rattachée au ministère de l'Instruction publique ou au ministère de l'Intérieur.

En demandant que le Conseil supérieur de l'enseignement médical dépende du ministère de l'Instruction publique, M. Grasset veut que l'enseignement soit soumis aux mêmes volontés administratives qu'aujourd'hui. Les praticiens qui seraient admis au Conseil auraient pour mission de subir ces volontés et de les faire accepter du corps médical. En demandant que l'enseignement médical soit rattaché au ministère de l'Intérieur, qu'un Conseil médical, organisé suivant les vœux du IIIe Congrès des Praticiens, entre en relations avec celui-ci le jour où il s'agira de traduire en faits les décisions prises d'un commun accord par les maîtres et les praticiens, nous voulons que l'administration de l'enseignement médical soit subordonnée aux exigences de l'enseignement et non celui-ci à une administration qui lui impose une forme néfaste à l'intérêt du public, des élèves, des médecins et même à l'intérêt bien entendu des maîtres.

***

Les Congrès des Praticiens n'ont pas encore étudié les questions administratives dans leurs derniers détails. Comme M. Grasset, je pense que la création d'un Conseil médical autonome, indépendant, aurait pour corollaire le rattachement des écoles de médecine au ministère de l'Intérieur demandé par notre ami Noir et je pense que la question doit être étudiée dans nos groupements, au Comité de Vigilance, à l'Union, et *soumise au* Congrès des Praticiens, comme conclusion du mouvement des réformes approuvé par le corps médical.

Dr LEREDDE.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un coup de hache dans le maquis de la procédure.

On sait que les assureurs et les directeurs des grosses usines s'enfoncent cyniquement dans le maquis de la procédure, pour retarder le paiement du demi-salaire aux ouvriers qui, refusant d'accepter le médecin patronal, choisissent leurs médecins, et qu'ils usent du même procédé pour retarder le paiement des honoraires des médecins indépendants.

Le secrétaire du conseil judiciaire des Syndicats ouvriers de la Seine a adressé aux juges de paix de ce département la lettre suivante :

Union des Syndicats ouvriers du Département de la Seine.

33, *rue de la Grange-aux-Belles, Paris.*

Conseil judiciaire

Paris, le 11 septembre 1911.

Monsieur le Juge de paix,

Le *Conseil judiciaire* de l'*Union des Syndicats ouvriers*, dans l'intérêt des travailleurs, victimes d'accidents du travail, et de leur famille et aussi, croit-il, pour la bonne administration de la Justice, a l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur la nécessité qu'il y aurait de passer outre au préliminaire de conciliation en matière de demande d'indemnité journalière.

Souvent, Monsieur le Juge de Paix, nous avons cette conviction, vous avez dû vous apitoyer sur

le sort lamentable de nos camarades, souventes fois chargés de famille et dans l'impossibilité de pourvoir à leurs besoins par suite d'un accident, qui ne peuvent obtenir de leurs débiteurs légaux le demi-salaire qui leur permettrait d'être moins malheureux.

Quand les blessés ont épuisé tous les moyens amiables et qu'ils doivent recourir à l'action judiciaire, ils font, ordinairement, appeler l'adversaire devant vous pour tenter de se concilier.

Quand, après une attente de cinq à six jours, en moyenne, ils se présentent à votre cabinet, vous avez remarqué, Monsieur le juge, que la partie appelée par le blessé s'abstient de répondre à l'avertissement de votre greffier.

Il est donc démontré qu'au point de vue des résultats à attendre, cette formalité est absolument inutile; par surcroît, elle prolonge la misère du demandeur.

Est-il possible, légalement, de supprimer ce préliminaire ? Nous le croyons, Monsieur le juge de paix et nous serions infiniment heureux de vous voir partager notre opinion.

Rien, dans le texte de la loi du 9 avril 1898 n'impose la tentative de conciliation en ce qui concerne l'indemnité journalière, dont le caractère est forfaitaire. C'est donc aux règles du droit commun qu'on doit se référer.

Si, en principe, toute demande pouvant donner lieu à une transaction entre les parties doit être soumise au préliminaire de la conciliation avant de faire l'objet d'une citation, des exceptions toutefois ont été prévues par le législateur.

Tout d'abord, il faut reconnaître que l'article *30 de la loi* de 1898 interdisant, à peine de nullité, toute convention contraire à ladite loi, il n'est pas possible, licitement, d'établir une conciliation sur des conventions qui ne seraient pas conformes au vœu de la loi. Ce n'est donc que sur d'autres détails que pourraient se concilier les parties si l'une d'elles, la défenderesse, ne faisait pas toujours, systématiquement, défaut.

Les points sur lesquels pourrait intervenir la conciliation en matière de paiement d'indemnités journalières — si cette conciliation pouvait être tentée en fait — ne seraient peut-être pas quantité négligeables, nous le concédons; mais ce bénéfice peut être abandonné, à notre avis, en échange des avantages que donne la citation immédiate, si elle paraît possible.

Nous sommes convaincus que la suppression de l'avertissement en conciliation, quand il s'agit d'indemnité journalière, n'est pas illicite.

Vous connaissez mieux que nous, Monsieur le Juge, le texte de l'article 17 de la loi du 2 mai 1855, qui autorise les huissiers à donner citation à votre barre sans le préliminaire de la conciliation, quand il s'agit de causes requérant célérité. Vous pensez certainement, comme nous, que c'est bien le cas du blessé du travail, qui n'a pu gagner son salaire depuis une, deux semaines et parfois davantage, et qui attend, pour lui et les siens, la demi-ration que lui alloue la loi de 1898.

Vous connaissez également l'article 49 du Code de procédure civile, qui dispense du préliminaire de conciliation, les demandes d'arrérages de pension.

L'indemnité journalière prescrite par la loi est bien assimilable à une pension alimentaire, non encore fixée par jugement, il est vrai, mais dont l'obligation est presque inéluctable.

L'esprit de l'article 6 du Code de procédure peut encore intervenir en faveur du désir que nous émettons.

C'est probablement en s'inspirant de ces considérations équitables, que le droit ne semble pas proscrire, que plusieurs juges de paix, au nombre desquels on cite MM. les Juges des 9e, 12e arrondissements de Paris, ceux d'Ivry, Charenton et Boulogne (Seine), ceux de Longjumeau et Gonesse (S.-et-O.), ont accoutumé d'autoriser la citation par huissier, sans préliminaire de conciliation, sans rencontrer d'objections de la part des justiciables ou des parquets.

Nous venons vous prier, Monsieur le Juge de paix, de vouloir bien examiner s'il vous conviendrait aussi de supprimer la tentative de conciliation que les débiteurs des blessés du travail jugent sans valeur, puisqu'ils croient devoir toujours s'y soustraire. Elle n'a d'autre résultat que de retarder de près d'une semaine la décision après laquelle des malheureux attendent avec une impatience bien légitime.

Si vous jugiez bon, Monsieur le Juge de paix, de procéder à l'avenir de cette façon, les justiciables à qui profiterait cette mesure équitable, humanitaire entre toutes, vous en seraient profondément reconnaissants.

Le *Conseil judiciaire* de l'Union des Syndicats serait hautement honoré de connaître votre opinion à ce sujet.

Nous vous prions, Monsieur le Juge de paix, d'agréer l'expression de notre profond respect.

Pour le Conseil judiciaire :

L'un des Secrétaires

E. QUILLENT.

Paris, le 28 novembre 1910,

Monsieur le Juge de paix,

Au mois de septembre dernier, nous avons eu l'honneur de vous adresser la lettre-circulaire ci-incluse, relative à la formalité de la conciliation en matière d'indemnité journalière pour accidents du travail.

A ce jour, une vingtaine de Juges de paix du département de la Seine ont bien voulu nous faire connaître leur avis à ce sujet. Presque toutes les réponses qui nous sont parvenues sont favorables au desideratum que nous avons manifesté.

Vous êtes, Monsieur le Juge, parmi les magistrats qui ont omis de nous dire ce qu'ils pensaient de notre démarche, inspirée uniquement, vous n'en doutez pas, par l'intérêt que nous portons aux travailleurs blessés.

Tenant compte de ce que notre envoi fut fait pendant la période des vacances, et que vous n'avez peut-être pas été touché par notre lettre, nous croyons devoir la réitérer.

Avec le ferme espoir que vous voudrez bien nous pardonner notre importunité, nous vous

prions, Monsieur le Juge de paix, d'agréer l'expression de nos respectueux sentiments.

Pour le Conseil judiciaire :

L'un des secrétaires,

E. QUILLENT.

En me communiquant copie de ces lettres, le secrétaire du conseil judiciaire m'a remis la note suivante :

Union des Syndicats du Département de la Seine

Secrétariat : Maison des Fédérations.

33, rue Grange-aux-Belles, Paris (X[e] Arr.)

Paris, le 24 mai 1911,

Mon cher docteur,

Veuillez trouver ci-inclus les deux circulaires dont je vous ai parlé hier. 28 juges de paix du département de la Seine ont répondu à notre circulaire :

Se sont déclarés partisans de la suppression :

MM. les juges de Paris, 1[er] arrond. ; Paris, 8[e] arr. ; Paris, 9[e] arr. ; Paris, 11[e] arr. ; Paris, 13[e] arr. ; Paris, 16[e] arr. ; Paris, 19[e] arr. ; Paris, 20[e] arr. ; Saint-Ouen, Levallois, Pantin, Colombes, Charenton, Puteaux, Villejuif, Sceaux, Boulogne, Noisy.

Accordent le permis de citer sur requête :

MM. les Juges de Paris, 4[e] arr. ; Paris, 5[e] arr. ; Paris, 14[e] arr. et 15[e] arr. ; Paris, 17[e] arr. ; d'Asnières, Vanves, Courbevoie, Montreuil, Clichy.

Les juges du 7[e] arr. et de Nogent croient devoir *maintenir le préliminaire de conciliation.*

Les autres juges n'ont pas fait connaître leur opinion, mais quelques-uns ne seraient peut-être pas hostiles à permettre de citer sur demande écrite de l'intéressé. On peut le tenter.

Recevez, mon cher Diverneresse, mon salut bien amical.

E. QUILLENT.

D'autre part une très importante organisation ouvrière du Havre nous a communiqué la note suivante :

La suppression de la conciliation dans les instances en justice de paix.

Le *Centime Mutuel du blessé,* du Havre, réuni en Assemblée générale, avait émis le vœu suivant :

« Considérant que certains assureurs suppriment systématiquement le demi-salaire lorsque le blessé ne se fait pas soigner par le médecin d'assurance ;

« Considérant que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 est ainsi violé impunément par des assureurs qui retardent le paiement de la pitance journalière sans aucune sanction ;

« Considérant que la victime du travail, sans moyens d'existence, est obligée de s'adresser à l'appareil judiciaire, toujours lent à se mettre en mouvement, pour obtenir son dû et reste ainsi plusieurs jours sans pain malgré la loi ;

« Considérant que le patron qui prend l'initiative de poursuite a le moyen, en présentant requête et choisissant l'huissier, de citer directement la victime du travail devant le juge de paix, sans passer par la conciliation et gagne ainsi du temps ;

« Considérant qu'il est équitable de généraliser au profit de l'accidenté, ce qui est devenu la pratique ordinaire en matière de poursuites intentées par l'entreprise,

Emet le vœu :

« Que l'accidenté qui réclame en justice le paiement du demi-salaire soit dispensé des préliminaires de la conciliation ; l'exploit sera délivré par l'huissier désigné par le visa du juge de paix auquel seront soumis le certificat médical délivré au blessé et le récépissé de déclaration.

« Que cette disposition prenne place dans l'article 15 de la loi ».

Ce vœu a été transmis au Ministère du Travail *par l'entremise de M. Siegfried, député.*

Ce dernier vient de recevoir la lettre suivante, qu'il a communiquée au D[r] Abramovitsch, président du *Centime mutuel.*

« Monsieur le député et cher collègue,

« Vous avez bien voulu appeler mon attention sur un vœu émis par le *Centime mutuel du Blessé,* concernant l'application de la loi du 9 avril 1898.

« Je m'empresse de vous informer que j'ai donné des instructions au service du contrôle des assurances pour que cette question soit étudiée dans le plus bref délai possible.

« Veuillez agréer, Monsieur le député et cher collègue, l'assurance de ma haute considération.

« Le Ministre du Travail et de la Prévoyanc Sociale,

« Signé : BONCOUR. »

(*Progrès du Havre,* 11 juin 1911.)

Enfin le congrès de l'Association ouvrière d'hygiène, où plusieurs Syndicats médicaux, le *Concours* et le « Sou » avaient envoyé des délégués, a adopté le vœu suivant :

Extrait du rapport sur l'amélioration de la loi-accidents présenté au Congrès de l'Association ouvrière d'hygiène (juillet 1911).

Tout d'abord, nous réclamons la suppression de l'appel en conciliation en justice de paix pour des contestations relatives à l'indemnité journalière de demi-salaire due en cas d'incapacité temporaire. Comme les assureurs font toujours défaut à la conciliation, la maintenir, c'est vouloir une pure perte de temps d'une semaine au moins, pendant laquelle le blessé attend le demi-salaire dont il a besoin pour vivre.

Ajoutons qu'en principe, ce préliminaire de conciliation est contraire à la loi. L'article 30 dit que toute convention contraire aux prescriptions de cette loi est nulle de plein droit. Aucune transaction n'est donc possible et l'on doit s'abstenir légalement de faire accepter au blessé autre chose que ce que la loi déclare être son dû.

En ce qui concerne les expertises, il conviendrait lorsque le juge de paix désigne un expert,

que cette notification lui soit faite immédiatement sur la minute, et avant la formalité de l'enregistrement et non au bout des 3 semaines que prend le greffier.

Ensuite l'expert devrait convoquer le blessé et faire son expertise dans les 4 jours qui suivent le prononcé du jugement qui le désigne comme expert, puis 2 jours pour rédiger et déposer son rapport, de manière que le juge puisse, à l'audience de huitaine, prononcer définitivement, et cela sous peine de nullité de l'expertise, d'amende contre l'expert. et de radiation de celui-ci de la liste des experts.

Simple réflexion.

Pourquoi les Syndicats médicaux ne demanderaient-ils pas aux juges de paix de leur région d'accorder aux syndicats médicaux pour les médecins ce qu'ils ont accordé aux syndicats ouvriers pour les blessés ; c'est-à-dire la suppression de la conciliation pour les différends sur les honoraires médicaux, au moins en matière d'accidents du travail ?

Pourquoi ne s'entendent-ils pas, à ce sujet du moins, avec les syndicats ouvriers, pour obtenir la suppression de cette formalité devenue inutile par le fait de l'insurrection des patrons et des assureurs contre les lois sociales ?

Les médecins, en défendant le demi-salaire des blessés, favoriseraient le libre choix et conserveraient dans leur clientèle un grand nombre de blessés qui ne vont chez les médecins des compagnies ou des usines que parce qu'ils touchent sans retard leur demi-salaire en récompense de leur soumission aux ordres du chef d'usine ou de l'agent de la compagnie. De même ils conserveraient aussi les nombreux blessés qui ne vont dans certaines cliniques d'accidents du travail que parce qu'ils y touchent aussi sans retard le demi-salaire, que le médecin de la clinique a eu la sagacité de leur avancer, trouvant ainsi le seul moyen de répondre du tac au tac aux manœuvres des assureurs et de certains patrons. Nous allons voir si les syndicats médicaux, qui prétendent pouvoir suffire à tout, pourront obtenir pour les médecins ce que les syndicats ouvriers ont obtenu pour les blessés.

Il est vrai que les syndicats ouvriers n'acceptent pas les *jaunes* dans leur sein, tandis que beaucoup de syndicats médicaux confient la direction de leurs syndicats aux médecins d'assurances ou d'usines.

DIVERNERESSE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'augmentation des honoraires médicaux.

Nous livrons à la méditation de nos confrères les lignes suivantes :

La vie chère. — La *République française*, M. LATAPIE :

Les ménagères du Nord, qu'elles nous permettent de le leur dire, s'y prennent mal. Ce n'est pas aux fermiers qu'elles devraient s'attaquer. Les fermiers sont, eux aussi, des victimes. S'ils augmentent les prix des denrées qu'ils produisent, c'est que le prix de la vie augmente aussi pour eux. S'ils achètent une machine agricole ou s'ils la font réparer, ils sont obligés de payer plus cher qu'autrefois, parce que les salaires industriels se sont considérablement élevés ; les ouvriers qu'ils emploient sur leurs terres se font aussi payer plus cher. Tout augmente. Il est impossible d'exiger qu'une catégorie quelconque de producteurs conserve les anciens prix et soit mise hors du mouvement qui entraîne la nation entière.

Ces réflexions ont une saveur toute particulière, écrites au moment où l'on fait de la philanthropie aux dépens du médecin.

Vraiment, il est impossible qu'une catégorie quelconque de producteurs conserve les anciens prix ? Alors pourquoi tolérer que les Mutualités se livrent, à notre endroit, à un marchandage éhonté, criant à l'exploitation lorsqu'un médecin se refuse à donner des soins pour 0,25 cent. ? Sur quelles données sociologiques se basent les assurances pour essayer de faire plier le médecin sous le joug d'un forfait rabaisien ?

Pourquoi l'Etat lui-même tolère-t-il que le tarif Dubief n'accorde que vingt sous de consultation au médecin rural et pourquoi les pouvoirs publics mettent-ils tant de mauvaise grâce à écouter les revendications exposées par les médecins membres de la commission de révision du tarif Dubief ?

Pourquoi le département alloue-t-il des honoraires ridicules pour l'assistance médicale, pour les ouvriers hospitalisés, etc ?

Nous serions tentés de croire que les médecins sont hors la loi et que tels les anciens manants, ils sont taillables et corvéables à merci.

Ah ! chers confrères, quand donc consentirez-vous à comprendre que le forfait, c'est l'ennemi, c'est un rabais qui permet à un seul de conserver la clientèle d'une collectivité au détriment de ses confrères et même à son propre désavantage ?

Quand donc aurez-vous des tarifs dignes de la noblesse de la profession que vous exercez, des services sociaux que vous rendez, du titre de docteur que vous avez si chèrement conquis ?

Quand donc aurez-vous le courage de vouloir vivre de votre art, de toucher la juste rémunération de vos peines ?

Quand donc, comme à Oyonnax et ailleurs, afficherez-vous tous votre tarif général et votre tarif rural, dans votre salle d'attente, pour ne pas être exposé au dégradant marchandage ?

Quand donc saurez-vous tenir correctement vos livres de compte ? Quand vous déciderez-vous à envoyer régulièrement vos notes d'honoraires ? à les faire recouvrer ? à poursuivre les débiteurs récalcitrants ?

Pendant que vous vous combattez entre confrères, *medicus medico lupus*, pendant que vous suspectez votre voisin, le prix de la vie augmente autour de vous, alors que vos honoraires diminuent.

Vous parlez de pléthore médicale alors que vous ne savez pas ou vous ne voulez pas vous faire payer.

Oui, notre profession est une science et un art : mais comme personne ne nous fait des rentes et comme nous sommes souvent les fils de nos œuvres, ne rougissons pas de demander le prix du service que nous avons rendu à notre client qui nous traite en épicier.

Le temps n'est plus du médecin ami et confident de la famille ; de nos jours, la reconnaissance est chose rare. Soyons donc plus réalistes et moins idéologues.

Disons avec M. Latapie : « Nous, médecins, ne devons pas être mis hors du mouvement qui entraîne la nation entière. La valeur de l'argent baisse. Trouvez donc bon, Messieurs nos clients, que nous élevions nos tarifs comme le font tous vos fournisseurs et que nous nous mettions aussi à faire rentrer régulièrement nos notes d'honoraires. Vous avez droit à toute notre science et à tout notre dévouement ; mais nous obéissons au mot d'ordre de nos syndicats : nous voulons vivre et faire vivre notre famille comme tout citoyen de notre pays. »

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'administration

28 septembre 1911.

Présents : MM. Maurat, Noir, Mignon, Gassot, Bresselle, Diverneresse, Vimont.

Excusés : MM. Jeanne, Boudin, de Ranse.

Le procès-verbal de la séance du 20 juillet est lu et adopté sans observations.

Le Président donne lecture d'une lettre par laquelle M. le Dr de Ranse déclare donner sa démission de membre du Conseil d'administration en raison de ses absences de Paris fréquentes et prolongées.

M. le Dr Vimont est en possession des récépissés des titres formant le portefeuille de l'Association amicale, titres déposés à la Société générale, agence BN.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

10	30 jours	300	»
18	Cure thermale	100	»
33	Cure thermale	100	»
35	49 jours	490	»
38	16 jours	160	»
41	60 jours + 14 jours à 3.33	646	50
47	22 jours	220	»
78	3 mois	300	»
80	3 mois	300	»
83	16 jours	160	»
91	23 jours	230	»
100	3 mois	300	»
107	3 mois	300	»
137	3 mois	300	»
141	3 mois	300	»
142	3 mois	300	»
147	3 mois	300	»
154	3 mois	300	»
164	Cure thermale	100	»
173	3 mois	300	»
176	Cure thermale	100	»
179	3 mois	300	»
180	39 jours	390	»
186	3 mois	300	»
215	3 mois	300	»
219	6 jours	60	»
223	47 jours	470	»
245	28 jours	280	»
249	32 jours	320	»
303	Cure thermale	100	»
325	29 jours	290	»
332	3 mois	300	»
341	3 mois	300	»
348	Cure thermale	100	»
372	3 mois	300	»
373	3 mois	300	»
393	32 jours	320	»
412	3 mois	300	»
421	3 mois	300	»
479	25 jours	250	»
495	36 jours	360	»
496	21 jours	210	»
549	3 mois	300	»
558	25 jours	260	»
561	12 jours	120	»
579	7 jours	70	»
592	19 jours	190	»
599	12 jours	120	»
657	un mois + 12 jours à 3.33	139	95
677	3 mois	300	»
680	Cure thermale	100	»
690	37 jours	370	»
695	Cure thermale	100	»
698	25 jours et cure thermale	370	»
719	3 mois	300	»
749	3 mois	300	»
787	Cure thermale	100	»
837	15 jours	150	»
856	6 jours + 1 mois et 7 jours	191	65
875	37 jours	370	»
893	10 jours	100	»
895	12 jours	120	»
904	3 mois	300	»
912	3 mois + 10 jours à 3 33	333	50
933	54 jours	540	»
968	60 jours + 28 jours à 3.33	698	25
977	45 jours	450	»
1013	51 jours	510	»
1052	1 mois	100	»
1076	19 jours	190	»
1097	27 jours	270	»
1111	28 jours	280	»
1121	32 jours	320	»
1154	3 mois	300	»
1194	15 jours	150	»
1200	7 jours	70	»
1206	49 jours	490	»
1213	30 jours	300	»
1232	60 jours + 7 jours à 3.33	623	30
1243	31 jours	310	»

1245	51 jours	510	»
1246	Cure thermale	100	»
1250	51 jours	510	»
1282	43 jours	430	»
1304	3 mois	300	»
1308	3 mois	300	»
1350	36 jours + cure thermale	460	»
1360	7 jours	70	»
1374	19 jours	170	»
1394	21 jours	210	»
1401	60 jours + 2 à 3.33	606	65
1408	3 jours + 2 mois 27 jours	320	»
1451	60 jours + 1 jour	603	30
1452	60 jours + 24 jours	679	90
1453	17 jours + 2 mois 7 jours	486	65
1479	30 jours	300	»
1488	13 jours	130	»
1573	15 jours + 22 jours à 3 fr. 33	223	25
1592	14 jours	140	»
1596	29 jours	290	»
1607	42 jours	420	»
1616	17 jours	170	»
1619	5 jours	50	»
1622	60 jours + 14 jours à 3.33	646	60
1673	30 jours	300	»
1675	10 jours	100	»
1679	8 jours	80	»
1685	39 jours	390	»
1687	8 jours	80	»
1706	40 jours	400	»
1707	17 jours	170	»
1714	*51 jours*	*510*	»
	Total	31.934	30

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison MA

Dr Martin, à Rigny-le-Ferron (Aube).
Dr Limouzy, à Orléans (Loiret).
Dr Boyé, à Jouvelle (Haute-Saône).
Dr Conte, à Carcassonne (Aude).
Dr Castagnoni, à Laverdure (Constantine).
Dr Boivert, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
Dr Armand, à Mâcon (Saône-et-Loire).
Dr Lefort, à Arbois (Jura).
Dr Damey à Douarnenez (Finistère).
Dr Marmarian, à La Selle-sur-le-Bied (Loiret).

Combinaison P.

Dr Charbonnier, à Caen, (Calvados).
Dr Leblanc, à Courçais (Allier).
Dr Limouzy, à Orléans (Loiret).
Dr Bérard, à Paris.
Dr Guny, à Lassigny (Oise).
Dr Goupil, à Bar-sur-Aube (Aube).

Passage de C. à P.

Dr Lapeyre, à Meyrueis (Lozère).
Dr Valot, à Bécon (Maine-et-Loire).
Dr Rayrolles, à Pierrefort (Cantal).
Dr Lecomte, à Paris.
Dr Lachèze, Hautefort (Dordogne).
Dr Laur, à Tournemire (Aveyron).
Dr Metais, à Surgères (Charente-Inférieure).

Combinaison R.

Dr Pélissié, à Luzech (Lot).
Dr Boisvert, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
Dr Bardoux, à Paris.

Combinaison V.

Dr Castagnoni, à Laverdure (Constantine).

Plusieurs de ces admissions sont subordonnées à l'adhésion à l'Association générale des Médecins de France.

Le Conseil annule l'admission antérieurement prononcée du Dr Malot qui n'a pas donné suite.

Le Conseil constate encore une fois qu'un certain nombre de sociétaires, qui étaient encore malades lors de sa dernière réunion, n'ont pas donné de nouvelles depuis lors. Il ajourne pour eux tout examen du droit à l'indemnité qu'ils peuvent avoir et décide qu'il leur appliquera les sanctions prévues par les statuts.

Le Conseil fixe sa prochaine réunion au jeudi 19 octobre pour la préparation de l'Assemblée générale annuelle. Les commissaires des comptes se réuniront le lendemain, vendredi 20 octobre.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, BRESSELLE. — *Le Président,* A. MAURAT.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

COUR D'APPEL DE PARIS

7e *Chambre.*

30 *mars* 1911.

Le montant des frais médicaux dus par le patron d'un blessé du travail ne peut valablement être fixé par la décision judiciaire rendue entre le patron et l'ouvrier en dehors du médecin traitant. La tierce opposition formée par le médecin contre cette décision est recevable, même dans le cas où celui-ci a négligé de frapper d'appel le jugement du Tribunal de paix qui l'a débouté de sa demande en paiement de ses honoraires en lui opposant la décision attaquée.

Considérant d'une part que l'arrêt de cette chambre intervenu le 3 novembre 1908 entre C., ouvrier victime d'un accident du travail, et P., patron de celui-ci, constitue un préjugé défavorable aux prétentions du docteur Vaillant, dans les termes où il ne met à la charge de P. les frais médicaux et pharmaceutiques qu'à concurrence de 350 frs. alors que le dit docteur prétend être créancier de P. de la somme de 401 francs pour soins médicaux seulement ;

Considérant qu'il est constant d'autre part, que le docteur Vaillant n'a pas été appelé lors dudit arrêt, qu'il n'a point été non plus représenté, puisque l'une des parties C. n'est pas son débiteur et que l'autre partie P., qui seul est son

débiteur en vertu de la réquisition qu'il lui a adressée le 23 juillet 1906 de donner des soins à son ouvrier blessé, y avait un intérêt manifestement contraire au sien ;

Considérant que la tierce opposition formée par le docteur Vaillant à l'arrêt précité réunit ainsi les conditions de récusabilité exigées par l'art. 474 du Code de procédure civile;

Considérant que c'est à tort que P. allègue que la dite tierce opposition serait irrecevable parce que le docteur Vaillant aurait négligé de se pourvoir régulièrement contre la sentence du juge de paix, qui, pour repousser la demande en paiement de 401 francs représentant ses honoraires qu'il avait intentée contre P., lui a opposé comme ayant l'autorité de la chose jugée l'arrêt qui lui fait grief ;

Qu'en effet, il est de principe que la voie de la tierce opposition est de sa nature facultative et peut toujours être exercée même quand une autre voie de recours est ouverte ;

Considérant au fond que les renseignements fournis par le docteur Vaillant rendent vraisemblable sa double prétention : 1° que les soins médicaux qu'il a donnés du 23 juillet 1906 au 27 avril 1908 à l'ouvrier C. ont été nécessités par l'accident dont celui a été victime le 23 juillet 1906 ; 2° que la somme de 401 fr., à laquelle il fixe les honoraires qui lui sont dus à raison de ses soins n'est pas exagérée ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la tierce opposition est fondée ;

Vu, quant aux dépens, l'art. 130 du code de procédure civile ;

Par ces motifs :

En donnant acte à C. de ce qu'il s'en rapporte à la justice ;

Dit et juge que la tierce opposition est recevable et bien fondée ;

En conséquence, déclare sans effet, à l'égard du docteur Vaillant l'arrêt, du 3 novembre 1908 ;

Rejette toutes autres conclusions des parties comme non justifiées ; ordonne en tant que de besoin la restitution de l'amende fixée par l'art. 479 du Code de procédure civile ; fait masse des dépens, dit qu'ils seront supportés à concurrence de 9/10 par P. et d'un dixième par C.

Note. — L'arrêt ci-dessus a été obtenu avec l'appui pécuniaire du « Sou médical » et après plaidoirie de Me Gatineau.

La compagnie d'assurances qui soutenait le procès sous le nom du patron s'est exécutée, aussitôt l'arrêt rendu, en payant intégralement au Dr Vaillant les honoraires qu'il réclamait.

Bien que le médecin ait eu gain de cause dans cette affaire, la procédure employée n'est pas à conseiller. Elle est longue et coûteuse, et il eût été plus expéditif de frapper d'appel le jugement de paix qui avait débouté le Dr Vaillant de sa demande en lui opposant l'arrêt de la Cour de Paris qu'il a dû attaquer ensuite par la voie de la tierce opposition.

C'est là un des nombreux cas où le délai de 15 jours de la date du jugement, que la loi accorde pour interjeter appel, eût été fatal au médecin, s'il n'avait pas fait partie du « Sou médical », car il aurait très probablement hésité à engager de ses deniers la procédure coûteuse de la tierce-opposition.

J. D.

TRIBUNAL DE PAIX DE PLOMBIÈRES-LES-BAINS (Vosges).

9 septembre 1911.

Le « tout compris » de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 *n'est pas applicable au cas où l'ouvrier blessé, même hospitalisé, a été opéré et soigné, vu l'urgence, dans une salle louée spécialement à cet effet et indépendante des services de l'hôpital. Le médecin traitant et le chirurgien qui a fait l'opération ont alors le droit de réclamer au patron le paiement de leurs honoraires.*

1er Jugement.

Attendu qu'aux termes de son exploit introductif d'instance, le docteur Vatin réclame à la veuve L. le paiement d'une somme de 116 francs, tant pour soins, honoraires et débours à l'occasion d'un accident du travail, survenu à un ouvrier de l'entreprise L. le sieur H., au Val-d'Ajol, le 14 janvier 1910 ;

Attendu que la veuve L. soutient que la demande du docteur Vatin est non recevable par application de l'article 4, paragraphe 3 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905 qui a défini et limité les obligations du chef d'entreprise relativement aux frais d'hospitalisation ;

Qu'elle prétend que l'ouvrier a été hospitalisé à l'hospice communal du Val-d'Ajol, c'est à la caisse de l'hospice que doit être payé le prix des journées d'hospitalisation, les mots « tout compris » de l'article de la loi sus-rappelée s'appliquant aux honoraires des médecins appelés à soigner les victimes d'accident du travail dans les hôpitaux ;

Attendu que le docteur Vatin prétend qu'il a été appelé le 14 janvier 1910, par le chef d'entreprise à donner les soins à l'ouvrier H., qui venait d'être victime d'un accident très grave ;

Qu'en effet le blessé était atteint d'une fracture compliquée du crâne, d'une fracture de la jambe gauche et se trouvait dans le coma;

Que dans cet état une intervention chirurgicale était nécessaire et urgente ;

Que cette opération ne pouvait être pratiquée au domicile du blessé, mais dans un local favorable ;

Qu'il ajoute que le blessé ne pouvait être placé dans les salles de l'hospice du Val-d'Ajol où rien n'était disposé tant pour opérer que pour soigner des blessés de ce genre ;

Attendu que le docteur Vatin déclare en outre, que, d'un commun accord avec le chef d'entreprise, il fut convenu que l'ouvrier H. serait placé dans un local convenable où il serait opéré et soigné et que c'est dans ces conditions qu'il loua, dans les dépendances de l'hospice du Val-d'Ajol

une chambre indépendante des services qu'il fit aménager lui-même pour recevoir le blessé ;

Attendu que toutes les explications de fait ainsi formulées par le docteur Vatin ne sont nullement contredites par la dame L., qui se borne à prétendre aujourd'hui qu'il y a eu hospitalisation du blessé au sens de la loi de 1898 ;

Attendu qu'il résulte des documents versés aux débat et de toutes les circonstances de la cause, qu'au moment même de l'accident, le chef d'entreprise entendait que son ouvrier fût soigné et opéré selon les indications du médecin traitant auquel il donnait mandat à cet effet ;

Attendu qu'il est établi que le chef d'entreprise a payé ou fait payer, par la compagnie d'assurances qui le couvre, les frais pharmaceutiques, nécessités par l'accident litigieux, frais cependant qui ne devaient pas lui incomber si sa thèse actuelle était exacte ;

Attendu qu'il est établi également que la dame n'a rien payé à l'hospice pour des frais quelconques d'hospitalisation ;

Attendu enfin qu'il ne saurait être méconnu que l'hospice du Val-d'Ajol n'est pas aménagé comme certains établissements publics hospitaliers, où les malades de toutes catégories peuvent être reçus, soignés et opérés le cas échéant, ayant un service médical organisé.

Attendu que le local où a été placé l'ouvrier blessé, ainsi que cela résulte de toutes les circonstances de la cause, doit être assimilé à une clinique privée qui ne saurait être atteinte par les dispositions de la loi du 31 mars 1905, laquelle constitue d'ailleurs une dérogation au droit commun et doit par suite être interprétée *stricto sensu, qui dit en droit strict* ;

Attendu que la note des frais, honoraires et débours présentée par le docteur Vatin n'est nullement exagérée ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens.

Par ces motifs, statuant contradictoirement et en dernier ressort :

Disons que la demande du docteur Vatin est juste et fondée, et condamnons la défenderesse a payer sans délai au demandeur la somme de 116 francs qu'elle lui doit pour les causes sus-énoncées, aux intérêts au taux légal à compter du jour de la demande et en tous les dépens de l'instance.

2° JUGEMENT

Attendu qu'aux termes de son exploit introductif d'instance, le docteur Gauthier réclame à la veuve L. le paiement d'une somme de 291 frs 80 centimes pour soins, opération chirurgicale, débours aux aides et fournitures diverses à l'occasion d'un accident du travail survenu à un ouvrier de l'entreprise L., le sieur H. au Val-d'Ajol le 14 janvier 1910 ;

Attendu que la veuve L. soutient que la demande du docteur Gauthier est non recevable par application de l'article 4, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, qui a défini et limité les obligations du chef d'entreprise relativement aux frais d'hospitalisation ;

Qu'elle prétend que l'ouvrier H., ayant été hospitalisé à l'hospice communal du Val-d'Ajol, c'est à la caisse de l'hospice que doit être payé le prix des journées d'hospitalisation, les mots « tout compris » de l'article de la loi sus-rappelée s'appliquant aux honoraires des médecins appelés à soigner les victimes d'accident du travail dans les hôpitaux ;

Attendu que le docteur Gauthier soutient qu'il a été appelé par son confrère Vatin, du Val-d'Ajol, et ce d'accord avec le chef d'entreprise pour pratiquer sur l'ouvrier blessé une opération chirurgicale jugée urgente et nécessaire ;

Qu'il ajoute que cette opération fut faite en présence d'un employé de l'entreprise L., représentant le patron, dans un local choisi et loué à cet effet par son confrère Vatin, local complètement indépendant des services de l'hospice du Val-d'Ajol ;

Attendu que toutes les explications de fait formulées par le docteur Gauthier ne sont nullement contredites par la dame L., qui se borne à prétendre aujourd'hui qu'il y a eu hospitalisation au sens de la loi de 1898 et, partant, qu'elle ne doit rien en dehors des frais d'hospitalisation calculés suivant les termes de la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu qu'il n'est pas dénié que s'agissant d'une fracture compliquée du crâne et d'une fracture de la jambe gauche, une opération chirurgicale s'imposait d'urgence et que cette opération ne pouvait être faite au domicile du blessé ;

Attendu qu'il résulte des documents versés aux débats et de toutes les circonstances de la cause qu'au moment même de l'accident, le chef d'entreprise entendait que son ouvrier fût soigné et opéré de concert entre le docteur Vatin et son confrère Gauthier, appelé d'urgence, comme chirurgien ;

Attendu qu'il est établi que le chef d'entreprise a payé ou fait payer par la compagnie d'assurances qui le couvre les frais pharmaceutiques nécessités par l'accident litigieux, frais qui cependant ne devraient pas lui incomber si la thèse actuelle était exacte ;

Attendu qu'il est établi également que la dame L. n'a rien payé à l'hospice pour des frais quelconques d'hospitalisation.

Attendu en outre qu'à un moment donné la dame L., ou la compagnie d'assurances qui la couvre, considérait bien qu'elle était tenue de payer l'intervention chirurgicale du docteur Gauthier, puisqu'elle lui avait offert une somme de cent fr. ;

Attendu enfin qu'il ne saurait être méconnu que l'hospice du Val-d'Ajol n'est pas aménagé comme certains établissements publics hospitaliers où les malades de toutes catégories peuvent être reçus, soignés, et opérés le cas échéant, ayant un service médical organisé ;

Attendu que le local où a été placé l'ouvrier blessé ainsi que cela résulte de toutes les circonstances de la cause, doit être assimilé à une clinique privée qui ne saurait être atteinte par les dispositions de la loi du 31 mars 1905, laquelle constitue d'ailleurs une dérogation au droit commun et doit par suite être interprétée *stricto sensu* ;

Attendu que la note présentée par le docteur Gauthier pour soins, opération chirurgicale, débours aux aides et fournitures diverses n'est nullement exagérée, qu'il l'accompagne d'ailleurs de toutes justifications utiles ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs :

Statuant contradictoirement et en dernier ressort,

Disons que la demande du docteur Gauthier est juste et fondée, et condamnons la défenderesse à payer sans délai au demandeur la somme de 291 francs 80 centimes qu'elle lui doit pour les causes sus-énoncées, aux intérêts au taux légal à compter du jour de la demande et en tous les dépens de l'instance.

Note. — Voir dans ce sens : Tribunal de paix du canton nord de Confolens, 18 janvier 1909 (*Conc. méd.*, 1909, p. 549).

CORRESPONDANCE

Les avantages de la bonne confraternité.

Mon cher Confrère,

Dans un des derniers numéros du *Concours*, vous invitiez les confrères à venir prouver aux incrédules, par des exemples vécus, que la bonne confraternité peut toujours s'établir entre médecins d'un même pays, alors même que les circonstances paraissent le plus défavorables à une entente sincère. Permettez-moi donc de vous citer ce qui s'est passé ici.

Quand je m'établis à X...., il y a 12 ans, j'y trouvai comme confrère, le Dr Z, qui y exerçait depuis quelques années et pensait y rester seul. Désireux d'entretenir avec lui de bonnes relations, je lui rendis visite, dès mon arrivée ; mal conseillé, ce confrère refusa de me recevoir et peu de temps après, son hostilité éclata : propos désobligeants, refus de consultations en commun, dénigrement professionnel,..... toute la kyrielle habituelle des procédés de guerre des mauvais confrères y passa ; bien mieux, il s'oublia, dans la rue, à des scènes d'une violence inouïe à mon égard, — me traitant, — à propos d'une mort malheureuse qui ne m'était du reste nullement imputable, d' « assassin, — de tueur de femmes », etc.... .

J'en passe et des.... meilleures. — Cette fois, mon excellent confrère, le Dr M., de C. voulut bien s'interposer et obtint du D Z. une lettre d'excuses dont je me contentai.

A quelques années de là, une scène du même genre se produisit, en pleine place publique, un jour de fête ; ce fut un débordement d'injures à faire rougir un vieux grenadier. Cette fois, ma patience était à bout ; je poursuivis le Dr Z. en correctionnelle ; il y fut condamné à 100 fr.. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts pour injures publiques.

Malgré tout, je n'abandonnai pas l'espoir de renouer des relations avec lui. En effet, à quelque temps de là, se trouvant, par une froide nuit d'hiver, au chevet d'un enfant, victime d'un accident très grave, il consentit à laisser l'entourage m'appeler en consultation. Je m'efforçai d'être très courtois à son égard ; nous revîmes le malade ensemble plusieurs fois et un beau jour, le Dr Z. me déclara spontanément qu'après tout je n'étais nullement le mauvais confrère que des gens malententionnés lui avaient dépeint, — qu'il regrettait sa conduite passée, etc.

. . . .

A l'heure actuelle, nous avons *d'excellentes* relations confraternelles. Faisant de la chirurgie, je le prends comme aide ; lui-même m'envoie ses clients à opérer ; nous nous appelons en consultation, nous allons relever nos tarifs d'un commun accord. Tout est pour le mieux ; nous y trouvons l'un et l'autre notre avantage et surtout une très grande satisfaction morale, ce qui vaut encore mieux.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

D' N.

BIBLIOGRAPHIE

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéromédicale. Abonnement : 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger : 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger : 15 fr.) A. Rouzaud, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du n° de septembre 1931. — Un demi-fou de génie : Auguste Comte (5 illustr.), par le prof. Grasset (de Montpellier). — Son orgueil maladif ; ses crises de folie ; son amour profane pour Caroline Massin, son amour mystique pour Clotilde de Vaux ; l'idée religieuse dans sa philosophie. — *Le docteur Villandre, chirurgien et peintre* (6 illustr.), par le Dr Ameuille. — La vaine caricature de Lucas-Championnière ; un admirateur des belles formes et des jolies femmes ; le peintre des salles de garde. — *Les Cagots* (7 illustr.), par le Dr H.-M. Fay. — Origine de ces parias ; leur histoire tragique à travers les âges ; une seule sculpture, reproduite ici, nous a transmis leurs traits. — *Les Zoophiles* (3 illustr.), par le Dr Filassier. — L'amour morbide pour les animaux (chats, fourmis, araignées, etc.) Caille-Pipi, Pierrot, etc. — *Saint-Lazare* (7 illustr.), par le Dr Lafont. — Le logis des Manon-Lescaut modernes et des « mômes » du boulevard ; leur vie ; quelques portraits de pensionnaires, quelques esquisses de la demeure. — *La tristesse, la douleur et la mort dans l'œuvre de Charles Cottet* (5 illustr.), par Paul Gsell. — Le grand critique d'art, ami de Rodin, nous dit la pensée constante de la mort dans l'âme bretonne. Cottet et la représentation de la mort. Cinq belles toiles émouvantes. — *Les causes déterminantes du sexe ; peut-on avoir fille ou garçon à volonté ?* (19 illustr.), par le Prof. Jules Regnault. — Croyances populaires ; quelques procédés naïfs ; la solution scientifique.

SUPPLEMENT. — La foudre en « boule. » — L'art culinaire au moyen-âge. — Morale bernoise. — Quelques stations thermales jugées par Montaigne. — Les danseurs russes. — Bernard Palissy et le déboisement. — La délicatesse en amour. — Le premier

congrès des races. — Mécanisme de la tentation chez les anachorètes. — Acide sulfureux et boudin noir. — Hygiène de la bouche au XVe siècle. — Les Allemands et la nouvelle Sorbonne. — La glycérine dans l'alimentation. — La médecine de jadis. — Haïtiens anthropophages. — Illustrations (Grisette de Gavarni, Cheval préhistorique, les frères Mayo, St-Mary's Hospital, Crocodile sortant de l'œuf, Femme nue).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Concours.— L'ouverture des concours de 1911 pour les emplois d'inspecteurs et de sous-inspecteurs de l'Assistance publique est fixée au 8 décembre 1911.

Sont mises au concours deux places d'inspecteurs et douze places de sous-inspecteurs.

Les épreuves écrites et les épreuves orales seront passées à Paris, au ministère de l'intérieur, ainsi que l'examen médical prévu par l'article 1er de l'arrêté ministériel du 2 octobre 1911.

Sont seules admises à concourir les personnes ci-après qui rempliront au 1er janvier 1912, ou dans les douze mois suivants, les conditions d'âge, de services, d'emploi ou d'ancienneté de grade exigées par les articles 3 et 7 du décret des 28 juillet 1906-21 août 1909 et par l'article 2 de l'arrêté du 12 novembre 1909, pour être nommé soit inspecteur, soit sous-inspecteur de l'Assistance publique. Au nombre de ces personnes figurent les docteurs en médecine.

Les candidats doivent être Français, avoir satisfait à la loi sur le recrutement en ce qui concerne le service actif et être âgés de vingt-cinq ans au moins et de trente-cinq ans au plus. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite de l'Etat, sans pouvoir toutefois dépasser quarante ans au 1er janvier de l'année du concours. Ils doivent en outre justifier d'un nombre d'années de services publics admis à compter pour la retraite de l'Etat, qui, ajoutées aux années restant à accomplir, puissent parfaire, à l'âge de cinquante-cinq ans, les vingt-cinq années ouvrant droit à pension, conformément aux prescriptions de la loi de finances du 8 avril 1910.

Les candidats aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur doivent adresser au ministre de l'intérieur :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ;

3° Des états de services, diplômes, certificats qui auraient pu leur être délivrés ou des copies de ces documents dûment certifiées ;

4° Un certificat médical dûment légalisé établissant que le candidat est d'une constitution forte et apte à remplir un service actif.

Ces pièces doivent être parvenues au bureau des services de l'enfance un mois au moins avant l'ouverture des épreuves du concours.

Nul ne peut subir plus de trois fois les épreuves du concours.

— Orchestres médicaux. — L'orchestre médical parisien va reprendre incessamment la série de ses répétitions et de ses concerts. On sait que cette année déjà, plusieurs auditions, consacrées à l'exécution d'œuvres classées parmi celles dignes des phalanges professionnelles, ont établi la réputation de la symphonie des médecins parisiens et que certaines œuvres d'assistance médicale ont bénéficié des recettes réalisées par les concerts de l'orchestre médical.

A Vienne, nos confrères ont aussi fondé une société musicale ne comptant comme exécutants que des médecins.

Berlin, centre musical de premier ordre, ne pouvait rester en arrière et aujourd'hui, il possède aussi son orchestre médical. C'est l'éminent professeur His qui dirige le faisceau des musiciens berlinois. Puisse son nom rester attaché à cette œuvre artistique, comme il est lié à celui de certain faisceau musculaire cardiaque.

Nouvelle mort d'un non-combattant. — Le médecin-major Pouillot, des troupes coloniales, se rendait à Abécher avec son ordonnance, quatre tirailleurs libérables non armés et vingt cavaliers ouadaïens. Le 5 juin, à 100 kilomètres au nord d'Abécher, le docteur fut attaqué et entouré par les rebelles. Il mit pied à terre, confia son cheval à un Ouadaïen et fit face à l'ennemi ; les quatre tirailleurs non armés prirent les armes (fusil 74 et cartouches) de quatre cavaliers et ouvrirent le feu. Le docteur tomba presque aussitôt, un autre fut fait prisonnier, un autre parvint à s'enfuir et à prévenir le commandant. Les cavaliers ouadaïens avaient disparu dès le début de la rencontre.

— La Cure-Taxe à Châtel-Guyon. — Le conseil municipal de la coquette station d'Auvergne s'est mis en instance auprès de la préfecture du Puy-de-Dôme pour la faire ériger en station thermale, conformément aux prescriptions de la loi sur la taxe de séjour. D'autre part, toutes les formalités se remplissent actuellement pour l'élection des membres de la Chambre d'Industrie thermale.

Profitons de la circonstance pour faire connaître à nos lecteurs que le nombre des baigneurs en traitement complet y a été cette année de 10.500, en progression de 800 sur le chiffre de 1910.

— Le lord-maire de Londres. — C'est un de nos confrères, et des plus vénérables, Sir Thomas Crosby, docteur en médecine, qui vient d'être élu lord-maire de Londres. Il est âgé de 81 ans, et détient le record de la maturité comme premier magistrat de la métropole anglaise; mais il y a une discordance avérée entre l'état civil du Dr Thomas Crosby et son aspect alerte et vivant.

Sir Thomas Crosby est médecin depuis 1852, membre du royal college of surgeons depuis 1860.

Nous exprimons à notre confrère anglais nos vœux d'heureuse magistrature à Guildhall.

— Un nouveau concours. — Le poste de médecin de la prison de la Santé se trouve actuellement vacant par suite du décès du docteur Griffon, médecin des hôpitaux. Le ministre de la justice a décidé que la nomination du prochain titulaire se ferait par voie de concours. Les candidats pourront, à partir du 15 octobre, se faire inscrire au bureau du personnel, à la direction de l'administration pénitentiaire, et y prendre connaissance des conditions du concours.

Parions que ce ne sont pas les candidats qui manqueront !!!

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 43 Dimanche 22 OCTOBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Dr Jean Fayard

du Péage-de-Roussillon.

Il est de ces hommes d'élite dont la noblesse, la loyauté, la bonté transfigurent le visage au point d'en effacer les disgrâces physiques, et les illuminent d'une sorte d'auréole de beauté morale qui impose à tous le respect, et les font prendre en affection par ceux qui les approchent. Socrate, La Boétie, s'il faut en croire son ami Montaigne, plus près de nous le vénéré Professeur Potain, défavorisés de la nature au point de vue plastique, furent doués de ces âmes d'élite. Il en fut de même de notre correspondant et ami, Jean Fayard, dont la perte est amèrement regrettée de tous ceux qui le connurent.

Né à Condrieu (Rhône) le 28 janvier 1863, Jean-Joseph-Marie Fayard était le fils du greffier de la justice de paix de cette petite ville. Ce fut au foyer d'une de ces familles de petite bourgeoisie provinciale, qui sont encore les éléments les plus sains et les plus honnêtes de la Société française, que Fayard acquit peu à peu les brillantes qualités de cœur et d'esprit que ses confrères furent unanimes à lui reconnaître plus tard.

Brillant élève du Collège de Vienne et de la Faculté de Grenoble, il fit ses études médicales à Lyon et fut reçu interne des hôpitaux au concours du 13 octobre 1887. Durant ses années d'internat, il acquit avec une laborieuse conscience les connaissances étendues qui devaient en faire un praticien distingué et apprécié, et lui assurer un succès professionnel peu commun aux médecins de campagne.

Il eût pu s'établir dans une ville et y acquérir comme consultant ou spécialiste notoriété et fortune, mais Fayard était un modeste, affecté d'une incurable timidité. Il préféra s'installer au Péage en 1891, appelé et patronné par le Dr Morand, maire de la ville, qui avait

été aussi interne des hôpitaux de Lyon et qui le désigna comme son successeur. Il fut rapidement apprécié à sa valeur et se fit très vite une clientele fort étendue.

Excellent confrère, il devint bien vite un syndicaliste convaincu et occupa ses rares loisirs au développement et à l'organisation de nos œuvres de défense et de prévoyance médicales, et d'œuvres philanthropiques.

Le 15 mai 1900, il fut élu secrétaire du Syndicat de la Vallée du Rhône, en remplacement du Dr Lasaigne, décédé, et occupa ces fonctions jusqu'à sa mort. Nous pûmes juger nous-même, lorsque nous fûmes en 1909 fêter à Vienne le 25e anniversaire de la fondation de ce Syndicat, dont Fayard était le bon génie, de l'affection que lui témoignaient ses confrères et de l'autorité morale dont il jouissait.

Il fut élu à diverses reprises membre du Conseil d'administration de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, fonctions qu'il se laissa toujours imposer en protestant et avec regrets, car il répugnait à cet homme de conscience d'accepter un titre dont l'éloignement l'empêchait d'en remplir les charges.

Fayard fut un des fondateurs de la société d'assurances médicales mutuelles, l'Ancre Médicale, et il présidait le Conseil d'Administration d'une de ses branches.

Il était sur le point de réaliser la création du *Bulletin Mensuel de l'Ancre*, quand la mort vint le frapper.

Fayard vivait d'une existence paisible au Péage avec sa vieille mère, veuve depuis longtemps, qu'il entourait des soins les plus délicats. Il avait fait construire selon ses goûts une maison coquette, adaptée à toutes les nécessités de sa profession.

Il paraissait y jouir du bonheur du sage, quand la perte de sa mère, survenue il y a un peu plus d'un an, frappa d'un coup mortel ce brave garçon, doué d'une sensibilité exquise. On le vit devenir mélancolique et s'affaiblir de jour en jour. Il dut cesser d'exercer un mois avant sa mort et, sans s'illusionner un instant sur la gravité de son état, il attendit paisiblement la fin avec le calme d'une âme forte, n'exprimant qu'un regret, celui de n'avoir pu choisir lui-même le successeur à qui il aurait voulu confier ses clients, tout en sauvegardant les intérêts de ses proches.

La nouvelle de sa mort produisit une sensation profonde parmi les médecins de la région et ses concitoyens. On lui fit des funérailles magnifiques.

Le Dr Bayle, d'Annonay, vice-président du Syndicat de la Vallée du Rhône, et le Dr Rivière, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vinrent exprimer sur sa tombe la douleur de ses confrères, de ses anciens camarades et de ses nombreux amis.

Membre de toutes les œuvres du *Concours médical*, Fayard fut toujours un ami dévoué, qui sut comprendre le but que nous poursuivons, et seconda tant qu'il le put nos efforts.

Correspondant du *Concours médical*, il signalait lui-même avec une rare sagacité dans une réponse à un referendum du *Concours* du 31 mars 1909, lettre qui fut publiée, quels devaient être le rôle et les qualités de nos auxiliaires, tout en se défendant, avec sa modestie habituelle, de pouvoir remplir l'un et de posséder les autres.

« Le correspondant, écrivait-il, doit être un sympathique et un militant. Ces deux qualités sont difficiles à trouver réunies.

« Votre referendum vous indiquera les sympathiques, mais ce sont gens mous, qui ménagent la chèvre et le chou, qui n'ont jamais une idée, jamais combattu un abus ou heurté un préjugé.

« Les militants passent pour des hurluberlus ou des naïfs. Ne voyant que l'intérêt général, ils ont pu parfois menacer ou même léser des intérêts particuliers, d'où rancunes, sinon avouées du moins aussi tenaces que sourdes, Diverneresse en sait quelque chose.

« Vous devez donc choisir les plus sympathiques des militants.........................

« Pour moi je ne suis qu'un petit médecin de campagne sans relations.

« Je crois que vous ferez bien de me remplacer par un confrère habitant la ville ou le centre du département, et qui pourra faire plus que moi pour le *Concours* et ses œuvres. Ce qui ne m'empêchera pas de continuer à mettre tout mon zèle et mon dévouement à votre entière disposition. »

Ces quelques phrases suffiraient déjà à juger l'homme. Ayant par une propagande active attiré tous ses amis dans nos œuvres, il eût voulu laisser à un autre les petits avantages qui s'attachaient alors à la personne de nos correspondants.

Mais pour se rendre compte de la bonté et de la délicatesse de Fayard, il fallait pouvoir pénétrer un peu dans son intimité, il fallait l'entendre parler, les larmes aux yeux, des misères des médecins de campagne, ses confrères, lui entendre conter avec une émotion simple et communicative la fin d'un pauvre petit praticien qui cachait à tous un affreux dénûment, jusqu'à ce que la mort (peut-être provoquée) vînt mettre fin à sa douloureuse existence.

Dans les trop rares occasions où nous pûmes nous rencontrer, nous nous plaisions à le qualifier du surnom que lui avait donné son ami, Boudin, qui l'appelait familièrement « le brave terre-neuve » Il acceptait cette plaisanterie avec un bon sourire ; mais au fond ce surnom n'était-il pas un véritable éloge ? Ne peignait-il pas bien son intelligente bonté et son inlassable dévouement ?

J. Noir.

A propos du Dispensaire-Hôpital du Havre. — Un confrère qui connaît le dispensaire du Havre met en doute les avantages que le corps médical havrais peut trouver à cette fondation. Cet établissement serait loin, paraît-il, de réaliser notre idéal. Tant pis, mais ceci n'en-

lève aucun argument de principe à notre démonstration. Nous voudrions, nous le répétons, voir tenter dans un hôpital payant, appartenant aux médecins, l'application du libre choix du médecin par le malade. Avant de rectifier au sujet du dispensaire-hôpital du Havre, nous désirerions être documenté par nos confrères havrais et avoir la preuve indiscutable que les renseignements qui ont servi à la rédaction de notre article n'ont pas la valeur et l'importance que nous leur avons attribuées.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur GAUCHER.

L'hérédo-syphilis tertiaire.

Que doit-on entendre par hérédo-syphilis tertiaire ? Ceux d'entre vous qui suivent mon enseignement savent que je reconnais à la syphilis héréditaire quatre périodes dans son évolution : une première période, de lésions généralisées, diffuses, correspondant à la syphilis secondaire acquise — c'est l'hérédo-syphilis secondaire ; une deuxième période, de lésions localisées, cutanées ou viscérales, correspondant à la syphilis tertiaire acquise — c'est l'hérédo-syphilis tertiaire ; une troisième période qui comprend les lésions qualifiées de parasyphilis — pour laquelle je préfère l'appellation d'hérédo-syphilis quaternaire ; une quatrième période, enfin, représentant les dystrophies, les vices de conformation syphilitiques — c'est l'hérédo-syphilis quintaire dystrophique.

Ces quatre périodes ne sont pas des périodes qui se succèdent. Elles constituent quatre modalités de l'hérédo-syphilis. L'hérédo-syphilis tertiaire peut succéder à l'hérédo-syphilis secondaire, mais elle peut aussi apparaître d'emblée. De même, la syphilis quaternaire et l'hérédo-syphilis quintaire peuvent exister seules.

L'hérédo-syphilis tertiaire peut être précoce ou tardive. L'hérédo-syphilis quaternaire est souvent congénitale. L'hérédo-syphilis quintaire est toujours congénitale. La plus précoce est l'hérédo-syphilis quintaire. C'est pourquoi je rejette les appellations générales d'hérédo-syphilis précoce et tardive. Les quatre périodes sont seulement quatre degrés des lésions, en rapport avec l'ancienneté et l'atténuation par le traitement de la syphilis génératrice.

Je me suis expliqué déjà sur la distinction entre l'hérédo-syphilis secondaire et tertiaire. Dans l'une, les lésions sont disséminées, généralisées. Dans l'autre, les lésions sont localisées. Tertiaire ne veut pas dire tardive. Il y a une hérédo-syphilis tertiaire précoce atteignant les jeunes enfants, après ou sans avoir été précédée d'hérédo-syphilis secondaire. Dans certains cas, les lésions tertiaires apparaissent sans avoir été précédées de lésions secondaires, soit que la période secondaire ait manqué, soit qu'elle avait évolué *in utero*. Il s'agit de syphilis ancienne ou bien traitée. Les enfants naissent sains en apparence et ont des accidents quelques mois après. Il est aussi une hérédo-syphilis tertiaire tardive qui peut avoir ou non été précédée d'accidents secondaires, au moment de la naissance ou peu après. Cette hérédo-syphilis tertiaire tardive se manifeste depuis la deuxième enfance jusqu'à la fin de la vie. L'hérédo-syphilis tertiaire précoce est celle des deux ou trois premières années.

Qu'elle soit précoce ou tardive, l'hérédo-syphilis tertiaire comporte les mêmes accidents. Dans les deux cas, ces accidents sont de nature syphilitique et justiciables de la médication spécifique. Ceci distingue encore l'hérédo-syphilis tertiaire de l'hérédo-syphilis quaternaire, sur laquelle le traitement a peu d'action, et de l'hérédo-syphilis dystrophique sur laquelle le traitement n'a aucune action.

L'hérédo-syphilis tertiaire atteint toutes les parties de l'organisme, peau, viscères, tissu osseux, etc. Nous aurons à étudier successivement ces diverses manifestations.

L'hérédo-syphilis tertiaire diminue de fréquence avec l'âge. Elle est d'autant moins fréquente que l'infection est plus ancienne, comme dans la syphilis acquise. Elle est surtout observée dans l'enfance, l'adolescence ; moins souvent dans la jeunesse, exceptionnellement à l'âge adulte.

Si ces manifestations diminuent de fréquence avec l'âge, leur diagnostic, au contraire, est d'autant plus difficile que le sujet est plus âgé, surtout quand ce sont les premières manifestations de la diathèse. Il y a lieu, quant au diagnostic, d'envisager 3 éventualités en rapport avec l'âge des accidents, avec leur évolution. Ces éventualités sont les suivantes :

1° Il s'agit de sujets de tout âge, suivis depuis leur naissance, ayant été atteints déjà de manifestations secondaires. C'est le cas le plus facile.

2° Les premiers accidents sont d'emblée tertiaires, sans accidents secondaires connus, mais ils sont précoces, se montrent chez des enfants avant 15 ans.

3° Les accidents sont également d'emblée ter-

++

tiaires, mais tardifs, se montrent chez des adultes, des sujets après 15 ans.

Vous allez voir que le diagnostic est progressivement plus difficile dans les 3 cas, et qu'il a des éléments différents.

Dans la première éventualité, il s'agit donc d'enfants ou d'adultes suivis depuis leur naissance. Généralement, il s'agit d'enfants, car il est rare de nos jours que le même médecin suive une famille aussi longtemps. Chez ces sujets, les accidents secondaires sont connus, ont été vus. Le diagnostic est facile, d'après ce que l'on sait du passé, et l'on pense à la syphilis.

Voici des exemples de cette première éventualité, exemples pris dans nos observations de l'hôpital :

Une petite fille de 19 mois nous est présentée avec une ulcération superficielle arrondie, opaline, de la lèvre inférieure. Nous n'avons eu aucune hésitation à faire le diagnostic d'hérédo-syphilis tertiaire, car nous connaissions l'enfant depuis l'âge de deux mois, et nous l'avions soignée à ce moment pour un coryza syphilitique.

Au mois de novembre 1902, nous voyions une petite fille de 3 mois 1/2 avec des accidents d'hérédo-syphilis secondaire. La mère accusait une syphilis datant de deux ans. En février 1903, l'enfant a des convulsions que nous avons rattachées à la syphilis; de même, des lésions de rachitisme et du strabisme externe de l'œil gauche. Supposez que nous n'ayons pas connu les antécédents. Aurions-nous fait le diagnostic ? La plupart d'entre nous ne l'auraient pas fait. En 1904, l'enfant eut des attaques de mal comitial, des troubles d'intelligence, que nous avons pu également rattacher à l'hérédo-syphilis tertiaire. La connaissance des accidents antérieurs d'hérédo-syphilis secondaire a éclairé le diagnostic.

Parfois, bien que n'ayant pas personnellement observé les accidents secondaires, nous avons des raisons de les admettre. Exemple : une petite fille de deux ans nous est présentée pour des lésions ulcéreuses entre les orteils. La mère sait que son mari est syphilitique. Elle raconte que l'enfant a eu à l'âge de deux mois une éruption généralisée.

Autre exemple : jeune fille de 11 ans amenée en juillet 1903 pour une lésion psoriasiforme de la paume des mains datant d'une année. En outre de l'aspect des lésions, nous avons, comme dans le cas précédent, connaissance des antécédents. La mère est syphilitique et le sait. Elle a eu quatre grossesses, avec une fausse-couche et deux enfants morts. Nous n'avons pas vu la syphilis secondaire, mais certains renseignements nous font admettre qu'il y a eu des plaques muqueuses.

Voici 4 exemples où le diagnostic a été facile, à cause de la connaissance des accidents antérieurs. Il n'en est plus de même dans les deux autres éventualités, où l'on ne connaît pas les accidents secondaires.

Dans la 2e éventualité, qui comprend les manifestations tertiaires primitives précoces, le diagnostic peut encore être éclairé par l'interrogatoire des parents qui savent souvent leurs antécédents spécifiques. De plus, si les lésions sont manifestement syphilitiques, d'après leur aspect, c'est à l'hérédo-syphilis qu'il faut penser, car la syphilis acquise est rare à cet âge. Il est cependant des enfants jeunes qui contractent la syphilis. Je vais vous montrer précisément une petite fillette du service, hérédo-syphilitique d'ailleurs, qui a actuellement un chancre de la lèvre. Supposez qu'elle vienne, dans quelques années, avec des lésions tertiaires, les attribuerez-vous à l'hérédo-syphilis ou à la syphilis acquise ? Vous me direz que cela n'a pas grande importance pour le traitement. Mais ceci vous indique néanmoins une source de difficultés pour le diagnostic.

Outre l'aspect des lésions, vous avez aussi à cet âge — avant 15 ans — la possibilité de traces de syphilis héréditaire. Mais les accidents secondaires peuvent avoir manqué ou avoir été méconnus. Il est des syphilis *héréditaires atténuées*, sans accidents secondaires. Dans ces cas-là, comme dans la troisième *éventualité*, le diagnostic repose sur les caractères *objectifs* des lésions. Il est, cependant, pour aider ce diagnostic, des notions adjuvantes basées sur l'examen des malades, des données concernant les collatéraux, les ascendants. Les antécédents héréditaires fournissent parfois des renseignements importants. Vous apprenez que le père, la mère, sont morts de tabès, de paralysie générale. Vous trouvez, chez le père, de la leucoplasie linguale. En interrogeant la mère, elle accuse plusieurs fausses couches, une polyléthalité des frères et des sœurs.

On s'aidera encore, dans ce diagnostic, de la recherche des tares physiologiques. Vous savez quelle est la fréquence des dystrophies hérédo-syphilitiques, à tel point que ces dystrophies sont révélatrices. C'est d'abord le nanisme, presque toujours fonction d'hérédo-syphilis, la lenteur du développement physique, l'infantilisme testiculaire, l'infantilisme des seins. Ce sont des enfants arriérés physiquement et intellectuellement.

Il y a aussi des dystrophies *localisées*, le crâne natiforme de Parrot, la saillie des bosses frontales, la déformation de la voûte palatine qui est profonde, l'asymétrie cranienne, l'écrasement du nez à sa racine, le nez ensellé, en pied de marmite, le tibia en lame de sabre, les déformations dentaires, les dents mal rangées et petites, dentelées sur leur bord libre, les dents d'Hutchinson (dents étranglées à leur base, avec échancrure semi-lunaire du bord libre), les tares auriculaires et oculaires, ces trois dernières consituant la triade d'Hutchinson.

Les tares auriculaires consistent quelquefois

en otite purulente, ordinairement en une surdité labyrinthique spontanée, s'établissant en quelques jours, en quelques semaines, — et que l'on peut voir aussi dans la syphilis acquise.

Les stigmates oculaires sont de deux ordres. Quelquefois vous observez sur le globe oculaire des traces d'inflammations du jeune âge, kératite, iritis, etc.; mais il y a d'autres stigmates oculaires plus importants, plus fréquents, les altérations du fond de l'œil, bien étudiées par M. Antonelli. Ces stigmates consistent en reliquats de processus inflammatoires ayant atteint le fond de l'œil. Ils sont importants, car ils ont une signification à peu près certaine. Nous allons les signaler rapidement. Les uns sont connus depuis longtemps, par exemple l'atrophie de la papille optique, les traces de papillite, de chorio-rétinite. Mais, ces lésions sont rares. Beaucoup plus communes sont les altérations atténuées du fond de l'œil. Elles consistent en pâleur de la papille, effacement du calibre des vaisseaux souvent étranglés à leur passage de la papille à la rétine, enfin et surtout en hyperpigmentation et dépigmentation sur divers points. Ces troubles de pigmentation ont une grande valeur pour dépister l'hérédo-syphilis.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le traitement chirurgical des thromboses variqueuses du membre inférieur

On sait que les varices des veines saphènes exposent à de nombreux accidents, entr'autres à la phlébite avec thrombose.

Or la thrombose peut provoquer la mort par embolie. Pour faire disparaître ce terrible danger et abréger la durée du traitement, on a proposé d'employer la ligature simple ou les ligatures multiples, avec résection partielle ; malheureusement, cette méthode donne de médiocres résultats. Ce qu'il convient de tenter, de nos jours, c'est l'ablation totale ou presque totale de la saphène thrombosée, avec ou sans résection des collatérales, suivant qu'elles sont malades ou saines.

La saphénectomie totale ou subtotale peut et doit se faire sans recourir aux ligatures en étages. Elle fait disparaître immédiatement le vaisseau malade, le caillot qu'il contient, les tissus circonvoisins atteints par l'inflammation. Elle supprime donc *ipso facto* tout danger d'embolie. Bien exécutée, elle permet, grâce à la réunion *per primum,* d'obtenir la guérison en quelques jours. Elle abrège donc considérablement la durée du traitement.

Supprimant totalement le vaisseau malade, elle met le sujet à l'abri de toute récidive ; elle rentre dans l'adage : *sublata causa, tollitur effectus.* Elle est donc nettement curative et réalise vraiment la cure radicale.

Très facile dans son exécution, très bénigne dans ses résultats, il n'y a guère de contre-indications à son emploi que celles résultant d'un mauvais état général du sujet. La phlébite avec thrombose étendue aux multiples troncs qui serpentent sur le mollet, n'est pas un obstacle à l'intervention ; l'inflammation des veines profondes constitue une contre-indication formelle.

Il résulte de cette étude que l'opération de choix est la saphénectomie sur tout le trajet des veines thrombosées ; cette intervention devra être précoce, enlever tout le segment variqueux, et dans ce cas, elle pourra, amener la guérison du malade.

La cryogénine dans le rhumatisme articulaire aigu

A l'une des dernières séances de la Société du IVe arrondissement de Paris, M. le Dr Vermorel a signalé les heureux effets de la cryogénine dans certains rhumatismes articulaires aigus.

« Chez deux malades, la cryogénine donnée à la dose de 2 gr. par jour pendant plusieurs séries de 4 jours, a amené un soulagement immédiat et une résolution rapide; chez le premier de ces malades, le salicylate mal supporté n'avait produit que de médiocres résultats. Ces doses ne donnèrent lieu à aucun accident important (une légère bouffissure passagère de la face chez un des malades, une épistaxis chez l'autre). En tous cas à aucun moment, il n'y eut à noter d'incidents cardiaques. Le Dr Vermorel, il est vrai, donnait en même temps la digitale. Il conclut :

« 1° Dans le rhumatisme articulaire aigu grave, la cryogénine a une action analgésique indiscutable. L'action est moins nette ou nulle dans les cas subaigus ou dans les pseudo-rhumatismes.

« 2° Des doses fortes sont nécessaires (1 gr. 50 à 2 gr. par jour, donnés en deux fois).

« 3° L'action analgésique du médicament semble s'atténuer assez rapidement. Elle reprend toute sa force après quelques jours de cessation de traitement.

« 4° Personnellement, il n'a constaté que des incidents insignifiants, ce qui ne veut pas dire qu'il ne puisse s'en produire d'autres, et la tolérance a été parfaite. »

Il est bon toutefois de surveiller l'emploi de la cryogénine à ces doses, car on peut craindre les refroidissements, les lipothymies, les syncopes. D'ailleurs, plus le produit est pur, moins on a d'alertes.

La fièvre typhoïde à Paris.

La statistique municipale de Paris vient de nous apprendre, que, depuis la fin des chaleurs, la fièvre typhoïde a triplé de fréquence (environ 120 par semaine au lieu de la moyenne 40).

Ce n'est pas encore une épidémie, mais il paraît prudent de s'en occuper avant qu'elle ne s'étende davantage.

La répartition des cas signalés ne permet pas d'incriminer davantage une canalisation en particulier.

Les précautions d'usage devront donc être conseillées dans tous les quartiers, en attendant que l'administration découvre le véritable coupable et nous en délivre. Il paraît peu douteux que l'on doive chercher ailleurs que dans la distribution d'eau de Marne au cours de l'été dernier, pour combler les déficits des réservoirs parisiens. Les manipulations chimiques à l'hypochlorite de soude ont permis de stériliser *en apparence* certaines couches de l'eau de rivière amenée dans les réservoirs ; mais il est à craindre que par le dépôt, les couches bacillifères ne soient restées emmagasinées avec les résidus de l'eau potable, et ne se trouvent maintenant en circulation dans les canalisations de la ville.

Que nous reste-t-il à conseiller ?

L'abstention de toute boisson contenant de l'eau de la canalisation de la ville, et, à plus forte raison, la défense de boire cette eau pure. Il faut la faire bouillir au moins 1 heure avant de la boire, ou bien l'additionner de trois gouttes de teinture d'iode par litre d'eau, ou encore de la filtrer sur une bougie Chamberland *très souvent nettoyée.*

L'avenir dira si les radiations violettes préconisées par M. Nogier et si le traitement de l'eau par l'ozone sont des procédés suffisants pour donner toute la sécurité désirable.

Le tétanos

La tragique mort d'un des membres architectes de l'académie des Beaux-Arts, M. Moyaux, vient de rappeler au corps médical toute la gravité des plaies, en apparence insignifiantes quand elles sont produites par des écorces d'arbres ou des instruments souillés de terre.

Le tétanos guette toujours les malheureux blessés dans de telles conditions.

La pratique moderne doit donc être maintenant uniforme. Pour toute plaie, même petite, produite par un instrument de jardinage, par un arbuste, par une voiture, un cheval, etc., toutes les fois qu'on soupçonne l'introduction de terre ou de poussière dans une plaie, on devra accompagner le pansement aseptique, d'une injection dans la région costale ou dans le tissu cellulaire fessier de 10 à 20 c. m. c. de sérum antitétanique préparé par l'Institut-Pasteur.

Le saupoudrage au sérum desséché ne paraît pas préserver les plaies pénétrantes ou anfractueuses de l'infection tétanique.

Traitement de la neurasthénie

On aurait tort de croire que la neurasthénie est le privilège exclusif des aristocraties : aristocratie de la naissance, du commerce, de la finance, etc. Les causes qui président à l'éclosion et à l'évolution de cette fâcheuse maladie ne se limitent pas uniquement aux classes supérieures, et des observations récentes, effectuées aussi bien dans les clientèles privées que dans les hôpitaux, ont établi d'une manière indubitable que le monde de la petite bourgeoisie, des employés, des ouvriers lui paye un très large tribut.

Dès lors, on conçoit quel embarras suscite au médecin la prescription d'un traitement, dont certains éléments s'accommodent mal de situations budgétaires restreintes, de nécessités primordiales d'existence. On a bientôt fait, en effet, de conseiller aux neurasthéniques de quitter leurs occupations, de se reposer, de changer de milieu, de s'isoler dans une maison de santé, alors que de telles pratiques, fort recommandadables en soi d'ailleurs, exigent à la fois du temps et de l'argent.

Faire vite et bien, résume l'idéal des aspirations de l'homme de l'art.

Or, cette formule trouve dorénavant sa réalisation dans l'emploi de l'Ibogaïne, alcaloïde extrait de l'Iboga du Congo, dont les propriétés, découvertes par M. Landrin, et justifiées par de nombreuses expériences hospitalières, font un merveilleux agent de stimulation générale, tonique nerveux, tonique musculaire et réfecteur des forces épuisées, des énergies disparues.

Que si la gravité des cas exige néanmoins une ambiance différente du milieu habituel, un isolement et un repos complets, l'Ibogaïne sera appelée néanmoins à intervenir et réduira au minimum strictement nécessaire le temps que le malade devra vivre hors de ses occupations et de son *home*. Et ce sera tout bénéfice !

La préparation la plus efficace d'Ibogaïne est sans conteste possible, la *dragée Nyrdahl* dont la formule est due au Dr Landrin et qui se prescrit à la dose moyenne de 2 à 6 dragées par jour.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Bradycardie au cours d'infections. — Le pouls lent ictérique. — L'alimentation duodénale. — Suppurations intra-thoraciques traitées par les injections intra-bronchiques.— Injections d'électrargol dans la gangrène pulmonaire.— Troubles de la fonction génitale chez les diabétiques.

MM. Achard et Touraine communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* trois observations de *bradycardie au cours d'infections.*

Les deux premières ont trait à un ralentissement du pouls survenu au déclin d'une blennorrhagie et d'une néphrite aiguë. La nature de la bradycardie était ici facile à déterminer. Le résultat positif de l'atropine a permis de l'attribuer à un trouble d'origine nerveuse chez des sujets déprimés, l'un par une uréthrite tenace, l'autre par une maladie aiguë à forme typhoïde. Dans le troisième cas, l'interprétation fut plus délicate. On a pu se demander si la bradycardie

était due à l'action du virus rhumatismal ou à celle du salicylate de soude que prenait le malade. Ce médicament produit souvent, en effet, un ralentissement du pouls, parfois très marqué, mais en général après un traitement prolongé, tandis que le malade en question n'en prenait que depuis deux jours. La sensibilité à ce médicament est, il est vrai, assez variable.

M. JOSUÉ remarque que les irrégularités du pouls survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu sont presque toujours considérées comme un indice d'atteinte sérieuse du cœur. Or, elles sont déterminées parfois par le salicylate de soude que l'on donne, et dont on augmente même la dose pour agir contre la détermination cardiaque absente. Avant de porter un pronostic sévère, on pratiquera un examen complet et soigné du cœur. Si cet examen ne fournit aucun indice, on conclura que ces troubles sont peut-être causés par la médication salicylée.

— MM. Camille LIAN et Louis LYON-CAEN présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur le *pouls lent ictérique.*

Le pouls lent ictérique est généralement considéré, selon la conception de M. Bard, non comme une bradycardie vraie, mais comme une fausse bradycardie. Il tiendrait à ce que les pulsations cardiaques seraient accouplées par deux, la deuxième pulsation, très rapprochée de la première, ne lançant qu'une ondée sanguine trop faible pour être perceptible à la palpation de l'artère radiale. MM. Lian et Lyon-Caen ne partagent pas cette opinion et estiment que le pouls lent ictérique relève d'une bradycardie totale.

— M. MAX EINHORN (de New-York) expose à la *Société médicale des hôpitaux* quelques considérations sur *l'alimentation duodénale.*

L'alimentation duodénale se pratique ainsi. Le malade avale la sonde duodénale avec de l'eau. On attend le moment où la partie terminale de l'instrument est dans le duodénum pour commencer l'alimentation. En aspirant avec une seringue, il est facile de reconnaître, par la nature du liquide retiré, si l'on est dans l'estomac ou dans le commencement du duodénum. Dans ce dernier cas on retire avec difficulté un liquide alcalin, alors que dans le premier, on extrait avec facilité un liquide offrant tous les caractères du suc gastrique.

L'auteur donne avec la sonde huit repas par jour contenant chacun :

Lait	250 cc.
Œuf	N° 1
Lactose	15 gr.

(Bien tamiser).

La plupart des malades de M. Einhorn ont eu ainsi l'alimentation duodénale pendant une quinzaine de jours. La méthode est indiquée dans l'ulcère de l'estomac, les vomissements sans sténose accusée du pylore, etc.

— M. GUISEZ rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* une série d'observations de *suppurations intra-thoraciques traitées par les injections intra-bronchiques.*

Cette méthode thérapeutique a pour principes :

1° L'injection massive d'une quantité de liquide qui doit atteindre au moins 12 à 15 cent. cubes pour être active. Les petites injections intra-trachéales de 2 à 3 cent. cubes sont tout à fait insuffisantes et ne pourraient agir, au plus, que dans les affections de la trachée.

2° La possibilité d'injecter directement dans une des bronches, presque à l'exclusion de l'autre, des liquides modificateurs. L'injection, surtout s'il s'agit de la bronche droite, passe uniquement dans cette bronche, grâce à la longueur de la canule qui arrive jusqu'au voisinage de la bifurcation bronchique, à la direction donnée à cette canule vers la bronche malade, et à la position du patient qui se couche au moment de l'injection du côté du poumon atteint.

Il est indispensable d'anesthésier convenablement le larynx et la portion initiale de la trachée. On badigeonnera la glotte et la région sous-glottique, à plusieurs reprises, avec une solution de cocaïne à 1/20. On injectera ensuite dans la trachée avec une canule à extrémité percée de trous, 2 à 4 cent. cubes d'une solution moitié cocaïne, moitié novocaïne à 1/40.

M. Guisez a obtenu de bons résultats de ce traitement dans des affections trachéales, des dilatations bronchiques, des affections pulmonaires et en particulier la gangrène pulmonaire.

— MM. MOSNY et SAINT-GIRONS exposent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *pleurésie putride et gangrène pulmonaire guéries à la suite d'injections intra-pleurales et intra-trachéales d'électrargol.*

La malade était dans un état grave. Le traitement a consisté en plusieurs injections d'électrargol, les unes intra-pleurales (50 centim. cubes), les autres intra-trachéales (20 cent. cubes). La guérison a été complète.

— M. Jacques PARISOT adresse à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur les *troubles de la fonction génitale chez les diabétiques.* L'auteur conclut :

Il existe chez les diabétiques, dans 60 à 70 % des cas chez la femme, et dans 80 % des cas environ chez l'homme, des troubles de la fonction génitale. Ils sont caractérisés chez ce dernier par la stérilité sans impuissance, par l'impuissance sans anaphrodisie, mais le plus souvent par l'impuissance totale et rarement par l'exagération ou la déviation des fonctions génitales. Chez la femme on peut constater des modifications qualitatives, quantitatives de la menstruation, de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, de la stérilité. Cependant la grossesse est possible chez les diabétiques.

Lorsque le diabète dure depuis longtemps déjà, les perturbations de la fonction génitale persistent ; mais on peut constater quelquefois le retour de l'activité génitale chez l'homme, de la menstruation chez la femme, lorsqu'un traitement approprié a pu entraîner la disparition de la glycosurie peu de temps après son début.

Des lésions importantes génitales peuvent être mises en évidence au cours du diabète. Elles sont caractérisées par l'atrophie et l'involution plus ou moins marquée de la glande séminale chez l'homme, des follicules chez la femme.

Expérimentalement, chez le lapin, par l'hyperglycémie prolongée pendant plusieurs semaines, on peut produire de pareilles lésions génitales, mâle et femelle.

On ne saurait dire toutefois, actuellement, que dans tous les cas les troubles de la fonction génitale des diabétiques reconnaissent pour cause une lésion des glandes sexuelles ; mais les faits observés sont assez nets pour autoriser à conclure que les lésions des glandes sexuelles sont capables de jouer un rôle important, sinon principal, dans la pathogénie du syndrome génital chez les diabétiques.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement du coryza aigu.

I. — TRAITEMENT ABORTIF (traitement très inconstant).

a) *Traitement abortif externe.*

Irrigations salées, boriquées, boratées, chloratées.

Inhalations de teinture d'iode, d'ichtyol, de la solution éthéro-alcoolique (Unna), d'alcool mentholé (1/50), de chloroforme mentholé (1/15), du liquide volatil de Braud dont la formule est ainsi composée :

Acide phénique	ââ 5 gr.
Ammoniaque	
Alcool à 90°	10 gr.
Eau distillée	15 gr.

Dix gouttes de ce mélange sur un mouchoir ; en respirer les vapeurs pendant 10 à 15 secondes (quinze à vingt fois par jour).

Pulvérisations de cocaïne, d'adrénaline (solution au 1/1000).

Badigeonnages d'huile mentholée.

Insufflations d'une des poudres suivantes :

Chlorhydrate de cocaïne	50 centigr.
Menthol	25 centigr.
Salol	15 gr.
Acide borique	15 gr.

ou :

Salol	10 gr.
Acide salicylique	2 gr.
Tanin	1 gr.
Acide borique	40 gr.

à répéter souvent dans la journée.

(G. LYON.)

b) *Traitement abortif interne.*

Ruault recommande le benzoate de soude à hautes doses, 4 à 6 gr. chez l'enfant, 6 à 10 gr. chez l'adulte.

M. P. Vigier préconise l'anémone et l'anémonine selon les formules :

Anémone	0.01 centigr.
Sucre pilé	0.09 centigr.

pour un paquet, 2 à 4 par jour (en prises).

ou :

Anémonine	0.01 centigr.
Poudre de réglisse	0.02 centigr.
Sirop de gomme	Q. S.

pour une pilule à prendre comme les prises.

Enfin chez certains malades, l'atropine (2 à 4 granules d'un dixième de milligramme) ou l'usage quotidien de trente gouttes du mélange suivant :

Alcoolature de racines d'aconit	ââ
Teinture de belladone	

donnent parfois de bons résultats.

Malheureusement, malgré l'emploi de ces différents moyens, le rhume de cerveau n'est pas toujours enrayé, et c'est alors qu'on doit instituer un traitement destiné à atténuer la céphalalgie, l'obstruction du nez et l'érythème.

II. — TRAITEMENT PALLIATIF DES PRINCIPAUX SYMPTOMES.

Pour atténuer la céphalalgie, il est indiqué de prescrire la quinine et l'antipyrine associées ; on peut y joindre l'ingestion deux ou trois fois par 24 heures d'un des paquets suivants :

Salicylate de soude	30 gr.
Poudre de Dovver	3 gr.
Essence de menthe poivrée	1 goutte.

(WEITLAUER.)

Mêler intimement et diviser en 20 paquets.

Plus tard, quand l'affection n'est plus à son acmé, deux ou trois paquets par jour sont suffisants.

Pour diminuer l'obstruction nasale, on recommandera les pulvérisations de cocaïne à 1/1000, les inhalations d'eau bouillante, ou bien une poudre à priser telle que :

Chlorhydrate de cocaïne	50 centigr.
Menthol	25 centigr.
Salicylate de bismuth	ââ 5 gr.
Sucre de lait	

(LERMOYEZ).

ou bien :

Sous-nitrate de bismuth	ââ 5 gr.
Poudre de talc	
Lactose	ââ 0.40 cent.
Camphre	

(G. LYON.)

Pour prévenir l'érythème, on fera appliquer un peu de la pommade :

Oxyde de zinc	0.10 centigr.
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Diadermine	Q. s. pour 15 gr.

Enfin ne pas oublier le TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE, qui consiste à prescrire l'hydrothérapie, l'exercice au grand air, et le port de vêtements de laine aux personnes sujettes au coryza, et recommander aux malades de faire traiter leurs lésions chroniques du nez.

Dr C. SIGURET.

UROLOGIE

Sur le traitement de la tuberculose rénale

La *tuberculose rénale* semble actuellement plus fréquente, car nous la recherchons mieux, certains que nous sommes de pouvoir être utiles aux malades et de leur rendre d'autant plus service que la lésion sera moins avancée, que le diagnostic sera plus précoce.

Cette affection s'observe surtout de 20 à 40 ans avec une fréquence peut-être un peu plus grande chez l'homme ; mais elle frappe la classe aisée aussi bien que la classe pauvre. Cela n'étonnera pas si l'on songe à la facilité avec laquelle doit s'infecter l'organe qui, par sa fonction même, sert à l'élimination de toutes les toxines de l'économie. *L'origine hématogène est en effet de beaucoup la plus ordinaire*, l'infection ascendante et l'infection par contiguïté n'étant que de rares exceptions. Au début, l'affection est presque toujours unilatérale ; elle peut rester ainsi pendant un temps très long ; mais si le rein congénère sain ne devient pas tuberculeux, il finit toujours par ressentir la mauvaise influence du rein malade, par une néphrite avec albuminurie, cylindrurie, etc. Et cette néphrite est bien sous la dépendance des perturbations que cause le rein tuberculeux : la preuve en est fournie par la guérison ou au moins l'amélioration notable de tous ces symptômes après la néphrectomie.

Il est donc de la plus haute importance de faire un *diagnostic* (1) *aussi précoce que possible*, et de ne pas trop attendre pour soustraire l'organisme à cette source perpétuelle de danger. Pour cela, dit le Dr GRANDJEAN (*La Tuberculose, dans la Prat. méd.-chirur.*, 25 nov. 1910), il faut y songer et avoir présente à l'esprit la fréquence relative de la tuberculose rénale et la forme sous laquelle elle se présente d'ordinaire à nous. Un tuberculeux rénal, en effet, ne viendra presque jamais consulter pour son rein ; il vient pour sa vessie. Il se plaint d'envies fréquentes d'uriner ; ces besoins sont impérieux, et ne le laissent en repos, ni le jour, ni la nuit surtout. Les différentes médications qu'il a pu essayer ne lui ont donné aucun soulagement notable ou durable. Quelquefois, rarement, il signale de petites hématuries, peu abondantes en général. Presque toujours, en revanche, il aura constaté un certain degré d'amaigrissement, d'asthénie, une perte de l'appétit. Les urines sont louches, pâles, sans aucun brillant, et pour leur étude complète, les recherches de laboratoire (analyse chimique, inoculation au cobaye, etc.), et l'exploration instrumentale (cathétérisme unilatéral pour déterminer le côté de la lésion) sont nécessaires.

(1) Le diagnostic de la tuberculose. (*Le Concours médical*, 27 mars 1910.)

L'exploration du rein est également des plus utiles, et il en est de même de celle de l'uretère (1). Chaque fois que le rein est douloureux, infecté, l'uretère donne constamment la sensation d'un tuyau de pipe, et ce signe possède une grande valeur diagnostique en cas de lésion rénale unilatérale ; il est surtout net quand la vessie n'est pas encore atteinte de cystite.

***

Dans le *traitement* de la tuberculose rénale, il ne convient pas d'être de parti pris interventionniste ou conservateur ; il faut être éclectique, car le traitement médical, comme le traitement chirurgical, possède ses médications nettes et précises.

Tout à fait au début, lorsque les lésions sont très minimes, le Dr LE FUR (*Revue prat. des mal. des org. génit.-urin.*, n° 38), estime que les malades peuvent guérir par un *traitement médical* approprié. Ce n'est d'ailleurs là qu'une application particulière de la loi générale, qui régit l'évolution de la tuberculose au niveau de tous les autres organes. D'ailleurs, l'évolution de la tuberculose, rénale étant excessivement lente dans la majorité des cas, ce n'est pas, contrairement à ce que prétendent certains chirurgiens, parce qu'on se sera attardé de quelques mois en instituant le traitement médical qu'on aura compromis le sort du malade. C'est en 5, 7, 10 ans et plus que se fait l'évolution de la tuberculose rénale, entrecoupée par de très longues rémissions. Pourquoi donc vouloir se presser pour conseiller l'intervention ?

Même quand l'état reste stationnaire, sans amélioration notable, mais sans aggravation, on peut encore attendre, si le malade peut se soumettre régulièrement au *traitement médical.*

Cependant le *traitement chirurgical* — la néphrectomie — devient une indication formelle :

1° *En cas d'échec du traitement médical*, quand l'état général s'aggrave, malgré un traitement médical bien dirigé. Le poids du malade constitue ici le meilleur critérium. On consulte aussi la persistance du bacille de Koch dans les urines, mais comme celle-ci peut devenir douteuse par moments en raison de son élimination intermittente, il faut se baser uniquement sur la dispari-

(1) L'uretère s'explore : *a*) au point para-ombilical ; *b*) au point urétéral inférieur.

a) Le premier est situé sur la paroi abdominale antérieure, à l'intersection d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et d'une ligne verticale élevée du 1/3 interne de l'arcade crurale, à deux travers de doigt de l'ombilic.

b) Le second correspond à l'embouchure de l'uretère dans la vessie. Chez la femme il est facile à percevoir par le toucher. Chez l'homme, à l'état pathologique, on peut le sentir un peu en arrière de la prostate, à droite et à gauche de la ligne médiane sous forme d'un cordon dur et douloureux.

tion de l'albuminurie et de la cylindrurie (si l'on veut s'en tenir à l'examen des urines) pour affirmer la guérison.

2° *En cas de rétention rénale et de pyonéphrose*, qui entraînent alors presque toujours des crises douloureuses et fébriles intenses.

3° *En cas de cystite et de symptômes vésicaux intenses* (fréquence et douleur à la miction, lésions nettes constatées à la cystocopie). « C'est *là*, d'après Le Für, *une des indications les plus nettes et les plus formelles de la néphrectomie*, d'abord parce que la cystite tuberculeuse entraîne souvent des douleurs insupportables et transforme la vie du malade en un véritable martyre, ensuite parce que si l'on attend trop, l'opération permet de guérir la tuberculose rénale, mais non la tuberculose vésicale, beaucoup plus rebelle et plus difficile à guérir ».

4° *En cas de tuberculose génitale.* Celle-ci, loin d'être une contre-indication, constitue souvent une nouvelle indication, car, presque toujours secondaire à la tuberculose rénale, elle montre que l'affection tend à envahir l'organisme et à se généraliser. Il faut toujours alors commencer par opérer le rein avant de toucher aux lésions génitales, qui parfois rétrocèdent après la néphrectomie. Il faut seulement savoir que, dans certains cas, l'importance des lésions génitales (prostatite et vésiculite) peut être un obstacle pour l'exploration rénale (séparation des urines ou cathétérisme des uretères).

5° *En cas de complications spéciales* (hématuries graves, phlegmon périnéphrétique, calculs associés aux lésions tuberculeuses).

La néphrectomie ne doit être entreprise que si l'on est assuré d'une valeur fonctionnelle suffisante de l'autre rein, et il peut en être ainsi même si cet autre rein est légèrement atteint. On voit en effet des malades survivre encore 5, 6, 8 et 10 ans aux lésions du rein restant, la tuberculose rénale procédant très lentement à la destruction du rein. Parfois même, on voit des malades guérir ainsi leurs lésions du côté opposé, car très souvent le rein supposé sain n'est atteint d'albuminurie et de cylindrurie que par élimination des produits toxiques du rein malade.

Cependant une *contre-indication* est fournie par *les lésions avancées des deux reins*, ainsi que par des *lésions très étendues des poumons* ; de petites lésions pulmonaires n'empêchent pas la néphrectomie ; elles sont même susceptibles de guérir après cette opération.

***

Mais le devoir du chirurgien n'est pas complètement rempli quand il a pratiqué la néphrectomie. Il est absolument indispensable d'instituer alors *un traitement médical* qu'on devra longtemps prolonger. *La tuberculose rénale n'est en effet pas le foyer primitif* ; quel que soit l'endroit où se place celui-ci (poumons, tissu lymphoïde, intestin), car ce point de pathogénie est encore mal élucidé, le rein, dont la fonction est de filtrer les microbes ou les toxines qui circulent dans le sang, ne se laisse contaminer que secondairement.

Ce serait une grosse erreur de croire que la néphrectomie supprime la cause même du mal ; elle permet d'enlever le foyer important, qui s'est extériorisé pour ainsi dire et qui est devenu manifeste ; mais elle laisse le foyer latent ou tout au moins la prédisposition à la tuberculose. On comprend, dès lors, toute l'importance qu'il faut attacher au traitement médical de la tuberculose rénale.

***

Enfin, quand l'importance des lésions rend toute intervention impossible, un *traitement médical* bien compris permet de prolonger quelquefois le malade pour une longue période et de lui rendre la vie à peu près supportable.

D[r] FISER.

Petite Correspondance de Médecine pratique

La menstruation pendant la grossesse et l'allaitement

Monsieur le Directeur,

Me permettez-vous un mot — ou quelques mots ! — de réponse à l'entrefilet paru, dans le *Concours médical* du 20 août 1911, sous ce titre : « La menstruation pendant la grossesse et l'allaitement » ? C'est un écho campagnard, qui monte vers la grande ville, avec son air niais et son habit provincial mal fagoté, montrant, pour seule excuse de son audace, la solitude des grands boulevards et le silence attristé des salles de rédaction !...

Pour la clarté de la discussion, je rappelle la teneur de l'article visé : « M. le Docteur Grosse, de Nantes, en communion complète d'idées avec les princes de l'obstétrique, nie la possibilité de considérer, comme une persistance des règles, l'écoulement sanguin vaginal au cours de la grossesse.

« Les écoulements qui viennent à se produire pendant la gestation ne sont pas des règles, mais des hémorragies liées à une insertion vicieuse du placenta, au décollement de l'œuf, à l'endométrite. En principe, nulle femme enceinte et même nulle nourrice ne doit avoir ses règles. Mais cette dernière peut avoir ses règles et n'en être pas moins une excellente nourrice. Une nourrice peut donc être réglée sans qu'il en résulte pour elle et son nourrisson aucune modification fâcheuse. »

Je ne partage pas absolument la manière de voir de M. le Docteur Grosse, et, comme toutes les idées, même venant de bas, ont le droit de se manifester et de réclamer une place au soleil de la discussion et de la critique ; et, comme le *Concours médical* est une tribune ouverte et grandement ouverte à tous, grands et petits ; et, comme enfin, la nature l'a doté, ce brave *Concours*, d'une double part d'indulgence, je prends mon courage au bout de ma plume, et j'entre en lice.

Je commencerai par expliquer, à ma façon, ce que l'on a coutume de dénommer le flux cataménial physiologique.

Cataménial, tant que vous voudrez, mais physiologique, non !

L'universalité du phénomène dans le temps et l'espace terrestre lui ont valu ce qualificatif immérité : universel et physiologique ne sont pas des mots synonymes, ni ayant, entre eux, des relations de cause à effet. La mort est aussi un phénomène universel, mais elle n'en est pas, pour cela, un phénomène physiologique.

Toutes les discussions, toutes les solutions émises pour expliquer ce flux sont faussées dans leur essence par les données inexactes du problème.

Dire que le flux menstruel est un phénomène physiologique, c'est une injure à la physiologie ; c'est prêter à la nature une dose de stupidité qu'elle ne possède pas, à moins que, tout étant possible, cette excellente nature n'ait inventé l'antiféminisme, et qu'elle ait voulu se payer la ... tête des femmes, en les mettant aux arrêts forcés, à chaque lunaison !

La nature est foncièrement utilitaire ; tout ce qu'elle fait répond à un besoin immédiat ou prochain : c'est une utilité de caractère absolu. A quelle utilité répondrait une menstruation physiologique ? A une utilité sociale, aurait dit Alp. Allais !

Non ! le problème s'éclaire et quitte les régions très illustres des hypothèses pour le domaine des compréhensibilités, si l'on admet que la menstruation n'est pas un phénomène physiologique, mais un phénomène purement et absolument pathologique : un véritable avortement.

Ce qualificatif intempestif ne peut retomber, comme le pavé de l'ours de la fable, que sur le nez de son auteur.

Mais patience, et ne nous échauffons pas trop vite les boyaux, dirait Panurge !

Admettez-donc, ne fût-ce que pour prouver votre parfaite urbanité, que les règles soient un phénomène pathologique.

Naturellement, ce serait se tarabuster l'entendement en pure perte, que d'en chercher le microbe efficient ; si vous le voulez, il vous est permis de remonter l'échelle des êtres jusqu'à... l'araignée ! mais, à la condition d'écouter mon explication.

Cette explication n'est pas inédite : je l'ai déjà donnée dans un petit ouvrage sur l'allaitement, ouvrage récompensé par l'Académie en 1909.

La notoriété de l'auteur n'ayant pas encore franchi les deux hémisphères, la fameuse explication a passé inaperçue, comme de juste !

Elle a été reprise, ou plus exactement, *réinventée* par M. le Professeur Pinard, et un article, paru dans la *Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie* en offrait la primeur à ses lecteurs.

Mon droit de priorité ayant été gentiment reconnu, j'ai donc le droit de parler de MA théorie, plein la bouche, et de vous la servir avec toute la tendresse et tout l'orgueil d'un papa présentant sa progéniture ! Voici le produit : vous déciderez s'il est viable !

« L'explication du flux cataménial adoptée universellement ne me satisfait pas entièrement. C'est une conséquence de l'ovulation sans nul doute, mais ovulation implique-t-elle nécessairement flux sanguin et vice-versa ?

« Je crois que la relation entre ces deux phénomènes n'est pas absolue, qu'ils sont seulement contemporains et que l'un n'est pas la cause nécessairement efficiente de l'autre. Je crois aussi, bien que je reconnaisse la rareté du fait, qu'il peut y avoir ovulation sans flux et flux sans ovulation.

« Je vois enfin dans ce phénomène des règles une prévoyance de la nature qui accumule, pendant le mois, les matériaux nécessaires à une grossesse probable ou possible et qui se débarrasse de ce trop-plein, qui se désencombre quand le phénomène attendu ne s'est pas produit »(1).

Le phénomène attendu, qui est la grossesse, est vraiment le seul phénomène physiologique, tandis que la menstruation est le résultat d'une cause dans l'impossibilité de produire son effet normal : elle est donc le résultat d'un fait pathologique.

Pour que mon entrefilet ne fasse pas le plongeon dans le panier où se noient tant d'espérances, je n'en dis pas plus long sur ce sujet.

Ma théorie étant donc supposée exacte, il s'en suit que M. le Dr Grosse a raison de ne pas considérer comme une persistance des règles l'écoulement sanguin vaginal au cours de la grossesse.

Ce sang a maintenant une utilité incontestable, et de plus, une utilité qui est la raison d'être de sa production : il obéit à sa cause finale, et il ne s'épanchera plus dehors, comme un rebut inutile. La physiologie n'a plus rien à objecter : nous sommes en pleine harmonie fonctionnelle.

Il ne se produira plus de menstrues, car la nature capitalise maintenant. De plus, normalement et physiologiquement, la grossesse, par phénomène d'inhibition, de frénation ou autre, arrête, immobilise et met en sommeil, comme de vulgaires loges, les deux ovaires, d'où plus d'ovulation possible.

Pourtant, exceptionnellement, il pourrait arriver que les deux ovaires, par suite d'un fait pathologique, souffrissent d'un défaut d'harmonie, se traduisant par une brouille dans leur synergie habituelle : l'un, l'ovaire fécondé, obéissant parfaitement au réflexe ovarien ou utérin,

(1) Réflexions d'un médecin de campagne sur l'allaitement du nourrisson, page 32. (Librairie Baillière et fils. Paris.)

et cessant sa fonction, tandis que l'autre, en révolte, continuât à débiter des ovules. Ce trouble pouvant retentir, les deux ou trois premiers mois de la grossesse, sur la matrice elle-même, ou plutôt sur la trompe correspondante, il pourrait arriver que l'ovule non fécondé, émis par l'ovaire rebelle, s'échappât, et que, par conséquence, la quantité de sang mise en réserve de ce côté de la trompe, et ne trouvant plus son utilisation, s'écoulât à sa suite.

Si cette hypothèse révolutionnaire est admise, il n'est pas absurde de considérer les écoulements sanguins des premiers mois comme des règles véritables.

Dans le même ordre d'idées, M. le Docteur Grosse traite de préjugé l'opinion, je dirai même la conscience, qu'ont les nourrices de leur état d'infériorité, quand elles sont réglées.

Mais cet état d'infériorité est réel, il n'est point du tout un préjugé.

Du reste, l'entrefilet en discussion le prouve lui-même, par ses deux affirmations contradictoires. En effet, dans un premier alinéa, je lis que « la menstruation est de même le plus souvent supprimée pendant l'allaitement, et qu'il est admis qu'une bonne nourrice n'a pas ses règles » et, à la fin de l'entrefilet : « qu'une nourrice peut donc être réglée sans qu'il en résulte pour elle et pour son nourrisson aucune modification fâcheuse ».

Si l'on admet qu'une bonne nourrice ne doit pas avoir ses règles, il faut admettre aussi, comme corollaire, qu'une nourrice réglée n'est pas une bonne nourrice, *à moins d'affirmer*, comme Hégel, l'identité des contradictoires. Et, si elle n'est pas une bonne nourrice, on a tort de prétendre qu'il n'en résultera aucune modification fâcheuse pour elle et pour son nourrisson.

Au point de vue purement spéculatif, c'est l'évidence même.

L'antagonisme entre les organes producteurs de lait et les organes reproducteurs est absolument physiologique : *les uns ne travaillant bien* que si les autres sont au repos.

Un trouble nerveux, sécrétoire ou fonctionnel, peut seul détruire cet antagonisme ; mais, alors, nous tombons dans le domaine de la pathologie.

Qu'une ou plusieurs femmes, réglées, aient été de bonnes nourrices, cela ne signifie pas grand'-chose, et surtout, cela ne permet pas de donner à toutes les nourrices réglées un brevet d'excellence.

Des exceptions ne doivent pas être érigées en règles générales, surtout en matière médicale, où ne tombent jamais sous nos sens que des ombres de faits, des squelettes de phénomènes.

Que l'on permette, à une mère ou à une nourrice, ayant leurs règles, de continuer l'allaitement, si elles-mêmes et leurs nourrissons prospèrent, je n'y vois pas d'inconvénients ; mais, si le médecin est chargé du choix d'une nourrice, il ne doit pas accepter une nourrice réglée et par conséquent en déséquilibre organique.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées la lecture de votre entrefilet : réflexions que vous *trouverez, certainement, trop longues et trop touffues ; et, pourtant, il y aurait tant à écrire* sur ce sujet, si l'on possédait, comme dit le poète, *un joli brin de plume à son crayon et un scrupule de talent à sa jugeote !*

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'assurance des meilleurs sentiments d'un de vos abonnés campagnards.

Dr L. DUFFUEL.

Seillans, le 11 sept. 1911.

Pansements d'urgence improvisés en cas de brûlures par caustiques chimiques.

Demande. — Un manufacturier de mes amis me demande s'il existe un médicament d'urgence, non inaltérable, qu'il pourrait avoir dans son usine pour donner les premiers secours aux ouvriers atteints de brulûres par acides.

Réponse. — En attendant les soins du médecin, l'usinier pourra neutraliser les brûlures causées par les acides (vitriol, eau forte, sel d'oseille, etc)., avec de l'eau de chaux ou de l'eau de savon ou de la craie.

Si les brûlures sont dues à des alcalis (potasse, ammoniaque, chaux vive, etc.) il pourrait employer l'eau vinaigrée ou le jus de citron.

Ces médicaments d'urgence, il pourra toujours les avoir à proximité de la main, à profusion et inaltérables.

Soins d'urgence improvisés des crises d'asthme

La lecture d'une clinique sur l'asthme me remet en mémoire quelques petits moyens de fortune qu'un praticien de campagne peut employer lorsque la pharmacie est très éloignée.

Fenêtres ouvertes ;

Bain de pieds à la moutarde ou sinapismes sur les jambes ;

Faire fumer une cigarette de tabac ou un cigare, ce qui réussit souvent chez les asthmatiques qui ne font pas habituellement usage de tabac ;

Faire aspirer des vapeurs de camphre :

Faire boire de l'eau très froide ;

Donner tous les quarts d'heure du café très fort et sans sucre.

Comprimer les pneumogastriques.

Ces petits moyens réussissent souvent et peuvent tirer d'embarras praticien et malade, lorsque celui-ci est éloigné de toute pharmacie.

Traitement médical simple et pratique du prolapsus rectal chez l'enfant.

Demande. — Pourriez-vous m'indiquer un traitement médical simple et pratique contre le prolapsus rectal d'un enfant, dont les parents se refusent à toute intervention chirurgicale.

Réponse. — Réduire le prolapsus chaque fois qu'il se produit en introduisant l'index, huilé, dans l'anus.

Bains de siège plusieurs fois par jour avec des infusions froides de feuilles de noyer ou d'écorce de chêne.

Appliquer sur l'anus un tampon d'ouate hydrophile ou une éponge, imbibée des précédentes décoctions et maintenir en place par un bandage en T.

Eviter la constipation ;

Empêcher le plus possible les efforts dans la défécation.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Liberté de Confiance

Un mutualiste nous communique cette feuille qu'on distribuait à la sortie d'une assemblée générale d'une Société de secours mutuels.

Les hommes naissent libres et égaux en droits.

Ce que le riche a le droit de faire, le pauvre a le droit de le faire également.

Or le riche a le droit de choisir le médecin en qui il a confiance.

La confiance du médecin traitant est un élément important de la guérison et constitue la garantie du malade.

La confiance ne se recommande, ni ne s'impose.

L'imposition d'un médecin à un malade, qu'elle se fasse au nom d'intérêts collectifs ou d'intérêts particuliers, ne peut se produire qu'en violation des droits naturels de l'homme et contrairement à ses intérêts.

Le Médecin de votre choix	Le Médecin imposé
1° Est votre ami et défend vos intérêts.	1° Est employé de l'Administration de la Mutualité, de la collectivité qui le nomme et le révoque à sa volonté et le paie pour défendre ses intérêts.
2° Est votre conseiller, votre confident, le dépositaire de vos secrets de famille.	2° Est obligé de violer le secret professionnel en déclarant vos maladies à la société. Il est quelquefois inconsciemment le policier de la société à votre égard.
3° Est payé par vous selon vos ressources. Il reçoit ainsi des honoraires fixés d'un commun accord et compatibles avec sa dignité professionnelle.	3° Est exploité et mal payé par l'Administration qui l'emploie. Ses soins deviennent suspects au travailleur, qui sait qu'à un salaire insuffisant correspond quelquefois un travail insuffisant ou accompli à la hâte.
4° A intérêt à bien vous soigner pour conserver votre clientèle, car vous pouvez le quitter.	4° A surtout comme cliente la société qui le paie et qu'il doit ménager, le sociétaire n'étant qu'un numéro matricule.
5° Vous guérit plus rapidement, car il a votre confiance.	5° Vous déclare guéri rapidement pour se conformer aux règlements administratifs.
6° Il est enfin votre médecin parce que vous l'avez choisi et vous lui confiez aussi la santé de votre famille.	6° Il est choisi par l'Administration par protection et à cause des rabais qu'il fait. Il n'a guère la confiance des membres du Conseil d'administration qui le plus souvent appellent d'autres médecins pour eux et leur famille.

Indigents,
Mutualistes,
Ouvriers et employés d'administration,
Fonctionnaires,
Exigez le libre choix du médecin,
C'est votre droit d'hommes libres,
C'est l'intérêt de votre santé.

Confrères, l'idée n'est-elle pas à propager ? (N. D. L. R.).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Comment j'ai calculé le prix coûtant minimum de la visite médicale.

Par le Dr L. CHAPON.

En mars dernier, j'ai publié dans le *Bulletin* du Syndicat médical de Paris un article intitulé : « *Le prix coûtant de la visite médicale* », et j'ai eu le très grand plaisir de voir cet article reproduit dans plusieurs organes, fort estimés, de défense professionnelle. Le *Concours médical* est de ces derniers.

Je m'excuse d'être aussi peu modeste et l'on me pardonnera quand j'aurai dit qu'il ne s'agit point ici de chanter mes louanges, mais d'apporter de nouvelles précisions, jamais superflues, et de répondre à un de nos confrères, le Dr Dupont, d'Yvernay, qui, tour à tour ironique, aimable et sévère, vient de s'élever contre mes conclusions, dont les conséquences, dit-il, sont importantes et fâcheuses ; contre mes calculs, intéressants, ajoute-t-il, mais qui aboutissent néanmoins à une affirmation erronée.

Les arguments de mon honorable contradicteur ont une certaine valeur *apparente*, sa controverse est ardente et courtoise. Il s'en faut donc qu'elle me déplaise. A ses critiques, je répondrai par une démonstration, et mon seul but sera de convaincre.

⁂

La mode, dites-vous, confrère, est en ce moment, parmi les médecins, au calcul du prix de revient de la visite médicale.

La mode ? Parlez-en, à votre gré, s'il s'agit de jaquettes ou de jupes collantes ; mais, je vous en prie, délaissez ce mot s'il s'applique à nos besoins, qu'à l'exclusion de tout caprice, l'instinct seul commande. Si vous aviez le droit d'appeler mode la coutume que l'on a de se couvrir, quand il fait froid ; de manger, quand on a faim ; de pleurer, quand on souffre ; de se défendre, quand on est menacé, nous serions d'accord. Mais vous n'avez pas ce droit, et, dès lors, je me sépare de vous.

Si les médecins se sont groupés, s'ils se sont voués, pour certains, à une action commune inlassable, s'ils ont entrepris une lutte souvent féconde, s'ils ont soulevé, *en insistant,* de multiples questions trop longtemps laissées dans l'ombre, ce n'est pas, croyez-le, pour obéir à la mode, mais pour sauver une belle profession, qui se meurt chaque jour, accablée par les parasites et mal protégée par des lois inertes. Ne combattez pas ceux qui jettent le cri d'alarme, et glissez sur leurs erreurs si, d'aventure, ils en commettent. Mais, s'ils n'en commettent pas, aidez-les de toutes vos forces et ne leur reprochez point quelques prétendues fautes contre ce que vous appelez la saine comptabilité. Ne voyez pas, dans leurs travaux, l'unique preuve de leur complète ignorance. Ne dites pas qu'ils sont, avant tout, de mauvais comptables, et n'essayez pas, surtout, de les en convaincre par une argumentation aussi peu saisissante. Car, si j'osais imiter votre exemple, je dirais : en l'espèce, le mauvais comptable, c'est vous, ma franchise s'en excuse, et ma courtoisie s'en désole. Selon vous, nous devions apprendre à déterminer le prix de revient d'une marchandise. A votre sens, nous ignorions le principe fondamental de toute comptabilité correcte, et, obéissant à une fort louable intention, vous avez cherché à nous instruire. Vous n'y avez pas réussi. Bien au contraire, vous formulez l'erreur et vos problèmes sont insolubles. Voyons ensemble, si vous le voulez bien : « *En saine comptabilité,* dites-vous, *le prix de revient d'une marchandise ou d'un produit quelconque, c'est le prix auquel ce produit, cette marchandise, ont été payés, plus leur quote-part dans les frais généraux : loyer, impôts, assurances, intérêt des capitaux, amortissement du matériel, main-d'œuvre,* etc. ».

En théorie, cela paraît exact, je le confesse. Mais la comptabilité n'est pas une théorie, et votre règle est, pratiquement, inapplicable. Il est assurément plus facile de calculer le diamètre apparent des astres, voire même la trajectoire des comètes périodiques, venues des espaces infinis, et s'en retournant à d'autres espaces infinis, que de calculer, suivant vos indications, le prix coûtant d'une denrée.

Supposons, en effet, qu'au lieu d'être médecin, j'aie la chance d'être épicier. J'achète des marchandises, et je les mets en magasin. Jusque-là, c'est la simplicité même. Mais, le supplice commencera au moment où, en bon négociant, soucieux de posséder la saine comptabilité que vous préconisez, je devrai calculer le prix de revient de ces marchandises.

Exemple : cette année, les légumes étant rares, je vais, vous le pensez bien, faire ample provision de conserves. Leur prix de revient doit être, d'après vous, fonction du prix d'achat, du loyer, des impôts, etc. Pourriez-vous me dire, abstraction faite du prix d'achat, facile à connaître, quelle part de ces impôts, de ces assurances, de cette main-d'œuvre, incombe aux sardines à l'huile, et quelle part incombe aux harengs marinés ? Et puisque vous avez parlé d'intérêts des capitaux engagés, il ne faudra pas négliger, j'imagine, les capitaux immobilisés par les dites conserves, si elles restent longtemps invendues. Nous arriverons ainsi à ce résultat singulier, avouez-le, que le prix coûtant ne sera pas une constante, mais une variable, dont la courbe mathématique sera difficile à construire. Le prix de revient d'une denrée achetée le 1er janvier, deviendra plus élevé si elle est vendue à la Mi-Carême, et plus encore si elle sommeille jusqu'à la Fête Nationale. Aussi, devant cette difficulté, qu'aucune table de logarithmes ne saurait aplanir, devant cette véritable quadrature du cercle, l'épicier a reculé. On reculerait à moins, et plus simplement, il se contente d'une approximation purement empirique.

Il retient uniquement le prix d'achat, auquel il ajoute celui du transport, s'il y a lieu. Puis, il fait subir à ce total une majoration qui varie avec la nature du produit et la multiplicité des échanges dont il est l'objet.

Parfois, souvent même, cette majoration atteint le double du total initial, et c'est cela que les négociants, dans leur langage imagé, appellent la *culbute*. Dans cette culbute, ils ramassent tout : loyer, patente, impôts, assurances, frais généraux, bénéfices. Et l'expérience démontre que la marge arbitraire ainsi fixée est très suffisante, si, bien entendu, les affaires sont assez actives.

***

Après nous avoir conseillé une comptabilité impossible, notre confrère nous invite à une comptabilité incorrecte. Il va jusqu'à nous interdire de comprendre dans les *frais généraux* les sommes nécessaires aux dépenses domestiques. Ces sommes, dit-il, doivent être prélevées sur les bénéfices.

Je ne nie pas que certains détaillants n'agissent ainsi. Au fur et à mesure de leurs besoins, et de façon quelque peu fantaisiste, ils puisent dans leur caisse, qui, d'ailleurs, leur appartient. Ils ont tort, et permettront au piètre comptable que je suis, de ne point les imiter (1).

Le jour même où un commerçant installe sa maison, il fait ses comptes, et avant de supputer des bénéfices incertains, qu'il ne peut atteindre, il détermine ce qu'il lui faut pour vivre. Ceci, désormais, correspondra à une mensualité qu'il va s'attribuer et que, provisoirement, il prélèvera non pas sur des bénéfices ni réalisés, ni précisés, mais qu'il empruntera au capital disponible, nécessaire à toute installation.

Cette mensualité, n'en déplaise à notre confrère, est portée au compte « frais généraux ». Il faut qu'il en soit ainsi.

Supposons, en effet, qu'au lieu d'être dirigée par un patron unique, seul responsable et conséquemment seule victime de ses erreurs, la maison soit dirigée par deux associés, fournissant des apports sociaux différents : l'un 100.000 fr. par exemple, l'autre 50.000. Par contrat, ces deux hommes fourniront le même effort, donneront tout leur temps à l'entreprise.

Or, les règles qui régissent les sociétés exigent que les bénéfices soient répartis proportionnellement aux apports sociaux. Le 1er des 2 négociants touchera donc les 2/3 de ces bénéfices et l'autre le 1/3. Ceci est fort juste, en vérité, car c'est le travail du capital. Mais est-il légitime qu'ayant d'autre part, fourni une même activité, les associés en restent-là ? Ils s'en gardent bien, et chacun d'eux touche une même mensualité, *de laquelle il vit*, et qui représente le travail de l'homme. Cette mensualité, je le répète, appartient au compte « frais généraux », et je suis sûr de ne pas être démenti.

Voilà pourquoi, dans le calcul que j'ai établi, j'ose prétendre avoir été mieux renseigné que mon confrère. Moins que lui, je redoute les critiques des assureurs et ces derniers n'invoqueront pas, pour repousser nos revendications, le prétexte chimérique de mes erreurs. Je n'en ai pas commis. Certes, je n'ai pas visé à l'exactitude rigoureuse puisque j'ai négligé, à dessein, de calculer, par une algèbre facile, les intérêts progressivement décroissants et les amortissements progressivement croissants qui doivent déterminer l'annuité nécessaire au remboursement, en 25 ans, de nos capitaux engagés. Je n'ai pas voulu rendre plus aride une démonstration qui, déjà, l'était trop.

Je m'en suis tenu à une approximation très voisine de la réalité, et j'ai évalué ainsi le budget minimum d'un praticien vivant seul. Dans un besoin de concision, j'ai voulu me servir d'un synonyme et j'ai écrit : praticien célibataire. Là, je me suis nettement trompé. Mais n'allez pas croire à l'instar de mon contradicteur, que j'en aie fait une question d'état civil.

J'ai voulu uniquement envisager le minimum de charges. Or, il n'est pas prouvé que le célibat soit peu coûteux. Je rectifie donc ici et je dis : *médecin vivant seul*.

Ayant ainsi, d'une part, évalué la somme strictement indispensable à ce modeste praticien, il me fallait, d'autre part, envisager le nombre d'actes médicaux qu'au cours d'une année, il pouvait accomplir, et j'ai déclaré que pour un homme normal, de santé robuste, le chiffre n'en pouvait logiquement, utilement pour le malade, dépasser 4.000. Si le Dr Dupont m'avait bien suivi, ou peut-être si j'avais été plus clair, s'il n'avait point oublié les données de mon problème, s'il avait saisi que ma proposition majeure s'appliquait à un budget minimum intimement lié à un effort maximum, il n'eût affirmé ni l'erreur de mes prémisses, ni l'absurdité de ma conclusion. Il eût vu que j'avais laissé à chacun le soin de déduire comment il s'acheminerait vers la ruine quand ses charges augmenteraient ou sa résistance physique diminuerait. Il se *fût ainsi* épargné une argumentation qui n'a pas entraîné ma conviction, et il ne m'eût pas fait dire qu'un médecin chargé de famille et inoccupé, ou passionné pour le billard ou les courses, devrait, suivant les cas, demander 20 ou 25 fois plus qu'un confrère célibataire, actif et occupé.

J'ai calculé, — je tiens à le répéter, puisque c'est utile — un prix coûtant minimum, et c'est toujours ainsi qu'on procède, quand on veut déterminer les limites entre lesquelles se déplace une variable. L'idée, d'ailleurs, ne m'est point venue d'évaluer, même approximativement, le prix maximum, ni les prix intermédiaires. Là, en effet, je fusse tombé dans l'absurde, puisqu'il eût fallu tenir compte d'éléments intermédiaires, liés à des besoins multiples ou à des appétits insoupçonnés, qui échappent à toute appréciation. Je me suis gardé d'une pareille erreur, et si j'ai publié les résultats de mon enquête, ce fut pour démontrer qu'en l'absence même de toute matière première, les actes médicaux sont loin de ne nous rien coûter.

Je me suis renseigné, j'ai renseigné les autres. J'ai mis en présence de chiffres indiscutables, de réalités brutales, les rêveurs obstinés que sont, trop souvent, les médecins. Le Dr Dupont a-t-il raison de m'en blâmer ? L. CHAPON.

(1) Nous ferons remarquer que le Dr Chapon, comme du reste on peut facilement s'en douter, est un mathématicien et fut un véritable comptable, ce qui ne l'empêche nullement d'être un praticien distingué et un excellent confrère. N. D. L. R.

Enquête sur le budget minimum du médecin praticien.

Notre enquête nous a valu un certain nombre de lettres et d'observations.

Un de nos lecteurs de la région bordelaise nous fait remarquer, ce dont nous convenons, que les prix du loyer pour un médecin qui veut exercer dignement à Bordeaux doit atteindre au minimum 700 à 800 fr. et que les chiffres que nous avons donnés, 450 à 550 fr., sont beaucoup trop faibles. Un autre confrère de la région parisienne trouve notre calcul trop bas, tandis que certains médecins de la région montagneuse du centre prétendent qu'avec le total moyen que nous donnons, ils arrivent à vivre avec une famille.

Nous répondrons à nos contradicteurs que les chiffres dont nous nous sommes servis n'ont pas été imaginés par nous, que ceux qui nous les ont donnés sont de véritables praticiens, âgés pour la plupart et ayant une véritable expérience de la vie. La grande majorité d'ailleurs des médecins que nous avons consultés, et ils sont nombreux, conviennent que notre enquête donne des moyennes qui concordent assez bien avec la réalité.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

La garde-malade visiteuse des pauvres au Congrès de Nantes

Si nous n'avons pas rendu compte plus tôt des discussions qui ont eu lieu au Congrès de Nantes sur cette question, c'est que nous avons voulu laisser à des publications officielles le soin de le faire avec des éclaircissements que nous espérions lumineux.

Mais notre attente a été vaine et en face des comptes rendus excessivement résumés des uns et l'abstention totale des autres, nous avons compris que cette question avait soulevé trop de susceptibilités et, il faut oser le dire, avait été trop peu comprise, pour que d'un commun accord le silence ne se fît pas sur elle ou à peu près.

En effet, pour ceux qui ignorent encore la question du « nursing » par rapport aux hôpitaux, le « nursing » dans les campagnes est encore moins compréhensible.

C'est de l'hôpital réorganisé d'après les principes de Florence Nightingale que peut seul surgir cette activité nouvelle, — la nurse chez le pauvre en ville, — qui entraînera par ses bons résultats, l'organisation d'un service analogue pour les campagnes.

On a voulu à Nantes aborder d'emblée ce qui constitue en quelque sorte le troisième degré de la réforme, et cela dans une assemblée dont de rares membres seulement connaissaient cette question à fond. Le résultat ne pouvait être que nul.

***

Il serait bien difficile de donner au lecteur intéressé par cette question d'avant-garde un compte rendu exact de la séance où elle fut discutée, car les malentendus ont été fort nombreux entre les congressistes qui ont pris la parole.

Certains voyaient officiellement établie dans une commune une infirmière non qualifiée pour ce service, mais s'érigeant en oracle grâce à un vague diplôme et faisant de la médecine illégale d'une manière presque officielle, ce qui soulevait leur indignation, car, disaient-ils, c'est déjà assez d'avoir des religieuses et des châtelaines agissant de la sorte !

D'autres, pour éviter ce même danger, préconisaient l'institution pure et simple de « femmes de ménage » (ou ménagères) payées par l'Administration pour s'occuper du ménage des mères de famille alitées (comme si elles seules étaient en jeu), estimant facile pour le médecin traitant de donner à cette sorte de servante publique des indications suffisantes selon les cas — combinaison également mauvaise si de véritables soins doivent être donnés.

Enfin, la proposition du rapporteur, M. le Dr Drouineau, inspecteur général honoraire, membre du conseil supérieur de l'Assistance publique, était d'avoir des personnes mi-gardes malades et mi-servantes, allant de maison en maison soigner et faire le ménage — organisation jugée également impratique par beaucoup.

En effet une garde-malade ayant fait des études sérieuses s'occupera du ménage autant que le confort de ses malades le réclame ; mais quant à faire tout le service d'une maison, cela sort du programme d'une « nurse » (1). Sa force n'y suffirait pas ; ce service mixte entraînerait vite l'impression que la garde malade n'est qu'une domestique et son prestige, sa dignité en souffriraient.

On ne trouverait certainement pas pour ce service mixte des personnes véritablement capables de savoir agir avec discernement dans les cas difficiles. A la campagne, le médecin ne peut évidemment visiter ses malades aussi fréquemment qu'en ville ; donc il a besoin d'une aide incapable de commettre des erreurs graves.

La discussion, parfois très violente, qui pendant plus de deux heures s'est déchaînée, on peut bien le dire, entre les adversaires et les partisans de l'infirmière-ménagère, était, nous l'avons dit, constamment basée sur des données inexactes quant à ce que doit être la vraie garde-malade et la question était d'autant plus embrouillée que, par des effets de pure rhétorique, les personnes les moins compétentes se sont mêlées à la discussion, prenant la défense de princi-

(1) Des exceptions peuvent évidemment se produire. Une diplômée de l'hôpital protestant de Bordeaux se trouvant dans une campagne isolée où le maître de la maison, sa femme et la domestique étaient atteints de la fièvre typhoïde et où aucun aide ne pouvait être obtenu vu la crainte de contagion, s'est occupée elle-même de tout le service, préparant aussi les aliments pour les malades et pour elle-même.

pes qu'elles n'ont point adoptés dans la pratique.

Le rôle de la vraie « district-nurse » ou garde-malade visiteuse des pauvres à la campagne, n'a donc pas été discuté au congrès de Nantes, car en parlant de cette personnalité universellement appréciée en Angleterre et aux Etats-Unis, on provoquait des réponses ayant trait à l'infirmière diplômée ignorante, à la garde-malade prétentieuse, à la diplômée amateur, etc., etc. (1).

***

Divers groupements s'étaient formés dans le Congrès : l'Assistance Publique ; les Bureaux de Bienfaisance ; les Écoles bordelaises, les Sociétés de la Croix-Rouge ; le parti congréganiste et enfin un groupement médical fort intéressant, dont l'importance a été malheureusement méconnue du public.

Le *Syndicat des Médecins de la Seine* avait délégué M. le Dr Lafontaine, le chargeant de présenter en son nom un vœu concernant cette question considérée par lui prématurée et dangereuse pour les malades au point de vue de l'exercice illégal de la médecine que cette organisation susciterait sûrement.

De plus, M. le Dr Jeanne parla ensuite au nom des huit mille médecins du *Concours Médical* dont il est le directeur, et affirma que les médecins n'étaient pas prêts à discuter cette question et que ceux de la région nantaise, interrogés récemment, avaient aussi répondu qu'ils étaient effrayés de ce projet d'assistance à domicile, redoutant qu'on n'aboutît tout simplement qu'à une sorte de « matronat »

Enfin, M. le Dr Boudin, secrétaire du *Concours Médical*, appuyant ces déclarations, ajouta qu'il y aurait danger d'agir hâtivement et que les médecins avaient le devoir de protéger leurs malades contre la création de systèmes insuffisamment étudiés, qui pouvaient être un danger pour eux.

Vu l'indifférence manifestée par les milieux officiels et autres s'occupant de l'Assistance des malades pauvres, indifférence manifestée par l'absence de délégués, ce qui laissait tomber la discussion entre des personnes pour la plupart trop étrangères au côté pratique de ces questions pour en faire jaillir la lumière, la présence de ces représentants de groupements médicaux importants avait une portée considérable.

La sincérité de leurs déclarations était digne d'éloge. Certainement il valait mieux avouer qu'une question n'était pas encore connue, avait besoin d'être étudiée, que de laisser créer une organisation qui, étant officielle, ne pourrait plus être modifiée aisément et ne donnerait que de piètres résultats.

Le corps médical a fait des expériences de ce genre en ce qui concerne la loi de 1893 (assistance médicale gratuite), dont il ne s'est point préoccupé et dont il déplore actuellement les lacunes dans l'intérêt du malade indigent.

Aussi le Syndicat des médecins de la Seine présentait au Congrès le vœu qu'avant d'organiser ce service nouveau, les avis des syndicats médicaux, des Bureaux de bienfaisance et d'assistance de chaque région fussent demandés.

Cette si légitime proposition a soulevé une hostilité extrême dans le groupe des congressistes vivant loin du monde médical, ignorant le fait que la loi elle-même impose aux groupements médicaux de se conformer aux règles des syndicats pour pouvoir agir collectivement.

Quelques congressistes, choqués d'apprendre l'existence de syndicats médicaux, en conclurent immédiatement que ce genre d'association entraînait la disparition du dévouement chez les médecins, nouveau malentendu qui a encore augmenté le ton agressif des discussions.

Certain philanthrope de salon s'est même vanté d'avoir, dans la montagne, secouru un malade dont ne s'occupait aucun docteur ! Quand on pense aux si nombreux médecins des villes et des campagnes qui, quotidiennement, font des courses fatigantes pour les malades, de jour ou de nuit, silencieusement, accomplissant leur devoir (dont si peu leur savent gré), on est péniblement impressionné par les critiques qui, dans cette occasion, ont été *jetées à leur tête*.

Il est certain que les questions concernant le service de la garde-malade à l'*hôpital*, en *ville*, à *la campagne* n'ont pas jusqu'ici attiré suffisamment l'attention du corps médical.

Mais loin de crier, comme un congressiste, que la lumière ne viendra pas des syndicats médicaux, nous saluons avec joie le geste du Syndicat des médecins de la Seine.

Si en France les médecins sont si généralement indifférents ou hostiles aux gardes-malades, c'est que leurs études faites dans des hôpitaux mal organisés leur ont appris à craindre l'ingérence de l'infirmier ou de l'infirmière.

Les articles médicaux ne parlent de ces auxiliaires que pour signaler quelque erreur ou lacune qui, on le sent, dans l'esprit de l'auteur, sont considérées comme regrettables, mais inévitables.

Les jeunes médecins sont pénétrés de l'idée qu'eux seuls sont nécessaires au bon traitement des malades. Les mille et un soins qui peuvent favoriser la guérison du patient leur sont inconnus (1). Et qui les leur aurait enseignés ? La Faculté ? l'Hôpital ?

(1) Cette question avait été mise au programme grâce à ce qu'elle avait été partiellement discutée au congrès International d'Assistance publique de Copenhague, composé surtout de congressistes connaissant la valeur et la correction déontologique des vraies nurses.

(1) Dans un hôpital où de nombreux typhiques étaient reçus, aucuns soins n'étaient donnés pour empêcher la production des escarres. Lorsque cette complication douloureuse et dangereuse s'était produite chez un typhique plus longtemps alité ou atteint d'évacuations fréquentes, il était transporté au fond de la salle et livré aux bons soins d'une vieille sœur qui bourrait ses plaies de poudres diverses et le changeait deux fois par jour en attendant la délivrance de la mort. Les étudiants, très attentifs aux typhiques, cessaient d'être intéressés à ceux que l'on

Il faut espérer que dans la réforme des études médicales projetée, cette lacune sera comblée tant pour le succès des praticiens que pour éviter aux malades toutes les souffrances surajoutées à celles qui résultent de leur affection.

Un médecin, le Dr Olive, de Nantes, a parlé avec infiniment de raison en déclarant que seules de vraies infirmières devraient approcher des malades, mais que, pour les préparer, il ne fallait pas de ces simulacres d'écoles comme il en existe, distribuant des diplômes sans avoir astreint les élèves à des études sérieuses. Attaché depuis trente-cinq ans aux hôpitaux, le Dr Olive s'est déclaré confondu de l'ignorance du personnel infirmier et s'est demandé jusqu'à quel point les médecins ne sont pas, au point de vue légal, responsables du mal qui peut en résulter pour les hospitalisés.

***

Le Dr Lande, vice-président des Hospices civils de Bordeaux, administrateur délégué de l'Hôpital du Tondu et fondateur de son école de gardes-malades hospitalières, ayant été chargé de présider cette séance du Congrès, ne pouvait prendre part au débat. Mais voyant la nécessité de donner quelques éclaircissements à l'Assemblée, le Dr Lande a prié M. le Dr Henrot, directeur de l'Ecole de Médecine de Reims et membre de l'Académie de Médecine de France, de vouloir bien prendre la présidence.

Le Dr Lande a pu alors faire au Congrès un court résumé de la question, relater combien le service à domicile chez les pauvres a été développé en Angleterre et aux Etats-Unis (1) où on compte par milliers les nurses qui s'en occupent et où on considère que seules, les mieux qualifiées doivent être chargées de soigner ces pauvres en ville et à la campagne. Après avoir rappelé l'intéressant historique de cette question (2), il raconta comment à Bordeaux deux écoles organisées d'après le système Florence Nightingale, forment des nurses françaises capables d'assurer des services de ce genre.

Il a enfin fait remarquer que depuis trois ans déjà, l'hôpital protestant de Bordeaux possède un service de gardes-malades visiteuses pour les malades indigents fréquentant son dispensaire ou soignés par les médecins des bureaux de bienfaisance.

Il a affirmé que les expériences faites pendant ces trois années ont prouvé l'utilité considérable de ce service et écarté toute crainte d'exercice illégal dans l'esprit des médecins qui se sont occupés des malades soignés par la visiteuse des pauvres, diplômée par l'une ou l'autre des écoles bordelaises.

***

confiait aux bons soins de la sœur. Il nous souvient encore du regard suppliant et désespéré d'un adolescent, disséqué jusqu'aux os, lorsque jour après jour la « visite » ne daignait pas arriver jusqu'à son lit...

(1) Le Canada et l'Australie comptent aussi de belles organisations de ce genre.

(2) Voir *La garde-malade hospitalière*, juin 1911, etc.

Il est assez remarquable que les quelques comptes rendus publiés sur cette séance passent sous silence le fait que cette question, mise à l'étude du Congrès comme étant toute nouvelle en France, avait déjà été appliquée à Bordeaux depuis plus de trois ans.

Etait-ce se compromettre gravement que de signaler que dans une ville de *province*, et attaché à un hôpital *privé* fonctionnait avec succès ce service si violemment discuté ?

***

La séance s'est terminée par l'adoption du vœu présenté par le Syndicat des Médecins de la Seine, amendé par le Dr Lande, ainsi conçu

« Le Congrès de Nantes, avant d'envisager une « modification à la loi de 1893, déclare qu'il est souhaitable que le gouvernement organise une large enquête auprès des syndicats médicaux et associations médicales, des bureaux d'assistance, « des organisations communales, etc..., sur les « moyens de créer un service d'infirmières à domicile dans les campagnes et dans les villes. »

Pour que ce vœu ne reste pas stérile pendant bien des années encore, il faut que les médecins se mettent à l'étude de cette question et, comme l'a fort bien dit M. le Dr Lande, président de l'Association des Médecins de France, il y a lieu de commencer par se préoccuper des hôpitaux, d'assurer aux grands malades qui y sont transportés un personnel capable de seconder efficacement le médecin et de donner aux hospitalisés les nombreux soins qui sont du ressort de la « nurse » et qui contribuent à sa guérison.

Lorsque les hôpitaux seront ainsi réorganisés, ils formeront un grand nombre de gardes-malades capables, parmi lesquelles il sera possible de trouver des femmes qui, par vocation, choisiront les fonctions très difficiles et très délicates, de la « district-nurse ».

A. E. H.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

L'Indépendance de l'Enseignement médical

Nous empruntons à M. le Dr L. Dejace, du *Scalpel*, l'intéressant article qui suit. Plairait-il à ceux de nos lecteurs qui recherchent l'autonomie de l'enseignement médical, d'examiner si le ministère (ou le sous-secrétariat) prévu par notre distingué confrère, devrait avoir dans son domaine, par analogie avec ce qui passe aux Beaux-Arts, l'Enseignement médical tel qu'ils le rêvent ?

M. le Professeur Grasset verrait-il inconvénient à ce que les Facultés de médecine soient distraites des actuelles Universités pour devenir, toujours par même analogie, libres d'elles-

mêmes dans le Ministère de la santé publique et exclusivement dirigées par le Conseil supérieur médical que les Congrès ont réclamé sans répit ?

Un ministère de la santé publique.

L'importance grandissante que les Gouvernements doivent donner, sous la pression de l'opinion publique, à toutes les questions d'hygiène et de sanitation, devra sous peu se traduire par la création d'un ministère de la santé.

Nos confrères français s'attachent, dans la presse médicale, à créer un courant d'opinion en faveur de l'instauration de ce nouveau rouage gouvernemental, car ils se plaignent avec raison du manque d'unité dans les conceptions et les règlements visant l'hygiène.

Chez nos voisins, la dispersion des services s'occupant des choses médicales est extrême, au point que chacun des nombreux ministères : Intérieur, Justice Commerce, Travaux publics, Travail, Guerre, Colonies, Affaires étrangères, a ses questions sanitaires propres à codifier et régler. Rien de surprenant à ce qu'une certaine incohérence dans les mesures soit le moindre défaut de cette organisation en ordre dispersé.

Ainsi, au ministère du Travail est rattaché tout ce qui concerne l'hygiène des travailleurs ; au ministère du Commerce, les établissements classés et insalubres ; à l'Agriculture, la police sanitaire des animaux, les abattoirs, les tueries, la surveillance des denrées alimentaires ; du ministère des Affaires étrangères dépend l'Office international d'hygiène ; au ministère de l'Intérieur est rattachée la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques ; au ministère des travaux publics, l'hygiène des mines. Il n'est pas jusqu'au ministère de l'Instruction publique qui ne s'occupe de médecine avec l'hygiène scolaire.

En Belgique, nous ne souffrons pas au même point de l'incohérence administrative dont se plaignent nos voisins.

Nous possédons au ministère de l'Intérieur un service spécial, sous la dénomination de : *service de santé et de l'hygiène*, rouage dirigé avec une rare compétence par M. Velghe, un administrateur s'inspirant d'une tradition, léguée par l'honorable M. Beco, celle de se tenir en un contact sympathique avec les médecins et les organismes médicaux dont il a su gagner l'entière confiance.

Cependant, bien que le service de santé et de l'hygiène constitue une des plus importantes administrations du ministère de l'Intérieur, il reste encore trop de questions médicales échappant à son influence directe.

Si l'on peut raisonnablement admettre que le service de santé de l'armée et celui des colonies ressortent des ministères de la Guerre et des Colonies, on ne comprend plus aussi bien les raisons supérieures de certaines autres dispersions.

Le service sanitaire des prisons et asiles d'aliénés relève du ministère de la justice, comme sont rattachées à ce département les écoles de bienfaisance et la bienfaisance publique. Au ministère de l'industrie et du travail, on réglemente la sanitation des chantiers, usines et l'hygiène du travail.

Au ministère des Affaires étrangères sont dressées les conventions sanitaires.

Cet éparpillement a le tort d'amener des flottements, des conflits et contrarie l'unité de vues indispensable en matière d'hygiène.

Dans une armée composée de corps distincts et d'armes différentes, conduite par des généraux responsables, le haut commandement n'en est pas moins attribué à un général en chef à qui seul est confiée l'exécution d'un plan conçu et arrêté par l'Etat-major ou le Conseil supérieur de la guerre.

C'est pour remédier à cette fâcheuse dispersion que nos confrères français entament une campagne en vue de la création d'un service unique, où tout ce qui concerne la santé publique serait concentré sous la haute direction d'un ministre de la santé.

En théorie, cela paraît excellent, mais la pratique a rendu nos confrères français fort sceptiques à l'endroit des ministères et de leurs titulaires, dont la qualité maîtresse n'est pas la stabilité.

La sanitation publique ne peut guère s'accommoder des fluctuations politiques et, dans un pays où toute la vie publique gravite autour de considérations parlementaires, il y a toujours à craindre l'application de la maxime :

C'était un calculateur qu'il fallait, on choisit un danseur.

On confiera le portefeuille des colonies ou du commerce à un médecin et on enverra au ministère de la santé publique un ingénieur ou un industriel.

Aussi nos confrères français penchent-ils à demander la protection efficace de la santé publique à un organisme extra-politique, organisme qui serait en harmonie avec le corps médical.

« Le Comité technique qui dirigerait toutes les « choses de la médecine, se rapprocherait du Co- « mité consultatif d'hygiène publique actuel, mais « on modifierait son mode de recrutement, et on lui « donnerait à la fois plus d'autorité, plus d'action, « en même temps que l'on étendrait ses attribu- « tions. Pour représenter le corps médical français, « ce Comité technique devrait se composer de spé- « cialistes élus par les grandes Sociétés compéten- « tes : Académies de médecine, Société d'hygiène pu- « blique, Facultés de médecine et aussi par le corps « des praticiens.

« Sans aucun doute, il devrait être complété par « adjonction de membres choisis par le Parlement, « mais de façon à ce que ceux-ci ne forment jamais « la majorité.

« Ce projet paraîtra raisonnable à tous les méde- « cins, car il semble que l'hygiène n'ait aucun rap- « port, même éloigné, avec la politique proprement « dite ; tout au plus touche-t-elle parfois à la politi- « que économique ».

Cette thèse, développée par le docteur Lemière dans le *Journal des Praticiens*, n'a rien qui nous séduise.

Ce hoche-pot administratif, cuisiné par des académiciens, des professeurs, des praticiens et des parlementaires, serait incapable de faire de bonne sanitation publique. Tout au plus, pourrait-on lui demander l'étude de mesures générales, l'édiction de règlements sanitaires et des conseils pour la construction des hôpitaux, lazarets, etc.

Quelqu'un devra toujours prendre devant le pays la responsabilité des mesures proposées sous forme de loi, et en dernière analyse, le Parlement pourra défaire tout ce qu'aura édifié un Comité technique si compétent soit-il.

La conception de l'irresponsabilité absolue d'une manière de Conseil des dix répugne absolument à nos idées modernes.

Faut-il en conclure qu'un ministère de la santé publique, moins soumis qu'un autre aux fluctuations de la politique, est irréalisable ? Nous ne le pensons pas, puisqu'en France même, ce pays de l'instabilité ministérielle, nous assistons à la sorte d'immortalité d'un sous-secrétaire d'Etat aux Beaux-Arts.

Ce que l'expérience a démontré possible et utile dans une sphère particulière pourrait se concevoir en matière de sanitation publique.

L'organisation d'un ministère de la santé publique

avec un chef responsable devant le pays, s'accorde aisément avec la thèse d'un Comité technique élu par des Académies, des Facultés et le corps médical, mais ne peut s'accommoder de l'idée d'un Conseil supérieur échappant à tout contrôle, quand même ce Conseil offrirait toutes les garanties de savoir et de compétence.

Nous estimons que l'importance considérable acquise par les questions sanitaires plaide en faveur de la constitution d'un ministère de la santé publique, mais à la condition que le portefeuille en soit confié à un homme présentant des garanties de compétence suffisantes.

En matière de sanitation publique, l'unification s'impose comme à la guerre. Et c'est une guerre de tous les jours que le service de santé doit diriger contre les dangers menaçant les nations, guerre avec ses règles techniques mûrement pesées dans le calme, mais aussi avec ses décisions immédiates inspirées par les circonstances.

La dispersion des affaires médicales dans divers ministères nuit positivement à la coordination des mouvements.

Les preuves de cette affirmation se vérifient journellement. En voici un exemple qui n'a rien d'insolite :

Une épidémie éclate dans une caserne, située en pleine agglomération urbaine ; la commission médicale, prévenue, veut procéder à une enquête ; elle se heurte à l'autorité militaire, dont les services autonomes n'admettent aucune immixtion civile. Cependant, la caserne constitue un foyer d'infection momentané dont l'autorité municipale a le droit de se préoccuper dans l'intérêt des habitants.

La conception bizarre de la séparation administrative fait ainsi surgir des conflits de compétence à propos d'écoles, de chemins de fer, d'hospices, de casernes, etc. Une administration ne souffre pas que sa voisine s'immisce dans les affaires relevant de ses attributions et ainsi les mesures les plus urgentes attendent parfois que les diverses autorités compétentes se soient mises d'accord.

Sur ces entrefaites, une épidémie, une cause d'insalubrité, a le temps d'étendre ses ravages... mais le prestige des bureaux est sauf. Il semble que ce soit le principal !

La création d'un ministère de la santé publique ne se comprendra que le jour où tous les services médicaux et toutes les affaires médicales seront concentrées en un unique département.

Naguère, la dispersion pouvait se défendre pour des considérations budgétaires. Aujourd'hui, les questions de sanitation publique, la préoccupation de la prophylaxie, la lutte engagée contre les épidémies, souffrent beaucoup de cette dispersion, dont le moindre défaut est de paralyser l'efficacité des mesures défensives par la complication des études et les inutiles et stériles discussions entre bureaux différents.

Au surplus, les affaires d'hygiène relevant d'un unique département sont assez compliquées et assez graves pour absorber l'activité entière d'un ministre. Le souci primordial des autorités communales est aujourd'hui d'assurer la santé publique par des travaux techniques de tout genre : adduction d'eau, réseau d'égouts, écoles hygiéniques, création de parcs publics, suppression des causes d'insalubrité. Mais, à toutes ces préoccupations, un ministère de la santé publique doit ajouter l'étude du meilleur plan de défense contre les épidémies, surveiller les frontières, défendre les cours d'eaux contre la pollution, surveiller les denrées alimentaires, protéger les eaux d'alimentation, ordonner les mesures d'isolement des malades, surveiller les désinfections, prescrire parfois des violations de la liberté individuelle dans un but d'intérêt général, prévoir l'indemnisation à accorder aux citoyens lésés par les lois prophylactiques, assurer la salubrité des ateliers, casernes, hospices, lazarets, etc.

Le programme est si vaste qu'il exige non seulement une grande compétence, mais une sorte de permanence assurée contre les fluctuations politiques parlementaires.

Dans notre pays, où les mutations ministérielles sont plutôt rares, la conception d'un ministère de la santé publique soustrait aux surprises des votes parlementaires pendant au moins la durée entière d'un mandat parlementaire, ne heurterait pas les idées reçues. La responsabilité devant le pays resterait complète, puisque le budget du ministère serait soumis à l'approbation des Chambres, maîtresses de leur confiance ou de leur désaveu ; seulement, cette responsabilité politique devrait exclure l'idée de solidarité ministérielle.

Au surplus, une autre considération, d'ordre spécial, plaide en faveur de la création d'un ministère de la santé publique ; celle des réformes profondes que les divers pays s'apprêtent à introduire dans l'organisation sociale elle-même, organisation basée aujourd'hui encore sur des thèses plutôt vétustes ne tenant pas un compte suffisant de l'évolution moderne.

Dr L. DEJACE.

A propos de la nécessité de la culture classique pour le médecin.

Nous recevons à ce sujet la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier, car nous ne craignons pas la contradiction, n'ayant jamais eu la prétention de détenir le monopole de la vérité absolue, si elle existe.

Monsieur,

Je m'étonne de vous voir écrire dans le *Concours* un article comme votre « Propos du jour » ; comme je n'ai pas de tribune à ma disposition, c'est à vous que je m'adresse ; pardonnez-moi.

Non, tous les arguments n'ont pas été donnés en faveur de l'éducation classique. Il y en a un, le seul, à vrai dire ; pourquoi vouloir le taire ? Les études classiques sont *chères*. C'est une façon comme une autre, pas très noble — c'est pour cela qu'on en parle si peu — d'éliminer des concurrents. La proposition de créer une licence obligatoire avant les études médicales procède du même esprit. Toutefois, il faut reconnaître qu'elle serait plus profitable au futur médecin, qui a besoin d'un fond de sciences physiques et naturelles qui lui manque trop souvent.

Combien de médecins ignorent ce qu'est un volt et un milliampère, et qui cependant entreprennent des « traitements électriques » ? Car enfin, la question ne se pose pas de savoir si « une *belle* intelligence, doublée de connaissances scientifiques *très* étendues, ne suffit pas à un *bon* médecin », mais si une intelligence moyenne, doublée de connaissances scientifiques ordinaires, est *nécessaire* à un praticien passable.

Or, cela ne fait de doute pour personne, mais qui osera soutenir que ce minimum est réalisé ? Quand nous serons arrivés à produire des méde-

cins connaissant leur métier, nous chercherons à les orner pour qu'ils connaissent leur art. C'est seulement alors que se posera la question de savoir jusqu'à quel point l'éducation classique de nos lycées orne et affine. S'il était prouvé qu'il en est bien ainsi, que cette éducation est à ce point de vue irremplaçable, personne, je pense, ne s'élèverait contre elle, mais ?..... Combien de nos jeunes « classiques » n'ont jamais lu Tourqueneff ni Schopenhauer, et ne savent pas qu'il existe une Tétralogie et ne le sauront jamais ?

Cet enseignement s'adresse à la mémoire. Il forme des gens qui pensent entre guillemets, comme dit mon ami Chassé. Vous-même ne croyez-vous pas étayer votre opinion de l'avis d'un « grand philosophe » ? Pourtant si un aphorisme de Trousseau peut être considéré comme un argument, il n'en saurait être de même, je pense, d'une sentence de Bergson.

Je regrette d'être de ceux « qui ne sont pas capables de comprendre ». Je suis, en tout cas, incapable de deviner ces arguments si obstinément cachés derrière des affirmations à la Paul Bourget, fussent-elles répétées mille fois et dans les mêmes termes ; et je voudrais plus.

Vous vous honoreriez en faisant pour vos lecteurs ce que personne d'autres n'a fait.

Bien que je n'ose l'espérer, je vous prie de croire, Monsieur, à mes sentiments les meilleurs,

Dr G. Tarlé,
Menetou-Salon (Cher).

Nous n'aimons pas les discussions métaphysiques souvent oiseuses, car elles proviennent presque toujours de malentendus, et pour les dissiper, il conviendrait de débuter par des définitions.

Nous n'entendons pas par culture classique le fait de commencer à 8 ans à ânonner « *rosa*, la rose » et à aligner péniblement plus tard, à force de chevilles, de mauvais vers latins.

Par culture classique, nous entendons l'étude prolongée et l'imprégnation, si nous osons dire, des grands écrivains et des philosophes qui ont illustré la Grèce et Rome. Qu'on le veuille ou non, et il suffit de voyager tant soit peu pour s'en rendre compte, toute la civilisation contemporaine provient de là Ceux qui bénéficient des études classiques puisent à ces sources pures des habitudes de méthode et de clarté, acquièrent un esprit critique et un pouvoir d'observation que l'étude des sciences mathématiques et physiques assaisonnées de notions variées de littérature, d'histoire et de langues modernes ne développe pas au même degré. C'est un fait, mais cela ne veut nullement dire qu'un jeune homme qui n'a pas fait d'études classiques n'est pas capable d'acquérir les mêmes qualités. Cependant, il y parviendra plus difficilement, et plus tard la différence d'éducation le mettra dans un état d'infériorité relative au sortir du Collège.

Nous ne pouvons souscrire à toutes les observations de notre contradicteur.

L'élévation du prix des études classiques est un argument dont nous n'avons pas du tout à rougir. Etant donnés l'encombrement de la profession, les difficultés d'y gagner la vie d'une famille, nous ne voyons pas pourquoi on ne voudrait admettre la sélection des futurs médecins par la durée et la difficulté des études.

Notre contradicteur trouve que c'est un moyen pas très noble d'éliminer des concurrents.

Il est plus noble que celui qui consiste à se servir, pour les éliminer par la misère une fois qu'ils sont docteurs, de la concurrence par l'exercice gratuit ou à prix réduits, ce qui est toujours facile pour un praticien qui jouit de quelques revenus.

Que notre excellent confrère nous le pardonne, mais il nous semble qu'il cède à un préjugé de faux égalitarisme qui voudrait que toute personne ait un accès facile à toutes les professions. Cet égalitarisme est à notre avis faux et dangereux, car il tend à établir une hiérarchie dans les professions, à créer une sorte d'aristocratie de métier comme sous l'ancien régime où, par exemple, les verriers étaient nobles quand les drapiers ne l'étaient pas.

Un homme supérieur dans une vraie démocratie est toujours un homme supérieur, qu'il soit diplomate, médecin ou serrurier. Il n'est nullement indispensable qu'en sortant de l'Ecole primaire, tous les jeunes gens intelligents rêvent à se faire médecins. Ils peuvent trouver une meilleure façon d'employer leur activité et leur intelligence. Nous aurions préféré être diplomate ; notre situation de fortune nous a aiguillé seulement vers la médecine : avons-nous le droit de nous plaindre? Chacun agit selon ses facultés et ses moyens, et ce n'est pas là une déchéance.

Nous ne partageons pas non plus l'opinion de notre confrère quand il donne une importante priorité aux sciences physiques et naturelles dans l'éducation du médecin. Sans doute, il y a un minimum de connaissances qu'il faut avoir acquises ; sans un certain bagage scientifique, on ne peut s'aventurer dans les études médicales, comme on ne peut poursuivre aucune sorte d'études si l'on ne sait lire, écrire et compter. Mais la médecine et la chirurgie sont plus des arts que des sciences, et l'habileté artistique y tient souvent une place plus grande que l'étendue des connaissances scientifiques. Il convient avant tout, dans notre profession, de savoir se servir de ses sens et de ses organes et de savoir interpréter les renseignements qu'ils donnent et en tirer des indications. Un maladroit très savant sera toujours un mauvais chirurgien ; un érudit sourd ou aveugle, ou pourvu d'un esprit tâtillon et faux, sera toujours un mauvais clinicien. On peut être un excellent thérapeute sans connaître la formule de la digitaline, et l'employer utilement tous les jours en ignorant comment on la prépare.

Donc, à notre avis, le sens clinique et l'habileté artistique doivent primer en médecine les connaissances scientifiques ; ce qui ne veut nullement dire qu'elles ne sont pas nécessaires.

Enfin, il est un rôle qui a sa petite importance, quoi qu'on en dise, chez le médecin, c'est son influence morale qui, très souvent, agit plus que tous les remèdes. Cette influence qui donne la confiance, qui amène avec elle le calme et l'espoir

chez le malade, n'existe pas chez tous les médecins, elle se développe chez ceux qui ont un nombre de qualités morales telles que le bon sens (qui ne marche pas toujours de pair avec l'intelligence, soit dit en passant), le tact, la délicatesse de sentiments, la maîtrise de soi, etc., qualités que la culture classique développe indiscutablement.

Nous ne voulons pas dire, encore une fois, qu'un mathématicien et un physicien sont dépourvus de bon sens, de tact, de délicatesse, etc., mais le genre d'études auxquelles ils se livrent ne tend pas à développer ces qualités.

Notre confrère nous reproche de penser entre guillemets et de citer Bergson. Nous ne sommes pas de ceux qui approuvent sans restriction les erreurs de la vieille scolastique et qui n'admettent pas que les faits puissent être en contradiction avec les textes d'Aristote. Mais il serait prétentieux de tomber dans l'excès contraire et de dédaigner l'opinion d'hommes dont la supériorité intellectuelle est universellement reconnue, hommes qui, avant de philosopher, poussèrent très loin leurs études scientifiques tant en mathématiques qu'en biologie, comme M. Henri Bergson, dont nous nous honorons d'avoir été, il y a quelque vingt-cinq ans, le bien modeste élève.

J. NOIR.

MÉDECINE MILITAIRE

L'avancement des médecins de réserve et de territoriale.

Le *Bulletin officiel* du Ministère de la guerre (nº 30) vient de publier une circulaire, en date du 25 juillet, relative à l'établissement des tableaux d'avancement et de concours pour la Légion d'honneur, et dont certaines dispositions intéressent les médecins de réserve et de la territoriale.

Il est spécifié, en effet, qu'il sera tenu compte tout spécialement, dans les propositions pour l'avancement et la décoration concernant ces officiers, des stages volontaires, de l'assiduité aux séances des écoles d'instruction, des travaux fournis et du concours apporté aux sociétés de préparation et de perfectionnement militaires agréées par le Ministre de la guerre.

D'autre part, qu'ils soient appelés ou non dans l'année à une période d'exercices, les officiers de complément doivent être tous proposés pour l'avancement, s'ils remplissent les conditions d'ancienneté de grade et de périodes voulues, à moins qu'ils n'aient spontanément déclaré renoncer à l'avancement, auquel cas ils sont ajournés d'office.

Le cas échéant, il pourra être tenu compte des prix et récompenses obtenus par les officiers de complément dans les académies nationales, si ces prix et récompenses ont été décernés pour des travaux intéressant l'armée (par exemple, travaux techniques des médecins, pharmaciens et vétérinaires militaires).

Il n'y a pas lieu d'ajourner les proposition pour l'avancement des officiers de réserve ou de l'armée territoriale qui n'auraient pas fait normalement, dans l'année, une période d'instruction ; le stage n'est, en effet, réglementairement effectué que tous les deux ans ; le fait de n'en avoir point accompli dans l'année ne saurait donc être un motif d'exclusion pour la proposition à l'avancement.

On ne présentera pour la Légion d'honneur que les militaires comptant vingt-cinq ans de service, campagnes comprises, et dans les propositions on devra s'inspirer des considérations suivantes :

« Sans écarter complètement les services rendus dans le passé par les candidats aux différents grades de la Légion d'honneur, il importe de tenir compte surtout de la situation actuelle de ces candidats et de leur aptitude à exercer, en temps de guerre comme en temps de paix, les fonctions qui leur sont confiées, au premier rang desquelles se placent les fonctions actives.

« Le grade de chevalier ou d'officier de la Légion d'honneur ne doit pas, en effet, être considéré seulement comme la récompense due à des longs services qui n'ont pu, pour une raison quelconque, être récompensés dans l'armée active, et, par suite, ne doit pas être réservé presque exclusivement aux officiers de cette armée démissionnaires ou retraités. Il doit servir surtout à exciter le zèle et à constater les mérites des officiers de réserve et de l'armée territoriale qui se sont créé des titres spéciaux par le nombre des périodes et des stages volontaires accomplis, par leur assiduité aux conférences et exercices, par le concours donné aux sociétés de préparation et de perfectionnement militaires agréées par le Ministre de la guerre (S. A. G.). La campagne de 1870-71 constituera également un titre sérieux. »

Il est probable que cette déclaration ministérielle sera bien accueillie par les médecins de réserve, car elle constitue un désir de justice.

Dr NOEL.

(*Bull. méd.*).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

TRIBUNAL DE PAIX DU IVe ARRONDISSEMENT DE LILLE

1er février 1911.

Le patron qui n'a pas profité de la faculté que lui accorde la loi de faire visiter son ouvrier blessé pendant le traitement par un médecin de son choix est mal fondé à demander, après guérison, une expertise pour vérifier l'utilité et l'efficacité du traitement. Cette demande ne saurait être légitimée par la note anonyme du Comité médical d'une compagnie d'assurances.

« Nous, juge de paix du quatrième arrondissement judiciaire,

Considérant que le docteur D. a fait citer devant nous M. H., à l'effet de s'entendre condamner à payer au requérant la somme de quatre cent

trente-cinq francs cinquante centimes qu'il lui devrait pour soins donnés à son ouvrier, C., victime d'un accident du travail, du vingt-deux mars mil neuf cent dix à fin octobre de la même année, c'est-à-dire pendant sept mois;

Considérant qu'après avoir demandé le détail des soins donnés par le demandeur, aucune observation n'a été faite quant au nombre des visites et quant à la matérialité des soins portés audit compte;

Qu'aucune observation n'a été faite non plus quant au prix demandé pour chaque visite audit compte, lesdits ayant été établis d'après le tarif Dubief ;

Mais que la Compagnie d'assurances, mandataire du défendeur, nous demande de nommer expert avec mission d'examiner, de vérifier et de dire si le nombre des massages, électrisations et visites consacrées par le docteur D... au blessé C... n'a pas dépassé, et dans quelle proportion, ce qu'il pouvait y avoir d'utile et d'efficace dans son cas ;

Que, pour appuyer ses prétentions, elle se contente de nous soumettre une note du service médical par elle organisé à la Compagnie, note anonyme, et par suite ne pouvant guère peser sur notre décision ;

Considérant qu'il lui était très facile, au lieu de demander une expertise après guérison, avec l'appui d'un comité médical dont nous ignorons complètement la composition, de profiter, au cours des sept mois de soins donnés par le demandeur, de la faculté que lui donnait l'article quatre, paragraphe cinq de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit « de faire désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime » ;

Qu'elle aurait été mise ainsi au courant semaine par semaine, qu'elle pourrait aujourd'hui s'appuyer, non pas sur un avis anonyme, mais sur des bases sérieuses ;

Qu'elle ne l'a pas fait, qu'elle ne peut s'en prendre qu'à elle-même des conséquences de son abstention ;

Considérant que dans ces conditions, la prétention émise de faire vérifier par un praticien complètement étranger au traitement suivi par le blessé l'opportunité des soins donnés au sinistré dont il n'a nullement connu la situation, au moment où lesdits ont été administrés, *nous paraît inadmissible* ;

Pour ces motifs :

Disons irrecevables les prétentions du défendeur ;

Et, dès lors, statuant contradictoirement et en premier ressort, par application de l'article 15, paragraphe 4 de la loi du neuf avril 1898 modifiée par la loi du 31 mars 1905 ;

Condamnons le défendeur à payer au demandeur la somme de quatre cent trente-cinq francs cinquante centimes par lui réclamée;

Le condamnons, en outre, attendu qu'il succombe en l'instance contre lui intentée, à en payer les intérêts, frais et dépens, et ce, vu l'article cent trente du Code de procédure civile.

Note. — Ce jugement, conforme à une jurisprudence déjà importante (voir notamment Tribunal de paix de St-Etienne, 1er octobre 1907) (*Conc. méd.* 1908, p. 10); Tribunal de paix du XXe arr. de Paris, 20 octobre 1908 (*Conc. méd.* 1909, p. 141); Tribunal de paix de Mézières, 11 décembre 1908 (*Conc. méd.* 1909, p. 159); Trib. civ. d'Aix, 29 octobre 1908 (*Conc. méd.* 1909, p. 54); Tribunal de paix de Noyon (*Conc. méd.* 1910, p. 619); Tribunal de paix du premier canton de Rouen (*Conc. méd.*; 1911, p 584), a été obtenu par un membre du « Sou médical » qui a eu le bon esprit de profiter des conseils et renseignements de jurisprudence auxquels cette qualité lui donnait droit.

Il ne pouvait être question d'appui pécuniaire, au moins en premier ressort, puisqu'il ne s'agissait que d'un recouvrement d'honoraires ne présentant aucune question de jurisprudence nouvelle à faire trancher. (Article 7 du Règlement intérieur, que le Sociétaire en question doit certainement connaître).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

— **Clinique des Quinze-Vingts.** — Les médecins de la clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront le mardi 7 novembre des leçons cliniques d'ophtalmologie qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites tous les mardis à 1 h. 1/2 successivement par les Docteurs Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous.

— **L'Ecole dentaire Française**, reconnue et autorisée par décision ministérielle de l'Instruction publique en date du 26 novembre 1896, sise 29, boulevard St-Martin, Paris.

Les inscriptions pour le stage seront reçues du 1er au 31 octobre.

La réouverture des cours aura lieu le lundi 6 novembre.

Les inscriptions pour la scolarité seront reçues du 15 octobre au 15 novembre. La réouverture des cours aura lieu le lundi 13 novembre.

L'École donne l'enseignement complet pratique et théorique en vue des examens du Diplôme de chirurgien dentiste.

Les Élèves libres, docteurs en médecine, étudiants en médecine, les étrangers peuvent s'inscrire à toute époque de l'année.

Troisième Congrès international pour la protection de l'enfance. « Gouttes de lait ». — Ce congrès a été ouvert le lundi 11 septembre 1911, à 10 heures du matin, sous la présidence du prince de Holenhole-Langenburg, en présence de l'Impératrice d'Allemagne. La grande salle des séances du Reichstag était complètement remplie : 850 personnes avaient envoyé leur adhésion.

La France comprenait une centaine de membres ; le Gouvernement était officiellement représenté par le Professeur Marfan, les Drs Aviragnet, Lesage, Sergent et M. Turquan. Nous nommerons encore au hasard : Mesdames Voiellaud et Borel, de Toulon ; les Drs Berthe, Dorlencourt, Raimondi,

Schreiber, de Paris ; Chambrelent et Mercier de Bordeaux ; Lelièvre, d'Angers ; Grasset, de Tours ; Péhu, de Lyon ; Merlin, de Saint-Etienne ; Ausset, de Lille ; Decherf, de Tourcoing ; Felhoen, de Roubaix ; d'Œlnitz, de Nice ; Vivien, de Vienne ; Lassabatie, de Rochefort ; M. Mille, député de l'Allier ; M. Poussineau, président de la Mutualité maternelle de Paris ; M. Ambroise Rendu, conseiller municipal de Paris, président de l'Œuvre sociale du Bon Lait, etc., etc. De nombreuses œuvres (Gouttes de lait, Sociétés protectrices de l'enfance, Mutualités maternelles, Crèches) avaient envoyé des délégués. Citons Toulon, Angers, Nice, Roubaix, Tourcoing, Tours, Vienne, Paris, Bordeaux, Lyon, Rochefort, Lille, Saint-Etienne, etc. Plusieurs dames avaient accompagné leur mari.

De brillantes réceptions furent données à Berlin, à Charlottenbourg et à Dresde ; l'accueil le plus cordial fut réservé aux Français.

Le IVe Congrès se tiendra à la Haye en 1915 et le Ve à Londres en 1919.

La prochaine réunion du Comité français aura lieu à Bordeaux en 1912.

— **L'insuffisance aortique.** — Dans une étude historique récemment parue dans le *Centralblatt fur Herz und Gefass Krank*, nous lisons que, selon Morgagni, Bertolotti (mort en 1630) aurait observé un cas d'insuffisance des valvules aortiques. En 1783, Selle décrivit la maladie.

Si Corrigan et Stokes (1855) firent les premières études détaillées, celles d'Hogkdin datent de 1827, et Hope avait, dès l'année 1832, insisté sur les caractères si spéciaux du pouls.

L'insuffisance aortique devrait s'appeler non « maladie de Corrigan », mais maladie de Hope ou de « Hogkdin-Corrigan ».

— **Les dangers de la profession.** — Nous relations dernièrement le meurtre commis sur un médecin de Carare par le frère d'un de ses malades.

Aujourd'hui, c'est le Dr James-Petit, de l'Etat de Virginie, qui succombe à la suite d'un coup de revolver que lui a tiré un de ses clients qui lui reprochait d'avoir mal soigné sa femme. Allons ! cela va bien. Les mœurs du XXe siècle s'adoucissent ! !

— **Le commerce de l'absinthe en Algérie.** — Le Président de la République vient de rendre le décret suivant :

Article premier. — A partir du 1er janvier 1912, sont interdites en Algérie la détention et la mise en vente :

1° Des absinthes ou boissons similaires autres que l'anisette d'une teneur alcoolique inférieure à 55 degrés ;

2° Des anisettes similaires d'absinthes dont la teneur alcoolique sera inférieure à 45 degrés ;

3° Des bitters, amers et autres boissons apéritives à base d'alcool d'une teneur alcoolique inférieure à 50 degrés.

Toutefois les absinthes ou similaires, les anisettes similaires d'absinthe, les amers et autres boissons apéritives à base d'alcool d'un degré alcoolique inférieur à ceux spécifiés ci-dessus pourront être fabriqués et détenus par les marchands en gros, fabricants, à charge d'exportation.

Art. 2.— Tout récipient contenant de l'absinthe ou boisson similaire y compris l'anisette, des bitters, amers et autres apéritifs à base d'alcool, doit être revêtu d'une étiquette indiquant, en caractères très apparents d'au moins 6 millimètres de hauteur, le degré alcoolique du liquide.

Art. 3. — Toute infraction aux dispositions qui précèdent est punie des peines édictées par l'article 10, premier alinéa, de la loi du 26 mars 1872.

— **Inspection de l'Assistance publique.**— Arrêté ministériel du 2 octobre 1911.

Art 1er. — La disposition de l'article 1er *in fine*, de l'arrêté du 12 novembre 1909 (ancien art. 5 de l'arrêté des 10 novembre 1906-07 août 1907) est remplacée par la disposition suivante :

« Les épreuves écrites et les épreuves orales sont passées à Paris, au ministère de l'intérieur. La surveillance des épreuves est assurée par la commission des concours. Les épreuves orales sont précédées d'un examen médical qui peut être éliminatoire. »

— **Conférences d'hydrologie.** — M. le Dr Allyre Chassevant, agrégé, commencera une série de conférences d'hydrologie, le lundi 20 novembre 1911, à 3 heures, au petit amphithéâtre, et la continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Nota. — Ces conférences seront complétées par des conférences de crénothérapie faites par M. le Dr Carnot, agrégé.

Sujet des conférences : Notions élémentaires de géologie, répartition géologique des sources. Origine, synthèse et diagnose des eaux minérales. Captage et aménagement des sources. Propriétés physiques et chimiques des eaux minérales : pression osmotique, ionisation, cryoscopie, conductibilité électrique, gaz rares, radioactivité. Analyse chimique. Classification. Propriétés pharmacologiques. Identification, variation, altération, conservation des eaux minérales transportées.

— **Cours et travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie.** — I. — *Cours.* — M. le Docteur Castex, chargé de cours, assisté de MM. les docteurs Collinet, Rabé et Blanluet, reprendra le cours public et gratuit à l'Amphithéâtre Cruveilhier (École pratique 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le mardi 7 novembre 1911, à 3 h.

Programme du cours. 1° Mardis, jeudis, samedis, M. Castex. Présentation de malades ; 2° Lundis, mercredis, vendredis, MM. Collinet, Rabé et Blanluet. Conférences d'oto-rhino-laryngologie.

II. — *Travaux pratiques.* Les exercices pratiques ont lieu toute l'année sans interruption. Examen et traitement des malades par les élèves, tous les jours de 3 à 5 heures.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine de midi à 3 heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

— **Un suicide ; une expiation.** — Le meurtrier du Dr Guinard, Herrero, vient de se pendre dans sa cellule de la prison de Fresnes, où il avait été transféré, à l'aide d'un lien fabriqué avec son caleçon découpé en lanières.

Cela ne rendra pas la vie au regretté chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il y a, hélas ! des choses qu'il est impossible de payer à leur juste valeur.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 44 Dimanche 29 OCTOBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PRÉPARATION DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES PROCHAINES

Les Conseils d'administration du *Concours Médical*, de la *Mutualité familiale* et du *Sou Médical* se sont réunis la semaine dernière afin de préparer les Assemblées générales de ces Sociétés.

Ces Assemblées auront lieu successivement dans l'ordre suivant, le dimanche 19 novembre, dans les salons du restaurant Marguery.

A 2 heures précises, Assemblée de la *Mutualité familiale et professionnelle des médecins français*.

A 3 heures et demie, Assemblée extraordinaire et Assemblée ordinaire du *Concours médical*.

A 4 heures et demie, Assemblée du *Sou Médical*.

Le *Banquet* commun à toutes les Sociétés aura lieu à 7 heures ; la cotisation, payable à l'entrée, est de 15 fr. ; la Société civile du *Concours* prend à sa charge le supplément des frais qui augmentent rapidement d'année en année. L'Assemblée du nouveau Conseil de l'Union décidera le 18 novembre si elle fait banquet commun avec nous.

Prière d'aviser de sa présence (autant que possible, avant le 15 novembre) en vue des dispositions à prendre, et pour éviter de n'être pas admis faute de place.

Nous publierons dans chacun des prochains numéros les ordres du jour des Assemblées générales, et nous commençons aujourd'hui par ce qui se rapporte à l'Assemblée du *Concours médical*.

SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS MÉDICAL "

Séance du Conseil de Direction du 20 Octobre 1911

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, Diverneresse, J. Noir, P. Boudin, H. Cézilly.

Le Conseil fixe l'ordre du jour de l'Assemblée ordinaire du 19 novembre :

Allocution du Président (Dr Gassot) ;

Comptes et budgets (Dr Maurat) ;

Rapport sur le service de la propagande (Dr P. Boudin) ;

Les études d'intérêt professionnel qu'impose l'actualité (Dr J. Noir) ;

Un projet d'assurance en cas de décès susceptible d'entrer dans le cadre de la Mutualité familiale (Dr Vimont) ;

Propositions des sociétaires qui seront parvenues au Conseil avant le 10 novembre.

Par application du 2e paragraphe du règlement voté en 1909, le Conseil décide de convoquer pour l'Assemblée prochaine, les délégués des 37 Comités de propagande déjà formés.

Mais, le budget de propagande ne permettant pas encore de payer le voyage de tous les délégués, le déjeuner et le banquet, le Conseil décide de ne faire venir d'abord que les délégués des Comités *qui auront adressé, avant le 1er novembre, leur rapport annuel sur les résultats de la propagande dans leur département* ; puis, suivant les disponibilités, ceux des délégués dont le Comité aura fait preuve d'activité au cours de 1911.

Il est établi que, comme l'an dernier, chacun de ces délégués pourra, en cas d'empêchement majeur, se faire suppléer par tel membre de son Comité qu'il jugera le mieux préparé à jouer un rôle utile dans nos Assemblées.

Le Conseil décide ensuite de proposer à la Société civile de s'inscrire pour une somme de 4.000 francs en tête de la liste des bienfaiteurs de la *Mutualité familiale*.

En présence de cette constatation que, parmi les syndiqués qui luttent pour ou contre l'application des statuts nouveaux de l'Union des Syndicats, les membres du Conseil de Direction du *Concours*, qui faisaient partie de l'ancien Conseil de l'Union, sont parfois considérés, soit comme meneurs encombrants, soit comme suspects de mercantilisme et autres crimes divers ; que, de ce fait, si absurde ou risible qu'il soit, il résulte que ces membres sont empêchés d'accepter des mandats qui exigent une entière confiance, le Conseil décide à l'unanimité qu'aucun de ses membres n'acceptera de candidature dans le Bureau prévu par les nouveaux statuts de l'Union des Syndicats médicaux ; mais qu'il n'en conservera pas moins, à l'égard de celle-ci, la sollicitude qu'il lui doit et qu'il se reprocherait de ne pas lui accorder.

Par Assemblée extraordinaire qui précédera l'Assemblée ordinaire, la Société civile sera priée de ratifier l'admission de M. le Dr Vimont (de Paris) dans le Conseil de Direction, où il est particulièrement chargé d'aider M. le Dr Gassot dans l'étude et l'administration des œuvres de prévoyance.

Rapport du Conseil de Direction

Chers Confrères,

L'an dernier, à l'heure même où des discussions violentes secouaient les Sociétés médicales chargées de centraliser la défense et la prévoyance professionnelles, la Société d'études, dont nous avons l'honneur d'assurer la Direction, s'adonnait de plus en plus systématiquement à la recherche des moyens pratiques d'établir plus de cohésion dans les rangs du Corps médical, plus de sécurité dans l'avenir des praticiens et de leurs familles, plus d'apostolat en faveur de la solidarité agissante dont nous avons tant besoin.

Notre Assemblée générale, par sa bonne tenue, par son travail méthodique, par le sérieux de ses préoccupations, nous avait montré l'attitude que nous devions prendre au cours de la période agitée que nous traversons. La masse de nos sociétaires reconnaissait, nous le savions, l'urgence de faire évoluer le syndicalisme vers plus d'initiative et l'Association générale vers plus de prévoyance. Par nos écrits, par nos actes, à Paris, en province, dans les réunions ou par conversations individuelles, nous avons nettement traduit ces sentiments. Le journal s'y est employé avec la ténacité qu'il apporte à la défense de nos convictions, enregistrant toutes objections formulées de bonne foi, mais ignorant systématiquement les contradictions dont le mobile est autre que le souci de l'intérêt général, ce qui se reconnaît vite à la forme soi-disant spirituelle dont on ne manque pas de les revêtir pour en faire sortir de stupides attaques et de déplorables divisions.

Puis, fidèles à notre goût de démonstration par l'action, nous avons créé la « Mutualité familiale » pour la mettre au service de l'A. G. transformée, et nous avons demandé à l'infatigable « Sou médical » d'accentuer encore son rôle dans la défense professionnelle en devenant la caisse des Syndicats médicaux dont tous les membres sont ses adhérents individuels. Et, s'il est encore des ombrageux qui soient disposés à voir là un nouvel empiètement, nous les invitons à formuler leurs reproches près des confrères ou des groupements dont les intérêts étaient en souffrance du fait de gens qui n'étaient pas nous, et de discussions stériles que nous n'avons pas cherché à entretenir.

***

Le présent rapport pourrait se contenter, comme ses devanciers, de passer en revue avec quelques détails nos faits et gestes de l'année. Mais ceux-ci ont été publiés et doivent être connus de tous nos sociétaires, puisque tous ceux-ci sont désormais lecteurs du journal après la modification statutaire de l'an dernier. Il nous semble donc plus utile de consacrer ce rapport à dire à nos huit mille confrères ce qui se dégage nettement de ce que nous avons appris cette année par une énorme correspondance, par la lecture des comptes rendus des Sociétés, par celle des journaux professionnels, par nos multiples visites aux groupements de province.

C'est la définition d'une situation qui appelle, à notre avis, une réforme radicale et urgente.

***

L'inertie ancienne, en matière de solidarité et de défense professionnelles, était faite surtout d'indifférence et de routine dans des habitudes d'isolement ; elle avait un aspect passif qui n'inquiétait pas trop les défenseurs actifs des intérêts professionnels. On maugréait contre elle surtout parce qu'elle faisait perdre le bénéfice du nombre aux jours des revendications corporatives : mais elle n'avait pas un caractère d'hostilité ; elle ne constituait pas une division intestine et s'excusait un peu à titre de vestige de cet esprit d'individualisme qui nous imprégna si fort au cours du dernier siècle. Les médecins auxquels nous reprochions ces habitudes n'étaient pas nécessairement des adversaires de nos idées : souvent même ils en étaient partisans, plus ou moins vaguement ; mais ils se confinaient dans l'abstention par goût pour le simple « *se laisser vivre sans histoires* ».

En regard de ces isolés par tempérament, on voyait, à la même époque, des médecins d'un caractère plus entreprenant, mieux armés, se mettre en lumière et en réputation, au besoin en se rapprochant dans l'association syndicale par ces pactes très vagues et très timides que nous connûmes il y a vingt ans, et qui ne leur interdisaient pas du tout les fixes, les monopoles, les prébendes prometteuses de rubans et d'honneurs. La déontologie de ce temps-là, peu soucieuse de savoir comment leur étaient venus ces privilèges, allait même jusqu'à les déclarer *tabous* de ce côté, de même qu'elle paraissait mettre en doute le droit du malade de changer son médecin habituel s'il perdait sa confiance.

Ainsi se classaient les praticiens au moment où furent votées les lois dites de solidarité sociale, et notons avec soin que date de cette même période la surproduction folle des diplômes dans nos Facultés.

Comment les choses devaient-elles se passer fatalement pour l'application de ces lois et l'installation de ces médecins en surnombre ?

Comme elles se sont passées, car le *Concours médical* ne fut pas écouté à temps.

Les Administrations, les Mutualités, les Compagnies d'assurances, se sont empressées d'organiser en grand l'accaparement des soins médicaux au détriment du droit naturel du libre choix pour chaque malade ou blessé. Les *vrais* syndicalistes du Corps médical répugnant à vendre ainsi leurs services par contrat, sans égard pour la confiance des clients, toutes ces collectivités ont fait avec succès le siège des isolés, des néo-docteurs, et aussi de ceux que mettaient en vedette quelque titre de chirurgien d'hôpital, de spécialiste, ou de médecin enrôlé de plusieurs façons par les pouvoirs publics.

Nombreux sont ceux qui, sous la fallacieuse excuse qu'il faut bien vivre, se sont ainsi vendus et cherchent à prolonger la durée du marché auquel ils se sont soumis, sans vouloir convenir d'ailleurs que, ayant eu affaire à de malins spéculateurs, ils n'aboutissaient qu'à un marché de dupes. S'ils ne faisaient pas partie d'un Syndicat, ils se sont gardés d'y venir spontanément depuis ; mais, de plus, ils refusent d'y entrer sous prétexte de sauvegarder leur indépendance (!), en réalité parce qu'ils ont peur, sous les statuts, de ne pouvoir continuer leur *commerce médical*. Si, au contraire, ils y étaient déjà au beau temps des monopoles et des fixes dont ils eurent le privilège, vous les voyez aujourd'hui user de leur influence pour empêcher les Syndicats médicaux de toucher aux fameuses situations acquises, et ils donnent ainsi bravement la main aux non-syndiqués, appuyant cette trahison corporative sur les puissances dispensatrices d'honneurs, de rubans et d'honoraires au rabais dont ils se sont faits les humbles serviteurs.

Il y a donc bien aujourd'hui scission très nette, évidente, indéniable, entre les deux fractions du Corps médical. D'un côté les hommes qui continuent d'honorer notre profession libérale par leur indépendance réelle, et d'autre part, non pas en regard ou à côté, mais en face de ceux-ci, contre eux, cette masse d'isolés volontaires et de faux syndicalistes qui défendent leurs salaires et leurs intérêts particuliers en conflit aigu avec l'intérêt général.

Peut-on, dans ces conditions, espérer de favorables résultats des efforts de libération professionnelle auxquels s'attache une Société comme celle du *Concours médical* ?

Si oui, quels moyens efficaces doit-elle préconiser à la faveur de sa constante propagande ?

A la première de ces deux questions nous répondons : « Oui, il faut espérer quand même ». Et pourquoi ? Parce que la catégorie des indépendants, des hommes qui ont su s'affranchir de la pitoyable attitude du servage salarié, des médecins de famille pour tout dire d'un mot, ira toujours grossissant ; parce que ce sont les jeunes qui en constituent les recrues nouvelles ; parce que les défenseurs des situations acquises n'ont pour eux ni l'opinion publique, ni la foi professionnelle en la valeur de leur cause, ni la possibilité de se grouper solidement pour la défense mutuelle d'intérêts particuliers qui ne concordent pas et s'opposent même les uns aux autres.

Quant aux moyens à employer (c'est la seconde question) pour assurer à notre profession le rôle social qui lui revient de droit, nous les trouvons résumés dans l'indication que formulaient Gassot et Maurat à la fin de notre banquet de 1909 : « *classement obligatoire des médecins en deux groupes, les médecins-fonctionnaires et les médecins-praticiens.* » Chacune des deux catégories aura ses Syndicats propres. Dans les Syndicats des praticiens n'entrera que quiconque respectera, par engagement statutaire, le principe de l'égalité des médecins devant le droit du libre choix laissé aux malades : dans leurs Syndicats de médecins fonctionnaires, ceux-ci défendront leurs intérêts contre tous les employeurs dont ils sont les salariés.

Aux premiers, la clientèle sur appel du client ; aux seconds les soins vendus, au rabais ou non, aux tiers qui prétendront assurer de force à des citoyens dits libres le traitement de leurs états pathologiques ; aux seconds encore, les missions de contrôle (!) pour le compte de ces tiers responsables pécuniairement, mais aux premiers, tous droits de défense bien respectés des intérêts des clients qui les firent appeler.

Seulement, plus de ces situations hybrides, qui nous font mandataires à la fois du client et de celui qui est censé le couvrir, et qui le couvre comme nous le savons ; plus de ces syndicats mixtes entre praticiens qui touchent des *honoraires* et médecins qui reçoivent des *salaires de famine*.

Voilà ce qu'il nous faut conseiller désormais avec une infatigable ténacité, et à ceux qui peuvent librement opter, quoique déjà engagés dans la carrière, et aux jeunes qui s'installeront demain, car le médecin ne peut pas être à un autre service que celui de son client, sans que le Code soit violé dans son article relatif au secret professionnel.

Grave responsabilité à prendre, nous dira-t-on, que de conseiller une division corporative, aussi radicale. A quoi nous répondrons d'abord que nous n'avons pas créé le mal dont elle est le remède ; ensuite que si, au début, la catégorie des *praticiens* semble devoir être menacée dans son gagne-pain par celle des médecins atteints du mal de *fonctionnarisme*, elle gagnera vite en prestige, en considération, jusqu'à en tirer honneur et profit, tandis que sa rivale verra ses bénéfices s'amoindrir successivement sous le joug parcimonieusement doré où elle se sera jetée ; si bien que c'est au camp des *fonctionnaires* déçus que s'organisera la désertion destinée à grossir l'effectif des in-

dépendants, but que nous poursuivons pour l'affranchissement réel du Corps médical français.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'impression fort nette recueillie par votre Conseil de direction au poste de vigie où il a été placé.

L'évolution à prévoir commence à s'effectuer par-ci, par-là, mais cela ne va pas sans des heurts regrettables parce qu'on opère à la diable, sans méthode, sans plan bien précisé. Nous convions donc notre Société à la recherche des procédés qui permettraient ce classement des médecins en deux catégories de telle façon que chacune de celles-ci remplisse le rôle social qui lui serait assigné et sans qu'il en résulte de conflits entre hommes ayant même origine et même formation morale et scientifique.

L'étude de ce grave sujet exigera que les membres du Conseil de Direction en arrivent à s'abstraire le plus possible de toute part de gestion dans la marche du syndicalisme médical tel qu'il est encore compris aujourd'hui. Ils devront continuer d'observer attentivement cette marche, mais s'interdire tout acte qui les y ferait participer avec quelque responsabilité et refuser, pour cette raison, les délégations qui pourraient leur être confiées par des Syndicats en vue de réunions du Conseil d'administration de leur Union. Cette résolution qu'ils avaient déjà prise en conséquence de la modification récente de l'organisation de celle-ci, parce que « situation nouvelle veut à tout prix des hommes nouveaux », cette résolution, disons-nous, s'impose encore bien davantage pour l'étude, avec un esprit libre, dégagé de toute routine et de tout culte pour des traditions et habitudes destinées à disparaître du régime futur qui seul permettra d'organiser l'accord général des médecins dans la défense de leur profession.

La question est d'importance capitale. Elle entraîne une révolution dans les vieux dogmes déontologiques qui régissaient nos rapports entre nous et avec nos malades ; elle donnera figure nouvelle et cohésion jusqu'ici inconnue à notre corporation. Et c'est pourquoi le *Concours médical*, toujours plus répandu et plus écouté, toujours grandissant, même au milieu et du fait des luttes que suscitent de simples intérêts particuliers, ne reculera pas devant la lourde tâche que lui jette sur les bras la perception très nette des indications suggérées par le seul souci de l'intérêt général.

Le Conseil de Direction.

Rapport de la Rédaction.

Répondant aux désirs exprimés à la dernière Assemblée générale du *Concours médical*, nous nous sommes efforcés de diviser le journal en deux parties nettement distinctes et se partageant également nos colonnes : la Partie scientifique et la Partie professionnelle.

En tête, le *Propos du Jour* a été maintenu pour bien affirmer par son caractère d'intérêt médical que le but principal de notre journal est la défense du médecin praticien et l'organisation moderne de la profession médicale.

Mais notre désir, désir que nous nous efforcerons de réaliser de plus en plus, est de faire du *Concours médical* le journal *complet* du médecin.

Nous espérons que nos confrères y trouveront un jour, tant au point de vue scientifique que technique, juridique et professionnel, tout ce dont ils auront besoin et que le *Concours* méritera tout à fait son sous-titre de « Guide précis du Praticien ».

***

La *Partie scientifique* a subi cette année de notables améliorations.

Nos fidèles et excellents collaborateurs, les Drs Huguenin, Lacroix, Duchesne et Fischer ont continué comme par le passé à résumer sous les rubriques : Actualités médicales, Revue des Sociétés savantes et Revues diverses ou de l'Etranger, les faits scientifiques de quelque importance, publiés dans les divers organes de la presse médicale, les ouvrages de médecine, les thèses, ou les Bulletins des Sociétés savantes, le reportage, etc.

L'esprit critique de nos collaborateurs s'attache toujours à éloigner de nos colonnes la marée montante des communications académiques ou congressistes dont le progrès de la médecine est le dernier souci, et qui rendraient fastidieuse la lecture du *Concours médical.*

Nous avons continué à publier comme articles de tête les leçons cliniques de Maîtres indiscutés, leçons recueillies et rédigées avec un art que nos lecteurs savent apprécier, par notre distingué collaborateur P. Lacroix.

Nous nous efforçons d'alterner médecine et chirurgie. Désirant faire petit à petit de la décentralisation, nous publions de temps à autre une clinique de la Faculté de Lyon, ou des articles de chirurgie pratique que deux distingués chirurgiens de Lyon, M. Patel, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé, et M. Chalier, prosecteur à la Faculté, veulent bien rédiger spécialement pour notre journal.

La mort prématurée du Dr André Lombard ayant privé notre Formulaire d'un rédacteur savant et consciencieux, nous avons résolu de transformer ce chapitre en lui donnant un caractère moins didactique. Tantôt M. le Dr Siguret, de Saint-Nectaire, a condensé sous forme de consultations, avec médications bien exposées, le traitement d'affections précises ; tantôt M. le Dr Delpeut, de Saint-Chéron, sous le titre de *Thérapeutique d'urgence* a, dans de courts articles, transmis à nos lecteurs les données de son expérience de praticien, étayées de ses connaissances pharmacologiques.

Le Dr Chabrut a continué la série de ses articles concis d'ophtalmologie pratique que rend plus clairs, par des schémas appropriés, son talent de dessinateur.

Le Dr R. Martial, sous la rubrique : *Le laboratoire et le Praticien*, a bien voulu écrire pour nous une sorte de guide permettant au médecin de faire avec le soin nécessaire les prélèvements destinés aux analyses de laboratoire.

Le médecin de la ville ou de la campagne, quelle que soit sa valeur professionnelle, n'a pas le loisir de se livrer à ce genre de recherches. Il lui est en outre impossible de s'outiller suffisamment, Nous avons cru rendre service à beaucoup de nos lecteurs en publiant une série de conseils écrits par un spécialiste aujourd'hui directeur du bureau d'hygiène d'une ville importante, conseils qui leur permettront, au cas échéant, de tirer parti des laboratoires d'analyses.

Une autre innovation est la rédaction par un jeune ingénieur chimiste, qui est aussi un pharmacien distingué, M. Volmar, d'articles sur l'examen clinique des urines. Guidé au point de vue médical par le programme précis que lui donne notre collègue Boudin, M. Volmar continuera à nous donner des articles de Chimie biologique pratique mise à la portée de tous, articles fort appréciés si nous devons tenir compte de la correspondance élogieuse reçue à leur sujet.

Divernaresse, à propos d'une lettre que nous avons reçue, nous a conseillé de consacrer quelques colonnes à la *Petite correspondance du médecin praticien.* Cette innovation, qui a eu un réel succès, nous permettait, dans notre partie scientifique comme dans notre partie professionnelle, d'appeler nos lecteurs à devenir nos collaborateurs. Nous ne saurions le regretter, car si

quelque esprit chagrin s'est plaint de la médiocrité de certains articles, nos lecteurs ont dû trouver dans cette correspondance des découvertes curieuses et des observations vraiment inattendues, qui montrent que le médecin à la campagne peut tout aussi bien découvrir des faits intéressants dans le livre de la nature, que le clinicien à l'hôpital et le savant dans son laboratoire.

⁂

La *partie professionnelle* est presque essentiellement l'œuvre de nos lecteurs. La très volumineuse correspondance qui nous arrive, publiée et commentée, en fait le fond et donne à cette partie du journal une vie réelle et intense. Les problèmes de la Médecine sociale sous toutes ses formes y sont ainsi abordés et solutionnés. Hygiène sociale, accidents du travail, assistance publique, mutualité, partagent nos colonnes avec la défense professionnelle, l'exercice illégal, l'assistance et la prévoyance médicales, la réforme de l'enseignement, etc.

De temps à autre, l'un de nous rédige un mémoire plus important, mettant une question au point, ou fait une revue critique à propos d'un fait d'actualité.

Parfois un projet y est lancé qui, mûri, fera peut-être un jour son chemin.

Les Sociétés qui tirent leur origine du *Concours*, comme les Syndicats médicaux, trouvent dans ses colonnes, pour leurs travaux originaux, l'hospitalité nécessaire.

Nos filiales, la *Mutualité familiale du Corps médical français*, et le « *Sou médical* » y publient leurs comptes rendus officiels.

De temps à autre, une enquête y est ouverte ; nos lecteurs et nos Comités viennent nous renseigner de façon précise, quand nous n'allons pas sur place, comme l'ont fait à diverses reprises Boudin, Jeanne et Maurat, recueillir en province, dans les réunions professionnelles, les observations et les doléances de nos confrères et leur porter en échange les conseils d'une longue expérience des affaires médicales et un souffle d'enthousiasme qui a toujours, et dans les heures les plus difficiles, maintenu l'air pur dans notre Maison.

Enfin, notre dévoué secrétaire de rédaction, le Dr G. Duchesne, veut bien nous assurer son utile concours dans la rédaction des Variétés et des Nouvelles, la correction des épreuves et la confection délicate et ingrate d'une Table analytique qui tend à devenir de plus en plus touffue.

Le *Concours médical* est bien, comme nous l'avons dit, un véritable laboratoire de Médecine sociale. Avec les moyens dont nous disposons, nous cherchons la solution de plus d'un problème, nous combinons comme des réactifs les données de nos enquêtes et de notre correspondance, les échanges d'idées de nos conversations intimes, le fruit de nos discussions parfois passionnées, les conseils de nos juristes et de nos techniciens ; nous livrons tout cela dans le journal, à nos lecteurs qui, parfois, réussissent à réaliser des projets qui, au premier abord, eussent pu paraître chimériques.

Insister davantage serait sortir de notre rôle de Rédacteur, mais ce que nous venons de dire indique bien le caractère de notre journal ouvert à toutes les opinions même les plus hardies, organe de libre discussion, foyer de fermentation d'idées, où tout le monde peut apporter son tribut, n'exigeant de ses collaborateurs occasionnels que la sincérité, la loyauté et la courtoisie.

⁂

Projets d'innovations. — Mais nous reconnaissons que nous sommes encore très loin de notre idéal de perfection. Il est vrai que nous le plaçons si haut que nous ne saurons jamais l'atteindre. Permettez-moi de vous dire vers quelles réalisations pratiques tendront, cette année, si vous le voulez, les efforts de la Rédaction.

Dans la Partie scientifique, nous essayerons de réaliser, si possible, une sorte de décentralisation ; nous voudrions joindre dans les centres d'enseignement un correspondant scientifique à nos Comités de propagande ; nous voudrions de temps à autre faire connaître à nos lecteurs qu'il y a des cliniciens intéressants et pratiques dans d'autres centres que Lyon et Paris. En un mot, nous désirerions autant que faire se pourrait publier des leçons et des articles émanant de nos diverses Facultés et Ecoles françaises.

Dans la Partie professionnelle, il serait intéressant de dresser un plan méthodique d'enquêtes dont nous publierions les résultats qui nous permettraient de mettre au point pour toute la France ou pour une région une question professionnelle à l'ordre du jour.

Il serait encore intéressant de condenser de temps à autre en un mémoire de quelque importance les diverses études ayant trait à un point controversé de médecine sociale ou de jurisprudence, de transformer ainsi périodiquement la partie professionnelle de notre journal en une sorte de Revue qui pourrait dans un avenir lointain, si jamais la fortune nous souriait, devenir un supplément du *Concours médical.*

Nous pourrons tenter d'entrer en relations avec quelques confrères étrangers et d'échanger avec eux, comme nous eûmes l'occasion de le faire cette année, avec le distingué envoyé spécial de *The Lancet*, de Londres, M. Adolphe Smith, avec les Drs Lennhoff, de Berlin, Teleki, de Vienne, Rutten, de Liége, etc., des correspondances ou des interviews nous permettant de faire connaître à nos lecteurs ce qui se fait au-delà de nos frontières en matière de défense et d'organisation de la Profession médicale. *J. Noir.*

Rapport financier de la Société civile du « Concours Médical »

CAPITAL INALIÉNABLE

Au 1er octobre 1910, le compte du capital inaliénable se composait comme suit :		
Portefeuille	68.698 50	
Espèces	123 85	68.822 35

Aucune opération n'ayant eu lieu pour ce chapitre, les chiffres ci-dessus n'ont pas subi de modification.

CAPITAL DISPONIBLE.

Recettes :

Au 1er octobre 1910, l'avoir disponible était de	3.449 21	
Depuis cette époque les intérêts du portefeuille ont produit	3.180 76	
Les dons pour bons offices du journal se sont élevés à	128 »	
Le service de remplacements a produit net	1.034 40	
Subvention de la Compagnie fermière de Vichy	2.000 »	
Subvention du journal le *Concours médical* et du « *Sou médical* » pour l'organisation de la propagande	2.000 »	11.792 37

Dépenses

Frais supplémentaires du banquet	1.268 60	
Indemnités payées aux correspondants ayant assisté à l'Assemblée générale	1.237 35	
Frais de réunion et déplacement du Conseil	755 »	
Indemnité du secrétaire	50 »	
Payé à l'enregistrement pour taxe sur les intérêts	10 50	
Payé pour le service du Contentieux	1.200 »	
Affranchissement de brochures de propagande travaux de préparation pour l'étude de la constitution de la Mutualité familiale et de la révision du tarif Dubief	198 25	
Droits de garde des titres à la Société générale	85 80	
Solde de la participation aux frais de la commission de la pharmacie	13 65	
Subvention à la Fédération parisienne et souscriptions diverses	318 25	
Payé pour l'organisation des Comités départementaux de propagande	2.376 10	
Indemnité du trésorier	400 »	7.913 50
Les recettes étant de		11.792 87
Balance en faveur de l'actif		3.878 87

L'avoir de notre Société se décompose donc comme suit au 1er octobre 1909 :

Capital inaliénable	68.822 35
Capital disponible	3.878 87
Total	72.701.22

(*Dont espèces fr.* 4.002.72)

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades.

M. le professeur Kirmisson.

La pleurésie purulente chez l'enfant.

Je vous ai entretenus dans ma dernière leçon d'un petit malade, couché à la crèche Baudelocque, atteint de ce qu'on doit appeler une septicémie pneumococcique. La septicémie s'est traduite, chez lui, par des localisations multiples, au cou-de-pied, à la hanche, au coude, et par une pleurésie purulente pour laquelle il a été opéré. Je vous ai dit que l'on pouvait étudier cet enfant à beaucoup d'égards, au point de vue de son infection générale, de ses localisations pathologiques et de sa pleurésie.

Nous avons, en même temps, à la crèche Baudelocque, un autre enfant, âgé de 15 mois, entré quelques jours après le précédent, pour une pleurésie purulente également. Les antécédents de ce second petit malade sont les suivants : père bien portant ; mère, au contraire, sujette aux bronchites et suspecte de tuberculose. Comme antécédents personnels, l'enfant a été nourri au sein. Il a eu à 4 mois des ganglions cervicaux volumineux qui sont, depuis, restés stationnaires. Il aurait eu une première broncho-pneumonie à l'âge de 15 jours, et une deuxième à 8 mois. Enfin, il y a deux mois, à la suite d'une rougeole grave, il a recommencé à tousser. Je n'ai pas besoin de vous rappeler la connexion qui existe entre la broncho-pneumonie et la rougeole. Vous n'ignorez pas que la rougeole, dans la première enfance, donne une mortalité assez considérable due à la broncho-pneumonie. On fit, chez ce petit malade, une radiographie qui montra une pleurésie purulente gauche. Quelques jours après, nous avons reçu l'enfant dans le service.

Vous voyez donc que nous trouvons ici un long passé pathologique du côté des voies respiratoires. Au moment de l'admission, nous avons été frappés de la voussure thoracique existant à gauche et nous avons constaté de la matité avec abolition du murmure vésiculaire, confirmant le diagnostic de pleurésie purulente. Nous avons pratiqué l'opération de l'empyème et introduit, après incision, deux gros drains. Le pus qui s'est écoulé présentait les caractères du pus à pneumocoque. Il était épais, crémeux, bien lié, vert foncé et mélangé de grosses masses fibrineuses. L'examen bactériologique confirma la nature pneumococcique de ce pus. L'état de l'enfant, malgré l'opération, est malheureusement peu satisfaisant. La fièvre persiste ; la nutrition est mauvaise et le pronostic reste grave.

Ayant ces deux cas dans le service, l'occasion m'a paru propice pour vous parler de la pleurésie purulente.

Remarquez, tout d'abord, qu'il s'agit ici de deux enfants en bas âge, de deux nourrissons, l'un de 31 mois, l'autre de 15 mois. Remarquez aussi que chez ces deux enfants, la pleurésie purulente a été à pneumocoques. Sont-ce là deux circonstances de hasard ? Nullement, et les deux faits que vous avez ainsi sous les yeux sont classiques. Oui, la pleurésie purulente est une affection des enfants du premier âge surtout. Certai-

nement, il vous arrivera d'en rencontrer à dix, douze ans, mais la majorité concerne des enfants du premier âge. D'autre part, au point de vue de sa nature, la pleurésie purulente des jeunes enfants est ordinairement à pneumocoques. Si vous voulez en avoir la preuve, il suffit de consulter toutes les satistiques publiées à cet égard. Dans une première statistique, sur 250 cas, 130 sont avant 5 ans, 82, de 5 à 10 ans, et 38 de 10 à 15 ans. Dans une seconde statistique globale, de M. Netter, sur 642 cas, 375 sont au-dessous de cinq ans (62 %), 176 sont de cinq à dix ans, et enfin 70 de dix à quinze ans. Tous ces chiffres mettront dans votre esprit cette notion que la pleurésie purulente est une maladie de la première enfance beaucoup plus que de la seconde enfance. On la rencontre même chez les nouveau-nés de 8 jours et 15 jours.

Un autre côté de la question est le rapport existant entre la purulence et la pleurésie chez l'enfant. Etant données 100 pleurésies chez l'enfant, combien sont purulentes ? La purulence est beaucoup plus fréquente dans la clinique infantile que dans celle de l'adulte. M. Netter a trouvé, au-dessous de cinq ans, 12 pleurésies infantiles purulentes sur 16 ; de cinq à dix ans, 7 sur 12 ; après dix ans, 6 sur 18. Vous voyez que la purulence augmente de fréquence au fur et à mesure qu'il s'agit d'enfants plus jeunes. Enfin, les considérations relatives à la bactériologie sont également intéressantes. Le premier fait à mettre en lumière est que la pleurésie purulente est beaucoup moins fréquemment tuberculeuse chez l'enfant que chez l'adulte. La deuxième fait est que la pleurésie à pneumocoques représente la variété de pleurésie purulente infantile la plus commune. La pleurésie purulente à streptocoque est plus rare chez l'enfant qu'à l'âge adulte.

La pleurésie purulente à pneumocoques se présente dans deux conditions : comme manifestation primitive d'une infection pneumococcique ou comme suite d'une pneumonie. Dans ce dernier cas, qui est le plus habituel, on voit, quelques jours après la terminaison de la pneumonie, la fièvre persister, en même temps que l'état général faiblir encore. Connaissant la fréquence de la pleurésie méta-pneumonique, on examine l'enfant et l'on découvre l'épanchement.

Le plus souvent, donc, les pleurésies purulentes infantiles sont méta-pneumoniques. Il y a là une opposition à faire avec la péritonite à pneumocoques. La péritonite à pneumocoques est ordinairement primitive. La pleurésie purulente à pneumocoques est généralement secondaire à une pneumonie. Je vous ai déjà énoncé les caractères du pus, qui est épais, verdâtre, bien lié, avec des bourbillons.

Il est plus rare de rencontrer comme organisme de la pleurésie purulente le streptocoque. Cependant, on le trouve. Vous savez que ce sont surtout les nouveau-nés qui sont la proie du streptocoque. La pleurésie purulente des nouveau-nés est généralement à streptocoques. Sur 14 cas signalés dans la thèse de M. Roger, 11 étaient causés par une infection streptococcique.

Il est encore une part à faire à la pleurésie purulente à staphylocoques et aux infections associées. Rappelons également les pleurésies putrides, principalement comme complications de l'appendicite. La propagation se fait par le diaphragme et on rencontre la pleurésie souvent du côté droit, mais pas toujours. Enfin, il existe aussi des pleurésies tuberculeuses. Il est possible qu'il y ait, chez notre dernier malade, à côté de son affection pneumococcique, une infection tuberculeuse surajoutée.

Quelles sont les particularités symptomatiques présentées par la pleurésie purulente infantile ? Notons, d'abord, la production rapide d'une voussure thoracique. Vous deviez vous y attendre, étant donnée l'élasticité du thorax des enfants. Autre caractère, quelquefois très frappant : la persistance du murmure vésiculaire. Je me rappelle une jeune fille que j'ai opérée autrefois. Le diagnostic de pleurésie purulente était chez elle certain. D'ailleurs, au moment de l'opération, un flot de pus s'échappa du thorax. Eh bien ! on entendait la respiration de haut en bas. Il y a là une transmission des sons tenant à l'élasticité de la paroi thoracique. Autre fait à noter : ces malades, qui ont de la température, maigrissent et sont facilement considérés comme des tuberculeux. Le diagnostic de tuberculose est quelquefois porté à faux. L'évolution lente facilite ces erreurs.

Lorsque la pleurésie est abandonnée à elle-même, il peut arriver que dans certains cas le pus se résorbe. Le plus souvent, on voit s'établir une cachexie septicémique, l'ouverture à la peau (à la paroi antérieure de l'aisselle, comme chez l'adulte), ou l'ouverture dans les bronches, avec vomique, complication fâcheuse tant au point de vue de la maladie elle-même que de l'intervention.

Une particularité mérite l'attention. Je veux parler de la déformation thoracique consécutive. Nous avons invoqué déjà la souplesse de la paroi thoracique. Elle va déterminer, au fur et à mesure de la guérison, des déformations, un affaissement du thorax, d'où résulte une scoliose, une incurvation de la colonne vertébrale avec concavité du côté malade. C'est la forme de scoliose la plus grave. Elle se caractérise surtout par cet affaissement énorme d'une moitié du thorax. Il faut mettre en garde les familles contre ce fait et leur expliquer qu'il y a un traitement consécutif de la pleurésie purulente.

Reste à examiner la question du traitement.

Vous entendrez sur ce sujet des opinions différentes. Vous verrez des médecins qui, considérant la maladie comme relativement bénigne, susceptible de se terminer par résorption, disent que rien ne presse pour intervenir. Combien avons-nous vu de ces petits malades envoyés au chirurgien après cinq, six semaines, alors qu'ils étaient cachectisés, réduits à l'état de squelette. C'est là une erreur déplorable. Est-ce à dire que je condamne absolument la ponction ? Nullement, mais, si la ponction ne donne pas de résultat, si une seconde ponction reste également inefficace, ne perdez pas votre temps avant de vous adresser au chirurgien. Lorsque la ponction ne procure pas immédiatement de bons effets, il faut recourir à l'empyème.

L'empyème, chez les enfants, se pratiquera selon les mêmes principes que chez l'adulte. Notez cependant l'étroitesse des espaces intercostaux. Pour pouvoir passer un drain, il est sage de faire au moins la résection d'une côte. Ce n'est qu'au cas d'enfant mourant que vous donnerez un coup de bistouri dans l'espace intercostal, sans résection osseuse, pour hâter l'intervention. La résection costale se fera en incisant sur la côte : sectionnez la peau, les muscles, pincez les vaisseaux s'il en est qui saignent, décollez le périoste, réséquez la côte sur trois ou quatre centimètres. Vous apercevez la plèvre épaissie, vous l'ouvrez. Vous n'avez guère à vous préoccuper de l'artère. Je n'ai jamais vu, pour ma part, d'hémorrhagies.

Une question se pose, celle du drainage. Il faut introduire un drain. Les lavages ne valent pas grand'chose. Ils déplissent le poumon et empêchent la guérison par le mécanisme des adhérences. Ils ont d'autres dangers, peuvent provoquer des convulsions par exemple. Il vaut mieux s'en passer.

Plus tard, quand on arrive à la guérison, on a à se préoccuper du traitement de la scoliose pleurétique. Là encore, le bon sens vous guidera. Le traitement par excellence de la scoliose pleurétique consiste à déplisser le poumon. On conseillera la gymnastique respiratoire, les mouvements de respiration, l'élévation des bras. On se trouvera bien de donner un corset dans le but non de corriger la scoliose, mais de s'opposer à l'affaissement du poumon dans la mesure du possible.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Ostéomes musculaires

Dans une récente clinique, que lui avaient suggérée deux cas observés en ville, M. le Dr Mauclaire a décrit, avec quelques détails, une affection considérée, peut-être à tort, comme très rare, et qui, en somme, se rencontre de temps en temps : l'ostéome musculaire.

L'ostéome s'observe surtout chez l'homme. Sur 133 cas rassemblés par M. Cahier, 6 seulement ont trait à des femmes. On a cherché à expliquer cette prédominance de l'affection dans le sexe masculin, en faisant remarquer que l'homme est plus sujet aux traumatismes que la femme ; mais, cette explication n'est pas entièrement satisfaisante, car les fractures, les luxations, ne sont pas très rares chez la femme. On observe, rarement, les ostéomes musculaires dans l'enfance, ce qui est assez curieux, puisqu'à cet âge, le périoste est doué d'une très grande activité.

Les localisations les plus fréquemment observées sont les suivantes :

Brachial antérieur, 45 cas ;
Adducteurs et muscles de la cuisse, 40 cas ;
Quadriceps fémoral, 28 cas.

Les autres ostéomes sont exceptionnels ; on en a signalé dans le tenseur du fascia lata, dans le deltoïde et les pectoraux.

Cette dernière localisation est mentionnée dans des travaux allemands récents qui contiennent des cas indiscutables d'ostéome du deltoïde et du grand pectoral observés chez des soldats allemands, et désignés sous le nom d'*Exercicknochen*.

Le rôle du *traumatisme* dans la genèse de ces ossifications est évident. Dans la plupart des observations, on le retrouve à l'origine des accidents. Cependant, on a signalé des cas où l'ostéome serait apparu spontanément. Le rôle de la *rupture musculaire* est non moins évident : il y a longtemps que la corrélation des deux lésions a été notée, le muscle se rompant à la partie moyenne, et l'ostéome apparaissant à ce niveau.

Le rôle de l'*hématome musculaire* est certain, cette lésion pouvant faire suite à une contusion répétée. Il se fait dans ce cas non pas une simple calcification, mais une véritable ossification.

Enfin, le rôle de la *fracture*, de la *luxation*, des *corps étrangers intra-musculaires*, n'est pas douteux.

Le diagnostic de cette affection se fait facilement. Quand, trois semaines à un mois après un traumatisme, vous observerez une induration des muscles périarticulaires, avec limitation des mouvements pouvant aller jusqu'à l'ankylose, si surtout vous notez que le massage ne fait qu'augmenter la tendance à l'ankylose, vous pourrez presque sûrement conclure à l'existence d'un ostéome musculaire.

Il faut, dans les cas difficiles, songer : 1° aux exostoses de croissance ; 2° aux cals vicieux exubérants ; 3° aux fibromes, sarcomes, kystes hydatiques ; 4° aux myosites ossifiantes progressives ou aux sarcomes ossifiants du muscle.

Le pronostic est très sérieux puisque l'ostéome musculaire du brachial antérieur entraîne l'ankylose du coude et puisque celui des muscles de la cuisse, l'impotence dans l'équitation et même dans la marche.

Traitement. — I. *Traitement préventif.* — En

présence d'un malade qui, à la suite d'un traumatisme, a eu un épanchement sanguin abondant dans les muscles péri-articulaires, soyez réservés en ce qui concerne le massage. Dans bien des cas un massage intempestif et trop énergique a provoqué l'apparition de ces ossifications dans l'épaisseur du muscle.

II. *Traitement curatif.*— D'une manière générale, il ne faut pas se presser de conseiller l'extirpation. Récemment, M. Van der Boshe a observé et publié trois cas dans lesquels la résorption partielle s'est faite spontanément. Donc, vous mettez le malade au repos, et vous attendez un mois pour voir évoluer la lésion.

Si vous voyez que l'ostéome est stationnaire, qu'il provoque de la gêne dans les mouvements, ou qu'il est un obstacle à la profession du malade, il faut l'enlever. En général, ces ostéomes se laissent énucléer assez facilement.

Si au cours de l'extirpation d'un ostéome musculaire, on constate autour de lui l'existence d'une capsule fibreuse, celle-ci devra être enlevée, si on veut éviter une récidive rapide. S'il existe un pédicule adhérent à l'os, il sera préférable de ruginer ce pédicule. Enfin, il faudra avoir grand soin de faire une *hémostase parfaite*, car si on laissait se former un hématome, la récidive serait fort à craindre.

Si l'ossification a gagné la capsule et l'articulation, entraînant une ankylose plus ou moins complète, il ne faudra pas hésiter à pratiquer une hémirésection complète. Faut-il compléter cette hémirésection en faisant une interposition musculaire ? On l'a conseillé ; mais peut-être serait-il imprudent de pratiquer cette interposition musculaire chez des malades qui ont déjà une prédisposition à faire des ossifications dans leur tissu musculaire.

Si plus tard vous êtes appelés à soigner des accidentés du travail, vous pourrez très bien rencontrer dans votre pratique quelques exemples d'ostéomes musculaires. Rappelez-vous donc, dans les certificats médico-légaux que vous pourrez avoir à délivrer, de mentionner ce fait d'acquisition récente, à savoir : que la tumeur pourra ultérieurement diminuer de volume spontanément.

Pseudo-hématuries et pseudo-pyuries

Le *Journ. de méd. et de chir. pratiques* de Lucas-Championnière rapporte deux faits signalés par M. Delépine dans le *Journ. des Sciences médicales de Lille,* comme fort intéressants au point de vue du diagnostic.

L'un concerne un sujet qui croyait avoir eu une hématurie.

L'urine était surtout rose clair, d'apparence plutôt hémoglobinurique. Le sujet affirmait n'avoir absorbé aucune substance qui, comme la rhubarbe, le séné, le phénol, le salol, le pyramidon, pouvait colorer les urines. Elles furent soumises à l'analyse et à l'ébullition, dans le but d'y rechercher l'albumine, mais elles se décolorèrent instantanément, avec dégagement d'acide carbonique. Cette simple réaction permit au chimiste d'affirmer que l'urine devait sa coloration anormale à la présence de la phtaléine du phénol. Il suffit alors de réalcaliniser le liquide par la soude, pour faire réapparaître immédiatement la coloration primitive. D'ailleurs aucune trace de sang ni d'hémoglobine.

Or, l'enquête démontra que la malade avait pris, de son propre chef, deux pastilles laxatives : c'est à cette ingestion qu'il fallait rapporter l'origine du produit trouvé dans l'urine.

La phénophtaléine est incolore en milieu neutre ou acide. Les hydrates de chaux ou de baryte, les alcalis et leurs carbonates la dissolvent avec une coloration rose qui disparaît aussitôt sous l'influence des acides. La réaction est fort sensible. Ce composé est très facilement influencé par les acides même faibles, comme l'acide carbonique (ce qui fait sa supériorité sur d'autres réactifs, comme le tournesol, par exemple) ; aussi est-il employé comme indicateur de l'alcalinité ou de l'acidité des liqueurs.

Il s'agissait donc là d'une simple curiosité clinique, car la phtaléine, qui entre dans bon nombre de spécialités purgatives, est d'ailleurs un très bon médicament. Si elle ne colore pas plus souvent les urines, c'est que dans la grande majorité des cas, celles-ci ont une réaction neutre ou acide.

En pratique, quand un médecin se trouve en présence d'une urine rose ou rouge, s'il a le moindre doute sur la présence du sang ou de l'hémoglobine dans cette urine, une réaction facile et sûre pourra lui permettre parfois de faire, sans tarder, un diagnostic précis. Il lui suffira d'*acidifier* l'urine avec un peu de vinaigre, par exemple ; si elle se décolore, on conclura à la présence de la phénophtaléine ; il ne restera plus qu'à en chercher l'origine. Au besoin, on pourrait ramener la coloration en ajoutant à l'urine décolorée quelques cristaux de carbonate de soude que l'on trouve partout.

Le second cas signalé par M. Delépine est relatif à une malade dont l'urine était trouble et présentait un dépôt d'aspect purulent. Or l'examen microscopique montra qu'il n'y avait pas trace de pus. Mais la malade présentait un peu d'érythème vulvaire, prenait matin et soir un bain de siège et saupoudrait ensuite abondamment la région avec la poudre de riz. Celle-ci passait dans le vase et ensuite dans l'urine à laquelle elle donnait un aspect trompeur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Régénération osseuse chez l'enfant. — Subluxation du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde. — Perforation de l'œsophage abdominal avec péritonite diffuse. — Greffe épiploïque d'un évidement osseux ostéomyélitique.

M. Kirmisson montre à la *Société de chirurgie* un enfant de dix ans, qui fut atteint de fracture compliquée de la cuisse avec énorme séquestre et dont le cas est un exemple de la *puissance de régénération osseuse du périoste de l'enfant.*

L'examen radiographique du membre blessé montra qu'il s'agissait d'une fracture à trois fragments. Le séquestre, représentant le fragment intermédiaire, ne mesurait pas moins de dix centimètres de longueur et comprenait la diaphyse fémorale en totalité. M. Kirmisson pratiqua son extraction et fit ensuite de l'extension continue dans la position rectiligne du membre, à l'aide d'un poids de 4 kilogrammes. La consolidation, assez longue à se produire, fut complète au bout de cinq mois environ. Une nouvelle radiographie, faite à ce moment, indique que les deux fragments osseux sont bien dans le prolongement l'un de l'autre ; ils sont séparés par un os périostique de récente formation ; ceci permet de comprendre le peu de raccourcissement (3 centim. seulement), observé chez ce malade, qui commence à marcher à l'aide de béquilles.

M. Potherat signale un cas comparable à celui de M. Kirmisson. Il concerne un jeune garçon de 9 ans qui avait reçu le choc d'un pilastre de briques. Il eut une fracture très complexe du fémur, pour le traitement de laquelle l'auteur dut pratiquer une résection osseuse supprimant plus de cinq centimètres du corps de l'os. L'extension continue maintint à bonne distance le fragment supérieur et le fragment inférieur.

Le périoste conservé fit si bien son œuvre que cet enfant, aujourd'hui majeur, marche très bien.

M. Demoulin fait remarquer qu'il y a deux points à envisager dans la présentation de M. Kirmisson : la puissance *ostéogène* du *périoste* chez les jeunes sujets et l'efficacité de l'extension continue pour remédier à des raccourcissements considérables de la cuisse, consécutifs aux fractures du fémur.

— M. O. Jacob rapporte à la *Société de chirurgie* une observation de *subluxation ancienne du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde.*

Dans une précédente séance, M. Rouvillois avait présenté un cas de subluxation récente du semi-lunaire et de fracture du scaphoïde, traité avec un résultat excellent par la réduction immédiate. Chez le patient de M. Jacob, la subluxation datait de un mois et demi : elle ne put être réduite sous le chloroforme et l'on pratiqua, avec résultat fonctionnel non moins bon, l'extirpation du semi-lunaire et du fragment supérieur du scaphoïde.

Le diagnostic de subluxation du semi-lunaire était évident. Il y avait, en effet, un épaississement antéro-postérieur du poignet, une saillie osseuse au milieu du pli de flexion du poignet, de la douleur à la pression dans la tabatière anatomique, de l'anesthésie à la piqûre sur la moitié interne de l'index, sur le médius et la moitié externe de l'annulaire, de l'atrophie notable de l'éminence thénar. Les mouvements du poignet étaient très douloureux et très limités et s'accompagnaient de craquements.

La radiographie confirmait le diagnostic et montrait également l'existence d'une fracture transversale du scaphoïde que, d'ailleurs, la douleur à la pression dans la tabatière anatomique avait fait soupçonner,

— M. Mauclaire présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. Sencert relatif à un cas de *perforation de l'œsophage abdominal avec péritonite diffuse*, opération et guérison.

M. Sencert fut appelé à soigner une jeune fille offrant la symptomatologie de la perforation de l'estomac par ulcère. Il pratiqua la laparotomie et fut assez heureux pour guérir son opérée.

L'ulcère du tiers inférieur de l'œsophage est assez fréquent, mais la perforation abdominale de l'ulcère œsophagien est plutôt rare. Plus rare encore est le succès opératoire dans les cas de ce genre. L'auteur explique le succès qu'il a obtenu par la multiplicité des soins post-opératoires qu'il a préconisés. La malade a été maintenue assise dans son lit, dans la position de Fowler ; un courant continu d'oxygène a circulé dans la cavité abdominale par les tubes hypogastriques ; enfin, un courant continu de sérum chaud a eu lieu dans le rectum avec la sonde à double circulation.

M. Tuffier a recours, depuis des années, à l'emploi du gaz oxygène comme antiseptique dans les suppurations pleurales et pulmonaires. Son emploi est particulièrement justifié dans les suppurations avec fistules bronchiques, là où toute espèce de lavage ou d'attouchement par un antiseptique est contre indiqué, puisqu'ils détermineraient une irritation des bronches.

M. Paul Reynier emploie également depuis déjà longtemps les injections d'oxygène dans les cavités purulentes. Il a traité ainsi, avec de bons résultats, des suppurations de la plèvre et des infections de la cavité utérine.

— M. Potherat présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur une observation, adressée par M. Cantas (d'Athènes), concernant une *greffe épiploïque d'un évidement osseux ostéomyélitique.*

Les interventions pour ostéomyélite laissent après elles de vastes cavités d'une réparation extrêmement lente. On s'est ingénié à trouver des procédés capables de remédier à cet inconvénient et on a proposé diverses méthodes : l'abrasion des bords de la cavité osseuse pour permettre aux parties molles écartées de se rejoindre par dessus l'os malade ; la mobilisation de ces parties comme dans les autoplasties ; les autoplasties osseuses à l'aide de fragments osseux pris à distance ; les plombages (Mosetig-Moorhof) ; la greffe d'une masse adipeuse (Chaput).

C'est du procédé de Chaput que s'est inspiré le Dr Cantas. Mais il a demandé au grand épiploon d'un autre sujet de lui fournir le greffon dont il avait besoin, et le résultat a paru parfait.

M. Morestin remarque que les greffes d'organes, les transplantations de tissus vivants, tiendront sans doute un jour une place très im-

portante dans la chirurgie. La greffe graisseuse, proposée par Chaput, paraît une ressource précieuse, intéressante au plus haut degré. On peut l'employer utilement dans la chirurgie réparatrice, chaque fois qu'il s'agit de combler une cavité aseptique, d'effacer un creux. M. Morestin signale deux cas où il en a obtenu d'excellents effets. Il a pu ainsi effacer une hideuse difformité faciale, consécutive à une ostéomyélite du maxillaire, en extirpant les cicatrices et en insérant sous les téguments décollés une boule de tissu adipeux prise dans la fesse du sujet. Dans une autre tentative, il a pu combler la cavité orbitaire, après ablation de l'œil, avec un greffon de graisse pris dans la fesse même. Comme il restait un excédent de graisse, celui-ci fut replacé dans la plaie fessière et refermé. Les deux greffes furent bien tolérées.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement des laryngites aiguës simples.

I. — Traitement externe.

Le traitement externe consiste en pulvérisations, inhalations, bains de pieds et applications de compresses humides au-devant du cou.

Les formules les plus efficaces pour pulvérisations sont :

Acide phénique cristallisé	0 gr. 60 cent. à 1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 25 à 0 gr. 50
Glycérine neutre	50 gr
Eau distillée	450 gr.

(G. Lyon).

en pulvérisations trois fois par jour.

ou :

Bicarbonate de soude... solut. 1/2 %

ou :

Acide borique	4 gr.
Résorcine	2 gr.
Eau de laurier-cerise	40 gr.
Eau de guimauve	150 cc.
Eau de tilleul	Q. S. par 500 cc.

en pulvérisations de 15 minutes deux à trois fois par jour.

Les inhalations sont en général plus actives que les pulvérisations.

On peut les ordonner soit continuellement, soit à intervalles de quelques heures.

Dans le premier cas, il n'y a qu'à placer une casserole d'eau bouillante en permanence dans la chambre du malade.

Dans le second cas, le sujet utilise un inhalateur, ou se recouvre la tête d'une serviette pour concentrer les vapeurs.

On ordonne des inhalations, soit de vapeurs d'eau, soit d'infusions émollientes et aromatiques ; on peut encore additionner l'eau d'une cuillerée à soupe d' :

Alcool à 90°	} ââ 100 gr.
Eau de laurier-cerise	

(Lermoyez.)

(Trois fois par jour, inhalations de 10 minutes). ou d'une petite quantité de teinture de benjoin, d'eucalyptus, de solution alcoolique de menthol ou du mélange suivant :

Menthol	0.50 cent.
Acide phénique neigeux	1 gr.
Teinture thébaïque	5 gr.
Eau distillée de laurier-cerises	50 gr.
Eau de camomille	Q. S. pour 250 cc.

Quand les sécrétions sont très adhérentes, il est bon d'ordonner des inhalations de vapeurs d'eau additionnées d'une cuillerée à café du mélange suivant par bol d'eau bouillante :

Chlorhydrate d'ammoniaque	2 gr.
Glycérine	2 gr.
Eau	100 gr.

(G. Lyon).

Quand les sécrétions sont trop abondantes, les inhalations de vapeurs de térébenthine (10 à 20 gouttes pour un bol d'eau bouillante) sont à recommander.

Les pédiluves très chaudes ainsi que les applications de compresses humides chaudes au-devant du cou sont utiles et l'on ne doit pas oublier de les conseiller.

II. — Traitement interne.

A l'intérieur on prescrira :

Alcoolature de racines d'aconit.	} ââ 10 gr.
Teinture de belladone	

XX gouttes matin et soir dans une infusion chaude. (Courtois-Suffit.)

ou bien :

Eau de laurier-cerise	} ââ 10 gr.
Azotate de potasse	
Sirop de tolu	} ââ 80 gr.
Sirop de capillaire	
Sirop de gomme	Q. S. pour 300 c. m. c.

A prendre par cuillerées à soupe dans une tasse d'infusion chaude, en 3 jours.

ou bien :

Acétate d'ammoniaque	2 à 6 gr.
Sirop d'érysimum	50 gr.
Infusion de guimauve	Q. S. pour 150 cent.

A prendre par cuillerées à soupe comme plus haut.

Ou (adultes) :

Benzoate de soude	4 gr.
Teinture de belladone	XX gouttes.
Teinture de drosera	XXV gouttes.
Sirop thébaïque	25 gr.
Julep gommeux	Q. S. par 150 c. m. c.

A prendre dans les 24 heures.

Dans quelques cas, il y aura intérêt à faire de plus des inhalations d'huile mentholée à 5 0/0 ou des insufflations de poudres calmantes (morphine et calomel) ou astringentes (tanin et sucre de lait.)

Enfin il faudra avoir soin de placer tout sujet atteint de laryngite aiguë dans une chambre dont l'air sera maintenu humide et la température restera uniforme ; ne pas oublier en dernier lieu d'interdire le tabac et de recommander au malade de parler bas et peu.

Dr G. Siguret.

SÉROTHÉRAPIE

Moyen pratique de puiser de l'eau de mer à certaines profondeurs

Depuis que l'usage des injections sous-cutanées d'eau de mer plus ou moins diluée est entré dans la pratique médicale, on s'ingénie à récolter celle-ci la plus pure possible et on la recueille en pleine mer, loin des agglomérations humaines, loin des côtes ou des embouchures des fleuves, à certaines profondeurs.

Or, moins on la recueille à la surface, plus elle offre de signes de pureté : à la surface, l'eau est constamment agitée, les poussières atmosphériques, les débris végétaux et animaux, s'y mêlent ; au fond, l'eau est tranquille ; l'eau distillée ayant un maximum de densité à 4°, l'eau chargée de solutions salines doit avoir également un maximum de densité à une certaine température, ce qui fait que les couches inférieures de la mer, du moins à une certaine profondeur, ont une constance de densité et de température : comme elles ne remuent pas et que les courants y sont pour ainsi dire nuls, les matières étrangères se déposent au fond contre le sol qui supporte cette eau.

Les procédés pour recueillir l'eau à certaines profondeurs sont nombreux et variés ; si on emploie des récipients (bouteilles en verre par exemple) lestés à la partie inférieure pour les faire plonger, et ouverts, on ne recueille que l'eau de la surface ; si on emploie des appareils munis de soupapes, qui nous dit que ces soupapes se déclanchent à la profondeur voulue ? Dans le journal la *Pratique médicale en Bretagne* que je viens de recevoir, article *Sérum marin*, M. Gueur, docteur en pharmacie, recueille l'eau de mer aux Minquiers près de St-Malo, par dix mètres de profondeur, dans un endroit qui me paraît bien choisi, mais avec un appareil assez compliqué : c'est une tourie reliée au bateau par deux cordages, l'un pour soutenir la tourie, l'autre pour la déboucher à la profondeur voulue.

Il y a plusieurs années, étant au service comme médecin-major du *Petrel*, stationnaire de l'ambassade française à Constantinople, je me trouvais à Batoum en Russie, sur les bords de la mer Noire, ville célèbre par ses mines et ses distilleries de pétrole. Tout le pays était infesté par cette huile minérale ; il en coulait dans les ruisseaux ; on ne pouvait creuser un trou dans la terre sans qu'il se remplît d'eau plus ou moins souillée de pétrole ; il fallait boire de l'eau distillée. L'eau de la baie puisée à la surface, quoique peu salée, était impropre à la consommation culinaire ou au lavage du linge pour la même raison ; et les poissons qu'on y pêchait étaient inmangeables. Les officiers du croiseur roumain *Elisabetta* que nous connaissions tous parce qu'ils avaient fait leurs études en France à l'école navale, nous avaient indiqué un procédé pour recueillir de l'eau propre dans la baie de Batoum où le *Petrel* était mouillé (à l'ancre) et où la profondeur était de 10 à 30 mètres. Sachant que la surface seule de l'eau était souillée, ils prenaient une bouteille en verre très propre, lestée à sa partie inférieure pour la faire plonger, vide et munie d'un bouchon neuf un peu enfoncé, serré et coupé au ras du goulot ; la bouteille munie d'une corde était filée jusqu'au fond, laissée pendant quelques minutes et ramenée à la surface. Elle était remplie d'eau sans trace de pétrole.

Le fait s'explique aisément : au moment où l'on immergeait la bouteille, l'air qui y était contenu était à la pression atmosphérique de l'extérieur ; plus on immergeait la bouteille, plus le bouchon supportait de pression ; à 10 m. 33 (expérience de Torricelli), il supportait deux pressions atmosphériques (pression de l'air extérieur, pression de l'eau) : le bouchon s'enfonçait du côté de la plus faible pression comme si on l'avait enfoncé avec le pouce ; l'air à une pression inférieure s'échappait de la bouteille et était remplacé par de l'eau ; de même quand on remontait la bouteille, l'eau de la bouteille pressait sur le bouchon qui n'avait pas complètement quitté le goulot et lui faisait reprendre sa place. L'eau recueillie provenait bien des grandes profondeurs.

Le capitaine de frégate Le Coroller, commandant les torpilleurs de la défense mobile à Lorient, a bien voulu m'aider dans la réalisation de cette expérience. Sur ses indications, M. Bodet, lieutenant de vaisseau, commandant un torpilleur, a, dans une sortie, filé par vingt mètres de fond une bouteille vide lestée à sa partie inférieure et fermée par un bouchon en liège assez serré dont le quart supérieur débordait le goulot. Le bouchon est entré sous la pression de l'eau, a permis à la bouteille de se remplir et est venu se remettre en place, empêchant le mélange de l'eau puisée avec celle qui entourait la bouteille. L'expérience n'a demandé que quelques minutes.

Nous livrons ce procédé aux médecins et pharmaciens qui préparent le sérum marin ; il leur permettra d'avoir de l'eau de mer très pure sans avoir besoin d'appareils compliqués pour la recueillir.

Dr de Champeaux,
Médecin principal de la marine,
en retraite.

Petite Correspondance de Médecine pratique

Un remède de bonne femme parfois efficace : Les cigarettes de papier qui guérissent l'enrouement

Demande. — Dans ma région, les commères recommandent de fumer des cigarettes de papier pour guérir l'enrouement. Et le plus fort, c'est que cela réussit souvent.

Le procédé a-t-il été signalé ? Sur quoi est basée cette action thérapeutique ?

Réponse. — Trousseau a conseillé la fumée de papier contre les altérations de la voix consécutives à un catarrhe chronique de la glotte (avec ou sans exsudation de mucosités).

Le papier, roulé en cigarettes, dégage, dans sa fumée, une huile empyreumatique qui prend naissance par la combustion du papier à l'air libre.

On aspire la fumée par la bouche, puis, par une nouvelle aspiration, on la fait passer lentement par les bronches.

Ce moyen exerce une action topique puissante, qui amène une vive cuisson, de la toux et une abondante sécrétion muqueuse.

BIBLIOGRAPHIE

La Surdité : moyen d'y remédier par la lecture sur les lèvres, par E. BOUDIN, avec préface de M. le Dr H. VERGNIAUD (28 fig.). A. MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1912.

M. Et. Boudin, professeur à l'Institut national des sourds-muets de Paris, de qui nous avons, en son temps, rendu compte d'un petit travail sur les causes et les remèdes *des troubles de la parole*, publie chez Maloine, l'éditeur de la rue de l'Ecole-de-Médecine, un ouvrage sur le moyen de pallier la surdité incurable par *la lecture sur les lèvres*. Ce remède est, comme la correction des vices de prononciation, une application de cette science nouvelle.

La Phonétique a trait à la physiologie et à l'étude des éléments de la parole. Ce n'est donc pas une de ces découvertes merveilleuses, ni de ces inventions ingénieuses, comme on en doit tant aux recherches faites pour rendre l'ouïe aux sourds et dont certaines relèvent plus du charlatanisme que de la science acoustique.

Basée sur l'analyse des mouvements apparents des organes buccaux, des contractions musculaires de la face et du jeu de la physionomie dans l'émission du langage articulé, *la lecture sur les lèvres* consiste à comprendre avec les yeux ce que l'oreille a cessé d'entendre. Cette faculté rentre donc dans la loi commune de la suppléance physiologique et mentale, laquelle prédispose les sens à remplir des fonctions pour lesquelles ils ne semblaient pas préparés et à interpréter des impressions qui échappent aux profanes, c'est-à-dire à quiconque n'est pas habitué à les recueillir.

Ce phénomène instinctif et naturel de l'activité organo-psychologique de l'homme naît chez le sourd de son infirmité même et son action, stimulée par le besoin, est susceptible d'être portée à un haut degré de perfection par des procédés simples et pratiques qui rendent accessible à tous les sourds la faculté de comprendre la parole aux mouvements des lèvres.

C'est cette question de suppléance visuelle, qui intéresse un si grand nombre de déshérités de l'ouïe, que M. Et. Boudin traite, non avec la prétention de faire œuvre scientifique, mais d'apporter une simple documentation de vulgarisation de pédagogie physico-psychologique, en relatant à l'appui d'une méthode rationnelle et facile quantité de remarques théoriques et de conseils pratiques, résultat d'une longue expérience et de patientes et laborieuses observations.

Malgré le titre para-médical de l'ouvrage, ce moyen de remédier à la surdité ne relève nullement de la médecine et encore moins se met-il en opposition avec elle. L'auteur prend même soin, rendant ainsi un juste hommage aux progrès considérables réalisés depuis quelques années par la science oto-rhino-laryngologique, de recommander avec instance aux sourds de faire, dès l'apparition du mal et avant toute chose, appel aux soins éclairés d'un spécialiste des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez. Ainsi, loin de mettre son intervention en concurrence avec celle de la médecine, le professeur de lecture sur les lèvres se fait au contraire l'auxiliaire du médecin et seulement à l'heure où la surdité cesse d'être une maladie relevant de la thérapeutique pour devenir une infirmité avec laquelle le sourd est contraint de vivre, mais alors le moins mal possible grâce *à la lecture sur les lèvres.*

Le traitement manuel suédois dans les maladies internes d'après les principes de Henrik Kellgren, par M. DENTZ, professeur de Massothérapie à Genève, A. MALOINE. éd., Paris. — 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. In-12, 1912, avec 463 figures dans le texte, 12 fr.

La méthode de massage Henrik Kellgren est peu connue en France. C'est cependant une des plus belles méthodes de massage moderne. Plusieurs travaux publiés en France sur ce sujet sont devenus introuvables.

M. Dentz, qui professe la méthode Kellgren depuis plusieurs années à Genève, a voulu donner au public français un guide sûr et pratique pour *l'application de ce traitement avec toutes ses manipulations* et exercices ; enfin et surtout, ce qui n'a pas encore été fait jusqu'à ce jour, un *formulaire* de thérapeutique suédoise par ordre alphabétique de maladies.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : La première donne un aperçu général pour le traitement manuel suédois. La deuxième, la technique du traitement manuel : Des manœuvres, en particulier, effleurage, pétrissage, tapotement, frictions, shaking, vibrations, etc. à faire sur la tête, les yeux, le nez, les joues, la langue, les nerfs, l'estomac, les membres. La troisième partie comprend le formulaire de thérapeutique manuelle donnant le traitement à suivre pour obtenir la guérison de plus de 300 maladies. La quatrième partie comprend les exercices gymnastiques nécessaires et *complémentaires* du massage suédois.

463 figures schématiques ou photographiques illustrent ces chapitres et en augmentent la clarté.

L'hygiène de la beauté, par le Dr MONIN, 14e édit. *O. Doin, édit., 8, place Odéon, Paris), un volume* de 464 pages, cartonné avec fers dorés.

La pratique et l'expérience de l'auteur, dans le domaine de l'esthétique humaine et de la cosmétique, améliorent et perfectionnent sans trêve cet ouvrage, aujourd'hui classique, traduit ou imité en toutes les langues et connu comme le bréviaire de la femme élégante, à l'affût des méthodes de beauté et de santé. La 14e édition est enrichie d'un grand nombre de recettes inédites, dont les intéressées pourront faire leur profit. (Prix : 4 francs.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Liberté de Confiance

Un mutualiste nous communique cette feuille qu'on distribuait à la sortie d'une assemblée générale d'une Société de secours mutuels.

Les hommes naissent libres et égaux en droits.

Ce que le riche a le droit de faire, le pauvre a le droit de le faire également.

Or le riche a le droit de choisir le médecin en qui il a confiance.

La confiance du médecin traitant est un élément important de la guérison et constitue la garantie du malade.

La confiance ne se recommande, ni ne s'impose.

L'imposition d'un médecin à un malade, qu'elle se fasse au nom d'intérêts collectifs ou d'intérêts particuliers, ne peut se produire qu'en violation des droits naturels de l'homme et contrairement à ses intérêts.

Le Médecin de votre choix	**Le Médecin imposé**
1° Est votre ami et défend vos intérêts.	1° Est employé de l'Administration dela Mutualité, de la collectivité qui le nomme et le révoque à sa volonté et le paie pour défendre ses intérêts.
2° Est votre conseiller, votre confident, le dépositaire de vos secrets de famille.	2° Est obligé de violer le secret professionnel en déclarant vos maladies à la société. Il est quelquefois inconsciemment le policier de la société à votre égard.
3° Est payé par vous selon vos ressources. Il reçoit ainsi des honoraires fixés d'un commun accord et compatibles avec sa dignité professionnelle.	3° Est exploité et mal payé par l'Administration qui l'emploie. Ses soins deviennent suspects au travailleur, qui sait qu'à un salaire insuffisant correspond quelquefois un travail insuffisant ou accompli à la hâte.
4° A intérêt à bien vous soigner pour conserver votre clientèle, car vous pouvez le quitter.	4° A surtout comme cliente la société qui le paie et qu'il doit ménager, le sociétaire n'étant qu'un numéro matricule.
5° Vous guérit plus rapidement, car il a votre confiance.	5° Vous déclare guéri rapidement pour se conformer aux règlements administratifs.
6° Il est enfin votre médecin parce que vous l'avez choisi et vous lui confiez aussi la santé de votre famille.	6° Il est choisi par l'Administration par protection et à cause des rabais qu'il fait. Il n'a guère la confiance des membres du Conseil d'administration qui le plus souvent appellent d'autres médecins pour eux et leur famille.

Indigents,
Mutualistes,
Ouvriers et employés d'administration,
Fonctionnaires,
Exigez le libre choix du médecin,
C'est votre droit d'hommes libres,
C'est l'intérêt de votre santé.

Confrères, l'idée n'est-elle pas à propager ? (N. D. L. R.).

MOYENS PRATIQUES POUR RÉPANDRE L'IDÉE DU LIBRE CHOIX

Monsieur le Directeur du *Concours*,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la plaquette sur le libre choix, que vous avez publiée dans le dernier numéro du *Concours*. C'est dites-vous, un mutualiste qui vous l'a procurée, alors qu'on la distribuait à la sortie d'une assemblée générale mutualiste. Je ne saurais trop féliciter celui qui a eu l'idée de cette propagande ; mais je désirerais pouvoir imiter ce geste et moi aussi faire distribuer de pareils papillons au cours de toutes les réunions de ma région.

Songez que chez nous les mutualités nous payent encore à l'abonnement, et quel abonne-

ment ! ! Forfait dérisoire et dégradant. Songez que, sous prétexte d'économies, le Conseil général ne veut pas nous accorder le libre choix et le tarif à la visite pour l'assistance. Il faut dire que les jeunes, dont je suis, prétendent que, si le préfet tient à nommer ses médecins fonctionnaires, c'est pour mieux les tenir et mieux les casser aux gages pour toute incartade politique. Mais, nous les jeunes, nous sommes, paraît-il, des grincheux et des envieux : nous n'avons, disent nos anciens, qu'à attendre patiemment notre tour et, plus tard, nous aurons la jouissance de ces fixes que nos aînés détiennent. Oui, mais en attendant, comment nourrir nos familles, si ces fixes sont accaparés par une minorité, qui, pour conserver le monopole, consent à des rabais dérisoires ? N'avons-nous pas raison de dire que nos anciens, avec leurs situations acquises, sont les vrais ennemis du corps médical ?

Aussi, en attendant qu'un de ces quatre matins, les jeunes chambardent les bureaux des syndicats, en mettant à la tête de nos groupements des confrères qui inscriront sur le programme le triomphe du libre choix et du tarif à la visite, je serai heureux de faire l'éducation des malades qui souffrent du médecin imposé.

Le *Concours* voudrait-il faire imprimer ces feuilles éducatrices au premier chef ? Nous les ferions distribuer dans toutes les réunions ? Ou bien, le *Concours* pourrait-il en faire des affiches que *nous ferions* apposer dans tous les lieux publics ?

Réponse

N'est-ce pas aux syndicats à faire faire ce travail ? Ils ont proclamé dans les assemblées générales de l'Union et des trois Congrès des Praticiens leur volonté très ferme de faire triompher le libre choix.

C'est donc à eux de faire imprimer ces feuilles soit sous forme de papillons, soit sous forme d'affiches et de répandre le plus possible dans le peuple les idées qu'ils ont votées dans toutes leurs assemblées. P. B.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Création d'un Conseil supérieur des études médicales ou de la médecine (1).

Rapport présenté à la quatrième Assemblée générale de l'Association des membres du corps enseignant par M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Dans sa troisième Assemblée générale, le 28 octobre 1910, notre *Association* a pris en considération une proposition relative à la création d'un Conseil supérieur des études médicales et en a renvoyé l'étude à une Commission composée des membres du *Comité*, plus MM. BOUCHARD, LEPAGE et TRUC. Cette Commission s'est réunie le même jour après l'Assemblée générale et m'a chargé de proposer à vos délibérations les décisions qu'elle a prises.

***

I. — L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES CONSEILS ACTUELS DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Dans le *Conseil supérieur de l'Instruction publique*, l'enseignement médical est actuellement représenté par deux membres élus obligatoires et un membre nommé par le Ministre.

Les deux membres parisiens de cette délégation font partie de la *section permanente.*

Au *Comité consultatif de l'enseignement supérieur* (*section de médecine et de pharmacie*), le nombre des médecins est beaucoup plus grand ; le Ministre a accru ce nombre en y faisant représenter, en outre de la Faculté de Paris, les Facultés de Bordeaux, de Lyon et de Nancy. Tous ces membres sont professeurs et tous nommés par le Ministre.

***

II. — OBJECTIONS ET DESIDERATA. — Cette organisation, d'ailleurs commune à toute l'Université, a soulevé beaucoup d'objections et certainement laisse, non comblés, de réels desiderata pour ce qui concerne spécialement l'enseignement *médical.*

1. *Trop petit nombre de membres élus.* — Le nombre des membres *élus* est absolument insuffisant : aucun membre n'étant élu par ses pairs dans le Comité consultatif, tout l'enseignement médical est représenté par *deux* membres élus dans le Conseil supérieur, et par *un membre* élu dans la section permanente de ce Conseil.

2. *Les compétences sont en infime minorité.* — Dans le Conseil supérieur, il y a *trois* représentants de l'enseignement médical sur plus de *cinquante* membres. On voit combien les *compétences* y sont annihilées par l'énorme majorité des incompétents sur toutes les questions qui concernent l'enseignement médical.

A la section permanente, il en est de même, puisqu'il y a *deux* membres médecins sur une quinzaine de membres au moins. Or, c'est cette section permanente qui fait la seconde liste de présentation pour le professorat et le Ministre a le droit de préférer le candidat présenté par la section permanente au candidat présenté par la Faculté compétente, et il a, à diverses reprises, usé de ce droit légal.

On sait l'agitation qu'il y a eu récemment dans les Facultés des sciences et les accusations d'incompétence portées contre les membres du Conseil d'une Faculté pour choisir un professeur. Combien plus grande est l'incompétence des jurisconsultes et des littérateurs de la section permanente pour désigner au choix du Ministre un

(1) Nous nous faisons un plaisir et un devoir de publier le rapport que M. le Pr Grasset a bien voulu nous envoyer, d'abord parce qu'il en a été parlé dans un des numéros précédents de notre journal, ensuite parce que ses conclusions ne sauraient nous déplaire, ayant demandé déjà nous-même la création d'un conseil supérieur de la Médecine. J. N.

professeur de clinique chirurgicale ou de physiologie.

3. *Prédominance presque exclusive de l'élément parisien.* — Soit que l'on prenne uniquement les membres compétents, soit que l'on prenne l'ensemble des membres de ces Conseils, la prédominance de l'élément parisien est extrême ; cet élément est même le seul dans la très importante section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

4. *Ni les médecins enseignants non professeurs, ni les médecins praticiens ne sont représentés dans ces Conseils.* — Dans ces divers Conseils où l'élément élu, l'élément compétent et l'élément provincial sont si peu représentés, un autre élément, bien important, n'est pas représenté du tout ; ce sont les médecins enseignants non professeurs et les médecins praticiens non enseignants.

Or, l'enseignement médical a un côté technique et professionnel que personne ne songe à contester. Il est reconnu que la collaboration active des médecins et chirurgiens des hôpitaux est indispensable pour l'enseignement clinique, et, dans un très grand nombre de questions touchant à la fois à l'enseignement et à la profession, la voix des médecins praticiens doit pouvoir se faire entendre. Que de malentendus et d'incidents regrettables auraient été évités dans ces dernières années, si plusieurs questions avaient été étudiées et mûries, froidement et impartialement, dans un Conseil mixte formé de professeurs et de praticiens, d'enseignants et de non enseignants.

5. *Les Conseils actuels n'ont pas le droit d'initiative.* — Un dernier reproche, fait aux Conseils actuels, est que leur action est peu efficace, souvent paralysée, parce qu'ils n'ont pas le *droit d'initiative*. Ils ne peuvent pas évoquer et traiter les questions importantes qui intéressent l'enseignement médical, appuyer auprès du Ministre les propositions faites par les Facultés, rappeler en certaines circonstances que tel avis, donné à l'unanimité par toutes les Facultés, n'a pas encore été appliqué (même quand il a été demandé).

Le droit d'initiative permettrait à ces Conseils de prendre un rôle vraiment utile dans la préparation des réformes de l'enseignement médical et ultérieurement dans la réalisation et l'application de ces réformes, qui, une fois décidées, restent longtemps à l'état de lettres mortes.

6. *Résumé des doléances.* — En somme, on souhaiterait auprès du Ministre un Conseil formé par un plus grand nombre de membres *élus* et *compétents*, où la *province* et les *praticiens* seraient représentés et qui aurait *droit d'initiative.*

***

III. — Vœux déja formulés sur ce sujet. — Les arguments que je viens d'indiquer sommairement ont frappé le corps médical depuis plusieurs années et ont provoqué diverses manifestations qu'il est intéressant de rappeler : c'est l'*historique* de la question qui vous est soumise.

1. *Premiers vœux des praticiens.* — C'est au premier Congrès des praticiens (Paris, 1907) que l'idée d'un *Conseil médical supérieur* paraît avoir été lancée, d'abord par le Dr Gassot, sous une forme qui parut révolutionnaire et fut atténuée après discussion. Le Dr Le Fur reprit la même idée (avril et mai 1907) devant la Commission permanente du Congrès des praticiens, puis (novembre 1907) devant la Société de l'Internat ; l'idée fut approuvée dans ces diverses Assemblées par les Syndicats médicaux consultés et enfin (sur un rapport du Dr Le Fur) par le Congrès de Lille (1908).

2. *La Commission de réorganisation des études médicales.* — La Commission de réorganisation des études médicales, instituée par arrêté ministériel du 4 mars 1907, qui comprenait des praticiens et des professeurs, préoccupée (avec quelque raison peut-être) de voir bientôt appliquer les réformes qu'elle avait longuement élaborées et d'en surveiller, sinon d'en contrôler, la réalisation, reprit et discuta cette question avec beaucoup de soin ; le directeur de l'enseignement supérieur et le vice-recteur de Paris prirent la parole à la Sous-Commission et à la Commission.

Le no 6 de notre *Bulletin* (10 octobre 1910) reproduit tout ce qui, dans le rapport de notre collègue Pierre Teissier, a trait à la discussion de cette question au sein de la Commission.

Dans sa séance du 20 mars 1908, la Commission plénière émit le vœu « qu'il soit constitué, au Ministère de l'Instruction publique, un Comité consultatif pour l'enseignement médical : ce Comité sera appelé à émettre un avis sur toutes les questions se rattachant aux Facultés et Ecoles de médecine et à l'obtention du diplôme de docteur en médecine ». Ce Comité aurait droit d'initiative et devait se composer de membres élus par les Facultés et Ecoles de médecine, par le corps médico-chirurgical des hôpitaux, par les praticiens et par les médecins membres du Parlement.

3. *Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris.* — En janvier 1909, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a demandé au Ministre « la création d'un Comité permanent, essentiellement médical, composé, par parties égales, de membres nommés par le Ministre et de membres élus par toutes les Facultés et Ecoles de médecine. Ce Comité serait chargé d'adresser directement au Ministre, après examen, tous les vœux qui intéressent l'enseignement médical et de le renseigner sur les besoins et aspirations des Facultés et Ecoles de médecine ».

4. *Nouveaux vœux des praticiens.* — Depuis ce moment, les praticiens n'ont cessé de réclamer ce Conseil médical supérieur. Le Dr Leredde reprend la question dans le *Petit Praticien* (décembre 1908 1908) ; le Dr Le Fur (1) la développe dans un rap-

(1) On trouvera, dans ce rapport du Dr Le Fur, d'intéressants détails sur les organisations étrangères. Ainsi, en Angleterre, le *General medical Conseil* est composé de membres du Corps enseignant des différents Universités, collèges et corporations, ainsi que d'un certain nombre de médecins praticiens ; en Allemagne, le Ministre de l'Instruction publique est en même temps *ministre des affaires médicales* et est éclairé par un Conseil médical compétent : « les intérêts de la profession médicale sont utilement représentés et défendus près du ministre compétent ...... »

port très étudié et très documenté, lu et discuté devant le Comité de vigilance, en juin 1909, présenté au Congrès des praticiens (avril 1910) qui vote, à une très forte majorité, le vœu « que le Conseil supérieur de l'Instruction publique, organisme incompétent au point de vue médical et insuffisamment indépendant, soit remplacé, au point de vue médical, par un Conseil médical supérieur composé par moitié de membres du corps enseignant, de délégués élus des divers groupements professionnels (1) et, avec voix consultative, de délégués des Associations corporatives des étudiants en médecine ». En outre, « le Comité de vigilance a été invité à se mettre en relations avec le Bureau du Corps enseignant médical pour la réalisation du vœu adopté ».

Le 22 octobre 1910, après l'agitation que l'on sait autour des concours d'agrégation, le Conseil de direction du *Concours médical* renouvelle le vœu de voir s'accomplir la réforme des études « sous l'œil d'un Conseil supérieur médical, baptisé du nom qu'on voudra, mais composé par moitié d'enseignants et de praticiens ».

5. *Conclusion de cet historique.* — De tout cela, on peut conclure que personne n'a plus le droit, dans le corps médical, de se désintéresser de cette question, les professeurs moins que tous autres.

En condamnant les gestes, ridicules et inefficaces, de protestation violente qui ont sali la dernière campagne contre l'agrégation et pour éviter le retour de pareils procédés de discussion, notre Association, qui ne doit pas pouvoir être soupçonnée d'exclusivisme et de misonéisme, doit essayer de proposer et de faire réussir un projet rationnel de réforme de l'organisation actuelle des Conseils universitaires.

***

IV. — Les trois types possibles de réforme. — On peut grouper sous trois chefs les divers types possibles de réforme : 1° transformation du Conseil supérieur ; 2° transformation du Comité consultatif ; 3° création d'un organisme nouveau : Conseil supérieur des études médicales ou de la médecine.

1. *Transformation du Conseil supérieur de l'Instruction publique.* — La transformation du Conseil supérieur de l'Instruction publique en ce qui concerne la médecine, c'est-à-dire son remplacement par un Conseil médical supérieur, est la solution proposée et demandée par les praticiens.

La première conclusion du rapport du Dr Le Fur, votée par le troisième Congrès des praticiens porte : le Conseil supérieur de l'Instruction publique doit être *remplacé* par un Conseil médical supérieur, émanation, non du pouvoir central, mais du corps médical tout entier.

Cette solution est irréalisable et n'est pas désirable.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est un organisme établi par la loi et commun à toute l'Université, à l'Instruction publique tout entière, primaire et secondaire comme supérieure, celle-ci sous toutes ses formes (littéraire, juridique...). La solution proposée plus haut ne serait possible que si on extrayait les Facultés de médecine de l'Université et du Ministère de l'Instruction publique pour les transporter au *Ministère* de l'Intérieur comme les écoles purement techniques et professionnelles.

Ce n'est pas dans cette enceinte que j'ai besoin de développer cette thèse que les Facultés de médecine étudient l'entière *science de l'homme* à l'état normal et pathologique, que, si la médecine pratique peut être appelée un art, c'est dans le sens d'une *science appliquée* et que par conséquent nos Ecoles doivent continuer à faire partie des Universités ; il n'y a donc aucun motif pour que notre situation au Conseil supérieur soit différente de celle des autres Facultés.

2. *Transformation du Comité consultatif.* — La modification (dans le sens indiqué) du Comité consultatif (section de médecine) serait une mesure moins révolutionnaire et peut être discutée. Dans ma première proposition à l'Association, c'est la solution que j'avais présentée, me laissant d'ailleurs guider exclusivement par la pensée que cette solution serait peut-être plus pratique et plus rapidement réalisable que la création d'un organisme nouveau.

Cette solution a été discutée dans votre Commission, finalement écartée et je me range absolument à la manière de voir de la Commission.

M. Bouchard, notamment, a rappelé, dans la séance de la Commission, les attributions du Comité consultatif ; examen et solution de questions administratives, telles que questions de scolarité, dispenses, présentations pour les bourses d'études, promotions de classe des professeurs, etc.

Une modification radicale de la composition et des attributions de ce Comité serait très difficile à obtenir pour diverses raisons ; il vaut mieux demander la création d'un organisme nouveau.

La Commission s'est rangée unanimement à cet avis : le Comité consultatif doit être conservé tel qu'il est comme mode de recrutement et attributions ; seulement, sur la proposition de M. Gross, la Commission vous propose unanimement de demander que la composition de ce Comité consultatif soit élargie et qu'un représentant de chaque Faculté soit introduit dans ce Comité.

3. *Création d'un organisme nouveau.* — Donc, il faut demander la création d'un organisme nouveau, pour lequel votre Commission vous pro-

(1) Le Dr J. Noir a rappelé un *nouveau Plan de constitution pour la médecine en France* présenté en 1790 à l'Assemblée nationale par la Société royale de médecine, qui devait, trente ans plus tard, unie à l'ancienne Académie de chirurgie, former l'Académie de médecine et que dirigeait, comme secrétaire perpétuel, son fondateur Vicq d'Azyr. Dans ce *plan*, il était dit déjà : « Il sera formé, près des directoires des départements, dans le ressort desquels seront établis les collèges, un Comité ou un Conseil chargé de l'inspection de tout ce qui concerne l'enseignement public, dans lequel sera toujours admis un nombre de médecins élus parmi ceux du ressort du collège. Ce Comité veillera au maintien des lois et règlements ; il s'assurera de l'assiduité des professeurs ; il recevra, s'il y a lieu, les plaintes des élèves et il rendra, à la fin de son exercice, un compte public de la commission qui lui aura été confiée ».

pose le titre de *Conseil supérieur de la médecine*, dont il reste à indiquer : d'une part, la composition et le mode de recrutement ; de l'autre, les attributions et le fonctionnement.

***

V. — Composition et mode de recrutement du nouveau conseil. — Espérant par là donner une plus grande force au projet et le faire ainsi peut-être adopter plus rapidement par l'Administration, votre Commission vous propose le projet déjà adopté par la Sous-Commission de réforme des études médicales, en ajoutant un membre pour la nouvelle Faculté d'Alger.

La Composition serait la suivante :

1° Trois membres de droit : le Ministre de l'Instruction publique ; le vice-recteur de l'Université de Paris et le directeur de l'enseignement supérieur ;

2° Vingt-neuf membres élus par leurs pairs (ou nommés par le Ministre sur la présentation de leurs pairs), dans les six groupes suivants : deux sénateurs médecins ; deux députés médecins ; quatorze représentants des Facultés (dix professeurs titulaires, dont trois pour Paris, et quatre professeurs adjoints ou agrégés, dont deux pour Paris) ; deux représentants des Ecoles dont un pour les Ecoles militaires ; cinq membres des corps médicaux des hôpitaux, dont trois pour Paris et deux pour les villes de province où existe une Faculté ou Ecole ; quatre praticiens n'appartenant à aucune des catégories précédentes.

***

VI. — Attributions et fonctionnement. — Sans entrer dans le détail des attributions de ce Conseil supérieur, il suffit de rappeler le principe même de cette création : tous les membres de votre Commission ont été d'accord sur la nécessité de constituer un organisme compétent et permanent, *destiné à éclairer l'Administration sur toutes les affaires relatives à l'enseignement de la médecine* ; ou, en d'autres termes, à étudier toutes les questions d'enseignement médical, réforme des études, modifications dans la direction et l'orientation de l'enseignement, améliorations et perfectionnement des cours, contrôle et surveillance d'exécution des réformes déclarées nécessaires (1).

Enfin, sur la proposition de M. Bouchard, votre Commission a demandé, à l'unanimité, pour le le Conseil, le *droit d'initiative*.

Quant au fonctionnement, la Sous-Commission de réforme des études médicales avait inscrit dans son vœu : « Ce Comité siégera à Paris au Ministère de l'Instruction publique. Il aura un Bureau nommé par lui, qui pourra donner les avis urgents et constituera une section permanente. Il tiendra quatre sessions régulières par an. Chaque année, sera publié par les soins du Ministère de l'Instruction publique un rapport rendant compte des travaux du Comité ».

Votre Commission a adopté les mêmes principes. Seulement elle juge inutile de spécifier le nombre des sessions que le nouveau Conseil devra tenir par année. Mais elle adopte l'idée du rapport annuel rendant compte des travaux du nouveau Conseil et pense aussi utile de prescrire que le Bureau du nouveau Conseil soit constitué en section permanente.

***

VII. — Conclusions. Vœux proposés. — Les conclusions de votre Commission peuvent être résumées dans les trois propositions suivantes dont l'ensemble constitue le vœu que nous vous demandons de discuter et, si vous le jugez à propos, de voter.

1. Il est *nécessaire* et *urgent* d'organiser, auprès du Ministre de l'Instruction publique, un *Conseil supérieur des études médicales* ou *de la médecine*, qui serait composé d'hommes *compétents*, *élus* par leurs pairs (ou nommés par le Ministre sur la présentation de leurs pairs) : professeurs et agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, praticiens, membres du Parlement, médecins.

2. Ce Conseil supérieur constituerait un organisme nouveau, à *créer*, rien n'étant touché à l'organisation légale actuelle du Conseil supérieur de l'Instruction publique et du Comité consultatif de l'enseignement supérieur (avec cette réserve que, dans la section de médecine et de pharmacie de ce dernier, toutes les Facultés de province seraient représentées).

3. Ce Conseil supérieur de la médecine aurait pour *attributions* : 1° d'éclairer l'Administration sur toutes les affaires relatives à l'enseignement de la médecine ; 2° de suivre la réalisation des améliorations et des réformes décidées et non encore exécutées. Il aurait *droit d'initiative*.

A ces trois propositions présentées par votre Commission, votre rapporteur demande la permission d'en ajouter personnellement une *quatrième*.

Depuis trente ans que j'ai l'honneur d'être professeur, j'ai vu délibérer et voter, en Conseil ou en Assemblée de Faculté, beaucoup de projets de vœux et de réformes qui n'ont jamais abouti, quoiqu'on ne les ait pas condamnés, alors qu'elles avaient même été approuvés. C'est là la raison la plus puissante qui me fait désirer la création du Conseil supérieur de la médecine.

Dès lors, il serait profondément regrettable que notre vœu relatif à la création de ce Conseil reste ainsi lettre morte et soit simplement déposé honorablement dans les archives du Ministère. Ce vœu, une fois voté par vous, représentera l'opinion des professeurs et agrégés de toutes les Facultés de l'Etat de France, opinion déjà exprimée par le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, à diverses reprises par les praticiens et sur-

(1) La Sous-Commission de réforme des études médicales disait dans son vœu : « Le Comité destiné à remplacer les Conseils existants en ce qui concerne la médecine sera appelé à émettre avis sur toutes les questions se rattachant aux Facultés et aux Ecoles de médecine et à l'obtention du diplôme de docteur en médecine ».

tout par la Commission de réorganisation des études médicales composée de parlementaires, de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, de praticiens.

On ne peut pas faire, à la création de ce Conseil, d'objection budgétaire, puisque le fonctionnement ne coûtera qu'une somme insignifiante. Il n'y a aucun motif légitime d'ajourner la réalisation de votre vœu si vous le votez.

Je vous demande donc de décider à la suite des résolutions ci-dessus :

1° Que ce vœu sera présenté au Ministre de l'Instruction publique, au directeur de l'enseignement supérieur et au vice-recteur de l'Université de Paris par votre Bureau, qui voudra bien en développer les motifs et en montrer l'urgence ;

2° Que le vœu sera communiqué aussi à *tous* les membres du Parlement, la question intéressant non seulement les parlementaires médecins et les représentants des régions à Faculté ou Ecole de médecine, mais aussi les représentants de toutes les régions où il y a des praticiens, c'est-à-dire de toute la France ;

3° Que notre Association ne se désintéressera pas de la suite donnée à sa proposition et que, s'il y a lieu, elle évoquera de nouveau la question dans ses prochaines réunions de Comité et dans ses Assemblées générales.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'Assistance médicale dans le département de la Haute-Loire.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Le Puy, 6 octobre 1911.

Mon cher Confrère,

Nous avons recours à votre amabilité pour faire paraître dans votre estimé journal le dossier ci-joint :

C'est-à-dire ;

1° L'ordre du jour voté en Assemblée générale par les médecins de la Haute-Loire et signé de tous, excepté des médecins des hôpitaux du Puy ;

2° La lettre transmettant au Préfet cet ordre du jour ;

3° La séance du Conseil général où fut discutée ou plutôt escamotée notre pétition.

Voici les faits qui ont motivé cet ordre du jour que vous allez lire :

Un confrère appelé par ses collègues du Conseil général à élaborer un tarif plus avantageux pour les sages-femmes de la Haute-Loire, qui, ne voulant plus faire d'accouchements à cent sous, s'étaient mises en grève, crut bon d'élever le tarif des sages-femmes en rognant sur le tarif médical.

Alors, notez-bien, que nulle économie ne lui était demandée de ce côté, qu'il n'avait qu'à élever les tarifs des sages-femmes, sans plus ; ceci nous a été assuré par des gens bien placés pour le savoir.

Habitués à voir ces mêmes honoraires abaissés à plusieurs reprises, nous nous sommes réveillés cette fois, surtout lorsque nous avons su que cet état de choses était le fait d'un confrère.

Comme vous le verrez au compte-rendu de la séance du Conseil général, on ne nous a même pas compris, ou plutôt on n'a pas voulu nous comprendre.

On a cependant nommé une commission chargée de « reviser » les tarifs médicaux — (jusqu'ici, reviser a toujours signifié abaisser, à notre Conseil général).

Cette commission ne pondra pas avant la session d'avril : nous avons cependant décidé de ne plus faire d'accouchements au tarif nouveau à partir du mois d'octobre courant ! Qu'allons-nous faire ? C'est ce que nous déciderons dans une prochaine réunion générale.

Nous vous tiendrons au courant. Nos meilleurs remerciements pour votre obligeance qui servira particulièrement nos confrères, qui presque tous abonnés au *Concours* pourront y lire, avant notre réunion de novembre, de quelle façon ils sont traités par leurs élus du Conseil général. Et veuillez agréer, cher Confrère, l'assurance de nos sympathies respectueuses.

Pour le Bureau :
Le Secrétaire, Dr VASSEL.

---

28 mai 1911,

ORDRE DU JOUR

Les médecins de la Haute-Loire syndiqués et non syndiqués réunis au Puy en Assemblée générale le 28 mai 1911 :

1° Protestent contre la décision du Conseil général qui a réduit sans raison leurs honoraires de l'A. M. G. pour les accouchements et déclarent ne plus pouvoir assurer ce service dans ces conditions à partir du 1er octobre 1911.

2° Ils regrettent que le Dr Marsset ait pris au Conseil général l'initiative de cette mesure injustifiée et prient leurs confrères du Conseil général d'examiner la question et de la résoudre au mieux des intérêts professionnels qu'ils connaissent bien.

3° Ils émettent le vœu que les médecins ou leurs représentants soient consultés toutes les fois que les intérêts médicaux seront en jeu.

Suivent les signatures de 53 médecins de la Haute-Loire.

Voici la lettre par laquelle nous soumettions au Préfet cet ordre du jour ; en même temps, nous lui faisions part de notre désir de voir appliquer le tarif intégral de l'indemnité kilométrique pour les distances supérieures à 20 kil. du domicile d'un médecin :

Monsieur le Préfet,

Nous avons l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'inscription au programme de la

prochaine séance du Conseil général, de l'ordre du jour ci-inclus, émis par les médecins de la Haute-Loire réunis le 28 mai au Puy, en Assemblée générale ; ordre du jour dans lequel nous réclamons l'annulation du dernier tarif médical pour les accouchements de l'A. M. G.

Nous vous serions reconnaissants également de vouloir bien proposer au Conseil général l'application intégrale du tarif kilométrique pour les distances supérieures à 20 kilomètres.

Malades et médecins s'en trouveraient bien ; et d'ailleurs, cette modification aux règlements n'intéresserait qu'une dépense assez minime, les distances supérieures à 20 kilomètres du domicile d'un médecin n'étant pas nombreuses dans la Haute-Loire.

Veuillez agréer, Monsieur le Préfet...

Pour le bureau.

Le Secrétaire,
Dr Vassel.

République Française

Département de la Haute-Loire

CONSEIL GÉNÉRAL

2e session de 1911

Séance du 19 *septembre* 1911

Etaient présents : MM. Antier, Berger, Bonnefoux, Boyer, de Chanaleilles, Devins, Enjolras, Faure, Fayolle, Gerbier, Gigante, Guignabert, Gratuze, Joubert-Peyrand, de Kergorlay, Malartre, Marsset, Martin, C. Nicham, Michel, Néron (Edouard) Fouilhy, Pagès-Ribeyre, Peyroche, de Ribains, de Romeuf (Louis), Vernet.

Le préfet assiste à la séance.

Le procès-verbal de la séance du 18 septembre est lu et adopté.

Assistance médicale gratuite. Modification au tarif. Pétition des divers médecins.

M. de Romeuf donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Le Syndicat des médecins de la Haute-Loire nous soumet une pétition relative à la dernière fixation du tarif médical de l'assistance médicale gratuite.

On nous fait remarquer qu'il ne s'agit que des distances supérieures à 20 kilomètres et qu'elles ne sont pas nombreuses dans le département et que, dans les conditions actuelles, les soussignés ne pourront plus assurer ce service à partir du 1er octobre 1911.

Tout en rendant hommage à l'esprit de confraternité que révèle la pétition, votre Commission tient à noter que, lors de la discussion du nouveau tarif, le corps médical était suffisamment représenté dans l'Assemblée départementale pour que ses intérêts fussent sauvegardés. Mais ils se heurtent, en l'espèce, aux ressources du budget et M. le préfet nous signale, dans son rapport, que les modifications demandées entraîneraient un supplément qui ne serait pas inférieur à 2000 fr, dont 650 fr. pour le Département.

Cette dépense ne nous paraissant pas opportune, nous vous proposons de la rejeter.

Signé : de Romeuf.

M. le docteur Michel demande la nomination d'une commission chargée de la révision des tarifs des médecins, pharmaciens et sages-femmes. Il croit que de cette révision de tarifs ne résulterait aucune charge nouvelle pour le département.

M. Faure ne s'oppose pas à la révision des tarifs si le principe qu'il n'en résultera aucune charge nouvelle est, dès maintenant, admis et si on se renferme dans la limite des crédits actuels.

M. Pagès voudrait que, si on nomme une Commission, elle soit aussi chargée des abus qui peuvent se commettre.

M. le Préfet croit qu'en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, il se commet peu d'abus et l'enquête à laquelle il a fait procéder à cet effet n'a rien révélé de sérieux.

M. Faure dit que les attributions de la Commission doivent être assez étendues pour qu'elle puisse signaler tout ce qu'elle pourra constater de défectueux.

MM. Dr Michel, de Romeuf, Dr Marsset, Faure et Boyer sont nommés membres de la Commission dont la création est demandée.

En ce qui concerne le tarif kilométrique, M. le Dr Guignabert trouve que la demande tendant à ce que le tarif soit appliqué quel que soit le nombre de kilomètres parcourus, est fort juste. Par voie d'amendement aux conclusions du rapport, il propose le vote de cette modification au règlement. Les déplacements des médecins seront payés au tarif kilométrique adopté, quelle que soit la distance parcourue. Cette distance payée ne peut d'ailleurs, d'après le règlement, excéder celle qui sépare le domicile du malade de celui du médecin le plus rapproché. Il ne peut donc en résulter d'abus et ce ne sera que dans des cas assez rares que la distance excédera 20 kilomètres.

L'amendement de M. le Dr Guignabert mis aux voix est adopté.

Pour copie conforme,
Le Secrétaire général.

Réponse

Les membres du Syndicat doivent avant tout se placer, dans la discussion actuelle, sous trois chefs principaux : l'intérêt primordial de leurs malades ; l'intérêt de la collectivité, en l'espèce le département ; l'intérêt du corps médical.

Au nom de l'intérêt des malades, la cessation du service de l'Assistance médicale gratuite et le refus de faire des accouchements à partir du 1er octobre serait contraire aux devoirs que nous impose l'humanité. Il faut, pour appliquer ferme cette décision, attendre la session d'avril.

Nous verrons plus loin les moyens d'exécution et de défense des intérêts médicaux.

Il est donc nécessaire que la Commission nommée par le Conseil général puisse entendre les

revendications médicales formulées par le Syndicat.

En effet, un médecin conseiller général est pris par la défense de ses intérêts corporatifs et professionnels, d'une part, et d'autre part, par la défense des intérêts de ses électeurs. Il est donc mal placé pour se prononcer en toute liberté.

Il importe avant tout que le Syndicat nomme trois ou quatre délégués, qui demanderont audience à la Commission et présenteront à celle-ci un travail écrit, formulant des solutions pratiques.

C'est ce que les trois syndicats de l'Ain firent en 1904 ; en leur nom, avec les Drs Passerat et Chevelu, j'ai présenté à la commission du Conseil général un rapport écrit, avec conclusions précises. Nous avons eu gain de cause sur tous les points litigieux.

Dans votre travail, vous envisagerez les questions suivantes :

1° *Intérêt des malades.*

Ils doivent être bien soignés, puisqu'ils n'ont que leur peau pour tout capital et que, lorsqu'ils sont malades, leur famille est dans la misère. Donc plus que toute autre catégorie de citoyens, ils doivent être bien soignés.

Or, tout travail mal payé est mal fait. C'est un axiome social. Donc les indigents ont intérêt à ce que les médecins soient rémunérés selon un tarif normal et non dérisoire, sinon ils seraient examinés hâtivement, ou ne passeraient qu'après les malades payants qui font vivre le médecin et sa famille.

2° L'*intérêt de la collectivité* qui a la charge de ces frais médicaux et pharmaceutiques exige que le malade soit vite rétabli. Donc il faut que le médecin soit raisonnablement rétribué.

Puis, toutes les statistiques prouvent que le prix de la journée d'hospitalisation coûte plus cher que les soins donnés à l'indigent à domicile. Donc, en payant convenablement le médecin, celui-ci n'aura pas tendance à se débarrasser de son malade, en l'expédiant à l'hôpital.

Enfin, il est du devoir du Conseil général de poursuivre ceux qui, sans diplôme légal, rebouteurs et autres illégaux, abusent de la confiance et de la crédulité humaine, en soignant accidents et maladies.

Par leurs pratiques coupables, parce qu'inexpertes et antiscientifiques, ces illégaux aggravent ou entretiennent les maladies ou accidents, alors que ces affections n'auraient pas eu longue durée entre les mains de médecins et n'auraient nécessité que peu de frais médicaux et pharmaceutiques.

Il y a des abus, dit-on toujours à la légère, commis par des praticiens qui font trop de visites ou ordonnent trop de médicaments. Seuls, les médecins ont qualité et compétence pour savoir si tel médicament, bien que cher, n'a pas été indispensable à la guérison.

Il importe donc, pour la bonne gestion des finances départementales, que soit instituée une Commission mixte, composée mi-partie de conseillers généraux et de médecins, ceux-ci désignés par les Syndicats médicaux, pour connaître de tous les litiges qui pourraient s'élever avec les médecins pour l'application de la loi du 15 juillet 1893.

3° *Les intérêts des médecins.* — Je ne les vois plus bien. Lorsque le praticien est payé raisonnablement pour sa peine, son déplacement, sa perte de temps, ses moyens de tranport, sa responsabilité professionnelle ; lorsqu'il sait que le service médical ne sera pas accaparé par un petit nombre de ses confrères, mais que tout docteur en médecine du département pourra être appelé par tout malade de toute catégorie, lorsqu'il sait qu'il ne sera demandé par des malades qu'autant que ceux-ci auront placé en lui toute leur confiance, il accomplira, en homme libre, son devoir social, en guérissant de son mieux ceux qui ont recours à ses soins.

Conclusions : que le Syndicat fasse son rapport écrit sur tous ces points ; qu'il donne des solutions pratiques ; puisqu'il demande audience à la Commission nommée par le Conseil Général.

Enfin, si satisfaction ne lui est pas donnée, ou si en avril prochain, les propositions syndicales sont repoussées, chaque médecin en particulier écrira au Préfet pour l'avertir que ses occupations professionnelles l'empêchent d'assurer désormais les soins à donner aux indigents à cause du tarif dérisoire qui est imposé.

Dans l'Ain, ce système nous a fort bien réussi, tant pour l'Assistance que pour le tarif des vaccinations.

Inutile de vous dire que le *Concours* sera toujours heureux de vous être utile et de vous documenter.

Dr Paul BOUDIN

CHRONIQUE SYNDICALE

Tous syndiqués !

Le *Concours médical* n'a pu encore trouver place pour reproduire les paroles prononcées par M. le Professeur Teissier, de Lyon, donnant il y a quelques mois, les raisons pour lesquelles il se faisait honneur et devoir d'accepter, en syndicaliste militant, la présidence du syndicat du Rhône. Quelle leçon, pourtant, à opposer aux attitudes récemment prises, à l'égard du syndicalisme médical, par tant de membres du corps enseignant parisien, qui s'obstinent à rester du côté des pouvoirs oppresseurs, des collectivités accapareuses et capitalisantes, contre les malades et blessés, pauvres et faibles, et contre les médecins de famille qui soutiennent ceux-ci en luttant du même coup pour la sauvegarde de notre indépendance professionnelle !

Le vœu que nous formions à Lille en 1903 se réalise ainsi à Lyon.

« C'est en premier lieu le malaise de l'heure présente, particulièrement difficile et grave et je ne vous dissimule pas la tristesse profonde que j'ai ressentie des luttes récentes entre deux fractions du corps mé-

dical qui devraient rester indissolublement unies, le camp des « Praticiens » comme on dit, et les membres de l'Enseignement ; conflit basé sur de regrettables malentendus venant de ce que nous nous ignorons les uns les autres et qui cessera, j'en suis sûr, pour le bon renom de la médecine française, quand nous nous serons fréquentés davantage et que nous nous serons bien assurés que nous poursuivons tous le même but. Et ne l'avez-vous pas compris vous-mêmes ?... Vous êtes venus à nous nous tendant une main loyale, nous vous avons donné la nôtre avec le même cœur et sans la moindre arrière-pensée. Et de ce geste-là que j'entrevois comme un heureux présage et qui m'a bien vite conquis, en fils passionnément dévoué de notre vieille Université de France, je vous redis mon infinie gratitude.

Une seconde raison m'a entraîné dans votre giron, et cela par tradition familiale : c'est le sentiment très vif et conscient de la situation douloureuse faite à tant de confrères méritants, aussi bien dans la grande ville que dans certaines bourgades peu favorisées du territoire, et qui, dans l'impossibilité de vivre honorablement de leur profession, n'ont d'autres ressources et d'autre espoir de voir luire des jours meilleurs que dans l'appui que peut leur donner une association syndicale puissante et déterminée à agir pour défendre ces confrères dévoués contre certains groupements économistes qui les exploitent, contre la socialisation des services d'assistance qui leur porte grandement préjudice, et surtout contre la parcimonie administrative qui ne reconnaît leurs services et leur sollicitude que par une rémunération dérisoire, absolument disproportionnée avec les connaissances qu'on exige d'eux, surtout avec les responsabilités qu'ils encourent.

« C'est vers ces confrères moins heureux que nous nous sentons tout spécialement attirés, et en cela, je le répète, je ne fais qu'obéir à des traditions qui me sont chères et à l'enseignement des maîtres dont le souvenir toujours vivant a puissamment pesé sur mes résolutions ; à l'exemple du vénéré Potain surtout qui me redisait encore, quelques mois avant de disparaître, ses angoisses sur l'avenir de la dignité professionnelle entraînée par la vie trop rude... et, ajoutons-le, aussi, — il faut savoir regarder les situations en face — de par l'oubli et l'indifférence souvent des plus heureux.

« Et c'est le sentiment de cette étroite solidarité professionnelle qui a vaincu mes dernières résistances et qui vous explique pourquoi je me trouve, *ce soir*. à cette place d'honneur, au milieu de vous.

« Ne l'oublions donc jamais, mes chers amis, cette solidarité, qui est un des titres glorieux de notre belle profession, car, somme toute, dans la vie professionnelle nous faisons tous partie intégrante d'une même caravane et nous marchons vers le même but désiré, gravissant les mêmes sentiers. Si nous n'arrivons pas tous au sommet de la montagne, nous suivons le même chemin : il en est de plus agiles, il y a des retardataires, il y en a qui glissent ou se blessent sur les pentes escarpées. Mais comme dans ces courses alpestres où tous les touristes sont solidement liés les uns aux autres, nous aussi nous sommes attachés à la même chaîne et bien coupables seraient ceux qui, arrivés plus vite au sommet tant convoité, couperaient la corde derrière eux.

« Loin de là, c'est aux premiers arrivés au dernier tournant de la route de tenir cette corde d'une main solide et résolue pour permettre aux retardataires de gravir les dernières pentes et d'atteindre, eux aussi, le terme ambitionné. C'est là un strict devoir. Et c'est pourquoi, profondément pénétré de ces sentiments et de ces obligations impérieuses, comme conscient aussi des besoins de l'heure présente, je vous propose de travailler ensemble et sans relâche à l'amélioration désirable du sort du médecin et au maintien du prestige de la dignité professionnelle.

« Donc, cette profession, qui nous est d'autant plus chère qu'elle a exigé de nous plus d'efforts et souvent de sacrifices, nous travaillerons à la défendre aussi bien contre les compromissions qui l'avilissent que contre les collectivités qui l'exploitent. Nous nous appliquerons aussi à forcer de plus en plus la considération et le respect, car ne poursuivons-nous pas le même idéal ? soit : travailler au soulagement de ceux qui souffrent, avec la claire conscience de nos devoirs et de nos obligations envers les malheureux.

« Mais il serait profondément injuste de refuser au médecin la légitime ambition d'améliorer, par le fruit de ses efforts et de ses peines, le sort de sa famille, d'assurer son indépendance morale et de se préparer un repos modeste pour ses vieux jours, comme aussi de procurer à ses enfants une éducation en rapport avec la haute culture qu'on exige de lui. Mais je me hâte de le dire : la considération lui viendra d'autant plus facile, ses soins seront d'autant plus estimés qu'il sera lui-même scientifiquement mieux armé, que son instruction sera plus solide et plus sûre, ses interventions plus réfléchies et plus conformes aux récentes acquisitions des recherches modernes, qu'il aura ainsi forcé la considération publique et justifié la confiance de ceux qui auront eu recours à lui. Car, soyez-en bien convaincus, mes chers collègues, il ne saurait subsister le moindre antagonisme entre les progrès de la science et l'intérêt du praticien. Seules, les conceptions erronées ou illusoires, ou bien des intérêts mal déguisés ont pu dresser autel contre autel. Il n'y a qu'une seule médecine comme il n'y a qu'une science de la médecine, disait Claude Bernard, et nous ne sommes de vrais médecins que si nous restons les serviteurs irréductibles de la science ! »

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DU IIIe ARRONDISSEMENT DE LILLE

30 *juin* 1911

Accidents du travail. Frais pharmaceutiques. Prétendue exagération des fournitures de médicaments. Appel en garantie du médecin traitant sur la demande en paiement fournie par le pharmacien contre les patrons. Mise hors de cause du médecin, dont l'exagération des prescriptions n'a pas été prouvée et à défaut par les patrons d'avoir usé de la faculté que leur accordait l'article 4 *de la loi-accidents de se faire renseigner par un médecin de leur choix au cours du traitement.*

Attendu que les parties se sont mises d'accord pour que C... soit mis hors de cause.

Attendu, en fait, que D... réclame à B... et Compagnie la somme de 116 fr. 60 pour fournitures pharmaceutiques à l'occasion d'un accident du travail survenu à C..., ouvrier de B... et Cie, fournitures remises à C.. sur ordonnances du Docteur Delplanque, médecin traitant ;

Attendu que B... et Cie ont mis en cause ledit Dr Delplanque ainsi qu'il est indiqué en notre délibéré ci-dessus ;

Attendu que B... et Cie reconnaissent que

D..., pharmacien, en établissant son mémoire, s'est conformé à l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 du tarif Dubief, mais qu'ils prétendent dans leurs dernières conclusions que l'exagération des fournitures est manifeste, que le Dr Delplanque doit être condamné à les garantir et indemniser des condamnations qui pourraient être prononcées contre eux ;

Attendu que le Dr Delplanque conclut que B... et Cie soient déboutés de leurs fins et conclusions en ce qui le concerne personnellement ;

Attendu que B... et Cie, tout en offrant à D... une somme de cent francs, demandent une expertise qui est repoussée par leurs adversaires.

Sur l'expertise : Attendu que le juge de paix est souverain appréciateur de l'utilité d'une expertise ;

Attendu que C... a été victime d'un accident consistant en une brûlure par la fonte ; que la blessure est depuis longtemps consolidée ; que les traces de la brûlure ont à peu près disparu ; qu'il n'en reste qu'une légère cicatrice ; que dans ces conditions une expertise est presque impossible et dans tous les cas ne produirait aucun résultat que d'occasionner des frais inutiles ;

Attendu, dans ces conditions, que nous devons repousser la demande d'expertise.

Sur le fond :

Attendu que D... n'a fait que fournir les produits réclamés par les ordonnances du médecin traitant et que pour établir des prix, il s'est strictement conformé à l'arrêté ministériel déjà énoncé ; que dès lors sa demande est justifiée.

Sur l'appel en garantie :

Attendu que la mauvaise foi ne se présume pas, qu'il faut la prouver, ce que ne font pas les défendeurs B... et Cie ;

Attendu qu'il résulte des débats et des documents de la cause que le Dr Delplanque avait à soigner une blessure très délicate, qu'il lui a donné tous ses soins selon les règles de l'art et que ce que lui reprochent B... et Cie ne sont que des allégations sans justifications ;

Attendu que le juge doit faire confiance au Corps médical dont le zèle, la sollicitude auprès des malades et la bonne foi sont bien établis et reconnus ;

Attendu, du reste, que B... et Cie, s'ils n'avaient pas confiance au médecin traitant, pouvaient agir en vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905, d'autant plus que l'état d'invalidité de C... a duré au moins 110 jours ;

Que ne l'ayant pas fait, nous devons conclure qu'ils avaient alors confiance au dévouement et à la science médicale du Dr Delplanque ;

Attendu que l'appel en garantie ne nous semble pas sérieux et doit être par nous rejeté.

Vu l'art. 130 du code de procédure civile :

Par ces motifs, statuant contradictoirement en dernier ressort et vidant notre délibéré, disons n'y avoir lieu à expertise en l'espèce, mettons définitivement C... hors de cause ;

Rejetons l'appel en garantie formé par B... et Cie contre le Dr Delplanque que nous mettons hors de cause sans dépens,

Déclarant l'offre de B... et Cie insuffisante, condamnons B... et Cie à payer à D... la somme de 146 francs 60 pour les causes sus-énoncées avec l'intérêt de droit, les condamnons de plus en tous les dépens, déboutons en tant que de besoin les parties du surplus de leurs fins, moyens et conclusions.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

Un nouveau confrère. — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance d'un nouveau journal médical mensuel : **La Pratique médicale en Bretagne** sous la direction du Dr Ferrand, chirurgien en chef de l'hôpital St-Yves de Rennes, secondé par nos confrères Huchet, Lemercier, Bossoreil, Perret, Gueux et Sauvain, secrétaire de la rédaction.

Nos meilleurs souhaits de prospérité au nouveau journal qui, nous l'espérons, sera, comme il le désire, un nouveau trait d'union des membres de la grande famille médicale de la région de l'Ouest.

Ecole d'enseignement médical. — *Cours pratiques* par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux libres, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes. — Deux séries par an : Série d'hiver, novembre et décembre; série d'été, mai et juin. La série d'hiver commencera le *2 novembre 1911. Dr Arnould : Chirurgie* pratique (12 leçons). — Dr Le Fur : Maladies des voies urinaires (12 leçons). — Dr Leudet : Gynécologie (10 leçons). — Dr Pierra : Pratique obstétricale (12 leçons). — Dr Mayet : Chirurgie infantile et orthopédie (12 leçons). — Dr D'Ayrenx : Pratique ophtalmologique (10 leçons). — Drs Cauzard et Faseuille : Oto-rhino-laryngologie (12 leçons). — Dr Réal : Chirurgie dentaire et soins de la bouche (6 leçons). — Dr F. de Grandmaison de Bruno : Clinique thérapeutique pratique, hygiène alimentaire (12 leçons). — Dr Meslay : Pathologie infantile (7 leçons), Diphtérie (diagnostic et traitement). Dr Roger : Puériculture. — Dr Lenglet : Maladies de la peau (8 leçons). — Dr André Thomas : Maladies du système nerveux (8 leçons). — Dr Fleig : Radiologie. Radiothérapie (5 leçons). — Dr De Laquerrière : Electrothérapie (8 leçons). — Dr Dubois de Saujon : Hydrothérapie et physiothérapie (3 leçons). — Dr Debonnesset : Massage (6 leçons). — Dr Lorrain : Méthodes générales de laboratoire (12 leçons). — Dr Philippe Rondeau : Accidents du travail.

Des conférences sur des questions d'actualité médicale et chirurgicale seront faites en outre pendant chaque série. Tout ces cours se font avec démonstrations pratiques, présentations de malades et d'instruments. Les élèves sont exercés individuellement à la pratique des opérations courantes. Un programme détaillé de chaque cours se trouve au siège de l'Association, 18, rue du Luxembourg.

L'Enseignement pratique a lieu dans les Policliniques de l'enseignement médical complémentaire, et dans divers hôpitaux (St-Joseph, St-François). Droits d'inscription : 25 francs pour 1 cours, 35 francs pour 2 cours, 50 francs pour l'ensemble des cours.

Un droit de 10 francs sera perçu en plus pour les

manœuvres obstétricales, pour les travaux pratiques de radiologie ou ceux de laboratoire. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'école de l'enseignement médical, 18, rue du Luxembourg, tous les jours, le dimanche excepté, de 2 heures à 6 heures.

— **La médecine à la portée de tous.** — *Propos du docteur.* — Sous ladite rubrique, en un quotidien, cueillie la perle que voici (nous l'enchâssons sans toilette ou polissage préalables) :

« *Contre la migraine.* — Pour guérir la migraine, il suffit de faire dissoudre trois ou quatre morceaux d'acide nitrique de la grosseur d'un pois dans de l'eau, et de boire cette solution qui a le goût de la limonade. Une heure après la guérison est opérée. »

Soyons bon prince, et admettons que c'est une vulgaire coquille. Mais un de ces vulgarisateurs n'a-t-il pas été condamné récemment pour avoir imprimé 15 grammes (au lieu de gouttes) d'ammoniaque dans une formule de potion destinée à dissiper les fumées de l'alcool, et qui, exécutée telle quelle par un potard et avalée par un pochard, détermina l'ascension immédiate de l'âme d'icelui vers les vignes du Seigneur (les vraies cette fois) ?

Mais quel potard nous dénichera, à deux sous pièce, les cristaux d'acide nitrique gros comme des pois ?

(*Belg. méd*).

— **Un procès curieux.**— La Cour de cassation autrichienne, confirmant un jugement de la Cour de Klagenfurt, a exprimé dans une série de considérants l'opinion que celui qui déconseille une opération chirurgicale, alors que le médecin traitant a déclaré celle-ci absolument nécessaire, commet un délit tendant à compromettre l'existence d'un tiers.

Il s'agissait, dans le cas particulier, d'un malade soigné à domicile pour une blessure du pied. La gangrène étant survenue, le médecin traitant déclara que le seul moyen pour le malade d'échapper à la mort, était de subir l'amputation du pied. Le patient consentit, mais revint ensuite sur sa décision, un ami lui ayant conseillé l'abstention. Les prévisions du médecin s'accomplirent et le malade mourut : le procureur général accusa alors l'ami qui avait donné le funeste conseil de s'abstenir *d'avoir compromis l'existence d'un tiers.*

L'inculpé, condamné en première instance, intenta une action en cassation.

La Cour, considérant que l'appelant avait exercé une pression sur la volonté du blessé à un moment où ce dernier pouvait être sauvé, confirma l'arrêt des premiers juges.

La Cour a retenu comme circonstance particulièrement aggravante le fait que l'appelant savait très bien que le médecin traitant avait déclaré l'amputation comme le seul moyen de sauver le malade.

(*Revue de Thérap.*)

La question des Gardes-Malades pour les indigents au Congrès de Nantes. — Nous avisons nos lecteurs que l'article que nous avons publié sous le titre : « *La garde-malade visiteuse des pauvres au Congrès de Nantes* » signé des initiales A. E. H. nous a été adressé par son auteur, Mlle le Dr Hamilton, la distinguée directrice de l'Ecole hospitalière des gardes-malades de Bordeaux et que cet article était aussi destiné à : *La garde-malade hospitalière* (*La Nurse française*) qui est l'intéressante revue des Ecoles de gardes-malades instituées selon le système de Florence Nightingale.

N. D. L. R.

— **Hôpital Laënnec.** — Sous la direction de M. Legueu, chef de service, M. Papin, assistant d'urologie, fera, dans le courant de l'année 1911-1912, une série de cours en dix leçons de cystoscopie et de cathétérisme des uretères.

L'enseignement sera exclusivement technique et pratique. Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

La première série commencera le mardi 7 novembre, à 4 heures et demie du soir et continuera, à la même heure, les jeudi et samedi de chaque semaine.

Le nombre des élèves étant limité, on est prié de se faire inscrire d'avance dans le service.

— **Médecins sanitaires maritimes.** — La Société générale de transports maritimes à vapeur, 70, rue de la République, à Marseille, demande des médecins sanitaires maritimes.

Le traitement est de 250 francs par mois en Méditerranée, ligne de Marseille à Oran ; sur la ligne du Brésil ; 300 francs la première année, 325 francs la deuxième année, 350 francs la troisième année, 400 francs les autres années ; plus une gratification annuelle égale à un mois de solde.

S'adresser à M. le Dr Nicolas, chef du service médical de la Société générale des transports maritimes à vapeur, à Marseille.

— **Un médecin aviateur.**— Le Dr Reymond, sénateur de la Loire, un ami du *Concours*, grand partisan de l'aéroplane, qu'il dirige avec l'habileté consommée d'un pilote de carrière, vient de visiter sa circonscription électorale en utilisant ce mode de transport.

N'est-il pas vrai que la médecine mène à tout ?

— **La conservation des œufs.** — Pour faire suite aux articles qui ont paru sur ce sujet dans le corps du journal.

La méthode de conservation des œufs après stérilisation a été réalisée industriellement par la Société pour l'industrie du froid de Courtrai.

M. l'ingénieur Eveaert, directeur, nous donne les indications suivantes sur le procédé employé :

La stérilisation consiste, après l'action du vide sous pression, à entourer l'œuf d'une atmosphère d'acide carbonique et d'azote dans des proportions déterminées. La réussite de cette méthode a été constatée par l'examen bactériologique fait au laboratoire communal de Gand.

Alors que dans les œufs très frais (on trouve des bacilles dangereux : Gaettner, Eberth, coli et genres voisins), les œufs ainsi traités ont été reconnus stériles après 10 mois. Au point de vue du goût et de l'odeur, il n'y a pas de modification appréciable.

L'avantage du procédé est de faire disparaître les micro-organismes, de conserver le goût naturel de l'œuf en évitant les oxydations qui se produisent dans l'intérieur et d'éviter l'évaporation. Telles sont les quelques remarques suscitées par la lecture d'un article du Dr Miramond de la Roquette qui renseigne sur ce procédé, mais ignorait peut être encore sa réalisation industrielle à l'usine de Courtrai.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 45 Dimanche 5 NOVEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

AVIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES
du « CONCOURS MÉDICAL » et de ses filiales (19 novembre 1911)

Nos Assemblées générales annuelles auront lieu :

Le **Dimanche 19 novembre 1911**, dans les salons du *Restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 2 *heures précises*, Assemblée générale de la **Mutualité familiale du Corps Médical**.

A 3 *heures 1/2*, Assemblée extraordinaire et assemblée ordinaire de la **Société Civile du Concours Médical** ;

A 4 *heures 1/2*, Assemblée générale du **Sou Médical**.

Le **Banquet** commun aura lieu, à 7 heures, au *Restaurant Marguery*. La cotisation, payable à l'entrée, est de **15 francs**, la Société civile du Concours prenant à sa charge le supplément des frais.

Prière d'aviser de sa présence, *autant que possible* **avant le 15 novembre**, en vue des dispositions à prendre et pour éviter de n'être pas admis faute de place.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

SOU MÉDICAL

SÉANCE PRÉPARATOIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Rapport du Secrétariat général.

L'événement le plus considérable que nous ayons à enregistrer cette année, pour la bonne marche de notre Société, est l'accroissement du nombre des adhérents du « Sou Médical » ?

Au premier novembre 1910, le dernier confrère admis avait le n° 1873 ; aujourd'hui, le dernier n° donné est 2451. Nous avons donc eu 578 adhérents nouveaux, autrement dit, notre Ligue s'est accrue du quart. Et encore avons-nous, dans nos cartons, l'adhésion de nombreux confrères pour 1912.

A quoi tient ce résultat ? D'une part, à la propagande de plus en plus active faite sur place, au cours des voyages qu'ont accomplis certains membres du Conseil de Direction du *Concours*.

Combien productive était la démonstration à domicile des avantages que tout adhérent peut retirer du « Sou » : protection individuelle, conseils juridiques donnés par des avocats spécialistes ; appui moral, documents de jurisprudence, ligne de conduite à tenir, appui pécuniaire, tant pour payer les frais du procès que pour acquitter les dommages-intérêts que pourrait avoir à solder le médecin : voilà ce que nous exposions à nos confrères et voilà ce qui les engageait à se garantir contre les ennuis de tous les jours.

Aussi, abondante était notre moisson, parce que nos auditeurs se rendaient compte qu'à côté du syndicat chargé de la défense des intérêts collectifs locaux, devait se trouver un syndicat pour la défense des intérêts individuels, syndicat puissant par le nombre et par l'argent, pour pouvoir faire les frais devant toutes les juridictions.

Nos confrères voyaient aussi les avantages de l'attaque dans la défense ; ils comprenaient que, dans un procès de responsabilité professionnelle, par exemple, il ne suffit pas de se défendre ; mais bien au contraire il faut attaquer l'adversaire, pour l'exemple à donner et, par une demande reconventionnelle, enlever aux autres le goût d'attaquer les médecins. Et beaucoup nous félicitaient de cette manière de faire qui différencie tant le « Sou » des compagnies d'assurances, lesquelles s'appliquent plus à sauvegarder l'intégrité de leur caisse qu'à maintenir l'intégrité du renom et du prestige médical.

Mais, passons sur ce sujet, car depuis longtemps, nos confrères savent à quoi s'en tenir sur le peu de garantie qu'ils peuvent retirer d'une police d'assurance contre les risques de la responsabilité professionnelle, si elle est prise en dehors du « Sou Médical ».

Un second facteur de l'accroissement considérable de nos membres provient de la manière dont nous comprenons la défense individuelle du praticien. Dans toutes nos conférences et causeries, en province, dans tous nos écrits, toujours nous avons adjuré nos adhérents de profiter de leur affiliation au « Sou », en nous exposant tous les litiges qui leur portent préjudice. Pourquoi faire le poing dans sa poche, pourquoi se courber devant la superbe ou l'insolence de certains clients ou des collectivités, lorsque le « Sou », toujours combatif, ne demande qu'à guider le médecin et à le soutenir envers et contre tous ?

Avec un soin jaloux, nous avons étudié les cas particuliers qui nous ont été soumis, donnant tous avis autorisés, et conseillant ou déconseillant l'action judiciaire.

Puis, dans certains cas, nous avons tenu à faire préciser sur quelque point une jurisprudence jusqu'alors muette ou inconstante.

Enfin, il nous est arrivé parfois de pousser un procès, mauvais en droit, mais juste en fait, pour pouvoir prouver aux adversaires du corps médical que si, en particulier, le médecin est un homme trop honnête, qui ignore la mauvaise foi et qui se laisse trop facilement rouler, la Ligue de défense professionnelle, qui s'appelle le « Sou médical » entend faire respecter ses adhérents et ne recule, pour cela faire, devant aucun sacrifice pécuniaire. A telle enseigne que l'on commence à nous connaître et que certains procès ont avorté dans l'œuf, lorsqu'on a su que, derrière le médecin que l'on allait poursuivre, se dressait le peu commode « Sou médical ».

Inutile de dire que c'est l'application de la loi sur les accidents du travail qui fournit la plus grosse part de nos procès médicaux. Le médecin a-t-il droit au *cumul* du prix de la visite et de celui du pansement ou du massage ? Voilà ce que nous avons demandé, avec succès, devant trois justices de paix, deux tribunaux d'appel ; nous sommes en cassation, pour faire fixer définitivement ce point, qui est actuellement à notre avantage.

Après consolidation de la blessure, le praticien peut-il réclamer au patron les honoraires des soins qu'il a donnés à l'ouvrier insuffisamment guéri ? Oui, nous a répondu un juge de paix. Non, dit un tribunal d'appel.

Le tarif Dubief n'est pas limitatif, mais énonciatif, vient de nous déclarer la Cour de cassation. Cet arrêt corrobore les jugements que nous avions obtenus, en première instance et en appel, permettant au médecin radiographe de pouvoir réclamer des honoraires pour examens faits sur un blessé du travail.

Quelle définition exacte donner à l'accident du travail ? L'examen précis de la cause et du moment de l'accident ont permis à des juges de paix, des tribunaux et même à la Cour de cassation, de faire rentrer parmi les accidents, des affections que les compagnies prétendaient n'être que de simples maladies.

Le tarif Dubief est-il imposable au médecin ; en d'autres termes, celui-ci est-il en droit de demander, à la victime d'un accident, un complément d'honoraires, lorsque le praticien estime insuffisante la rémunération qu'il touchera du patron, selon le tarif ministériel ? Voici la question que nous venons de soumettre à la Cour de Cassation.

Tenez bien vos livres, confrères. Un tribunal vient de déclarer que *les livres du médecin* et les registres à souche qu'il tient *font foi en justice*, lorsqu'ils sont correctement et régulièrement l'expression du travail journalier professionnel.

Une Cour d'appel a reconnu notre droit à la tierce opposition contre un jugement qui, *arbitrairement, fixait*, pour accident du travail, *les honoraires* d'un médecin, qui n'avait pas été partie au procès. Mais, d'ailleurs, il a été reconnu et proclamé au procès que le procédé le plus pratique et le moins coûteux est de repousser l'exception de chose jugée qu'on oppose en pareil cas au médecin. Et en cas d'échec, le

« Sou médical » est décidé à saisir la Cour de Cassation par un pourvoi contre tout jugement qui admettrait la chose jugée au mépris de toutes les règles du droit.

Nous sommes en appel pour savoir si un médecin *envers lequel un chef d'entreprise a pris des engagements* peut poursuivre ce chef d'entreprise selon les règles du droit commun, c'est-à-dire par une citation globale pour les honoraires qui sont dus, avec prescription de deux ans.

Puis, au cours de cette année, nous avons eu à soutenir plusieurs procès pour la fameuse question des honoraires pour *blessés du travail, hospitalisés. Un chirurgien* étranger à l'hôpital et appelé par le médecin de l'établissement a-t-il droit à des honoraires ? Jugement favorable frappé d'appel par nos adversaires.

Un accidenté du travail soigné dans une *salle payante d'hôpital* doit être considéré comme placé dans une clinique privée. Donc le médecin est en droit de réclamer ses honoraires au patron.

Quatre jugements de paix, dont un frappé d'appel, viennent s'ajouter à celui rendu, en ce sens, en 1909, à Confolens.

Allant plus loin, nous soutenons un de nos adhérents auquel une Compagnie d'assurances fait le reproche d'avoir racolé un blessé, alors que le praticien n'a fait que détourner la victime d'aller se faire soigner au dispensaire de la Compagnie.

Contre le parti pris de certains juges, qui se laissent influencer par les arguments des assureurs et interprètent d'une façon par trop fantaisiste la loi de 1898, nous avons soutenu deux de nos confrères, dont l'un en correctionnelle, puis en cour d'appel ; quant à l'autre, nous avons, en son nom, déposé une plainte entre les mains du Garde des Sceaux, contre le magistrat d'intégrité douteuse.

Prenez garde, confrères, aux contrats que vous pouvez signer avec les *communes qui vous subventionnent*. Une Compagnie d'assurances nous force à plaider parce qu'elle se refuse à payer un médecin, sous prétexte que celui-ci doit soigner gratuitement tous les malades d'une commune.

En matière d'accidents du travail, le « Sou » n'a donc pas chômé, et nous laissons de côté la nombreuse correspondance à laquelle nous avons dû répondre. C'est ainsi que, du 16 janvier 1911 au 16 octobre, nous avons reçu 2211 lettres, auxquelles nous avons répondu.

Mais, à côté des succès que nous avons enregistrés, nous avons à signaler de gros échecs. La Cour de Cassation, par ce temps de sabotage, a trop tendance à s'éviter du travail et à écarter tous recours possibles. C'est ainsi qu'elle vient de rendre un arrêt nous refusant le droit d'avoir un recours en cassation contre les jugements des juges de paix rendus en dernier ressort. Nous voilà donc soumis à supporter, sans recours possibles, des jugements rendus par certains magistrats de rencontre, politiciens, maires ou autres, n'ayant aucune culture, ni diplôme juridique, gens à rancunes électorales, et à parti-pris, parfois sous la dépendance de leurs greffiers, agents de compagnies d'assurances.

La Cour suprême nous interdit encore de demander des dommages-intérêts, en portant la demande à une somme supérieure à 300 francs, de manière à rendre le jugement susceptible d'appel, et cela seulement en matière d'honoraires pour accidents du travail, alors que pour tout autre litige cela est permis.

Enfin, envoyez rapidement vos notes : pour les accidents du travail, c'est par un an, et non par deux, que se prescrivent nos honoraires, parce que, d'après la Cour de cassation, la loi de 1898 doit être considérée comme une loi d'exception, dérogeant, même à l'égard des médecins, aux règles ordinaires de la prescription.

Malgré ces échecs, nous continuons quand même la bataille, en vous priant, chers confrères, de nous envoyer tous vos cas litigieux.

Mais, notre combativité n'a pas été mise à l'épreuve pour les seuls accidents du travail.

Pour les *honoraires d'assistance médicale gratuite* quelle est la juridiction compétente, demandons-nous au Conseil d'Etat, puisque deux conseils de préfecture viennent de décliner la connaissance de ces conflits ? Cette question de compétence n'a pas été prévue par le législateur et c'est le « Sou médical » qui le premier va forcer le Conseil d'Etat à la solutionner.

Guerre aux illégaux. — Nous avons aidé notre ami Levassort dans la campagne ardue et ingrate qu'il mène si courageusement. Nous avons même donné l'occasion à deux syndicats adhérents au « Sou » de poursuivre des rebouteurs ; dans un cas, le syndicat a pu obtenir des dommages-intérêts au grand profit de sa caisse.

Nous sommes allés, soit au ministère de l'Intérieur soit en Conseil d'Etat pour soutenir certains de nos adhérents, *révoqués par une commission hospitalière.*

Nous sommes intervenus avec succès, en première instance et en appel, pour faire délivrer de leurs engagements de malheureux confrères, séduits par d'alléchantes promesses. *Une compagnie d'assurances* leur promettait, contre la signature d'une police, l'*exclusivité des soins à donner* aux assurés de la région. *Les médecins ont bien vu régulièrement venir* les quittances à payer, mais de clients, point.

Nous ne supportons pas non plus que le médecin soit *diffamé et attaqué dans sa considération. Nous* avons été heureux de faire condamner les calomniateurs.

Egalement mis en verve par le fameux procès, qui depuis des années *se déroule devant toutes les juridictions*, malgré les 8 billets de mille que nous avons déjà sortis de notre caisse, nous n'admettons pas que le médecin puisse être molesté, en tant que médecin, pour ses *opinions politiques*, qu'il a le droit d'avoir comme tout citoyen français, surtout par un confrère, que les hasards de la politique ont porté à la tête de la municipalité d'une grande ville. Nous avons dû prendre la défense d'un confrère révoqué arbitrairement, puis de plusieurs autres contre un maire tyranneau de village ; nous venons encore de former un pourvoi en Conseil d'Etat pour forcer une commune à respecter ses engagements.

L'honneur du praticien nous est aussi cher que sa situation matérielle et malheur à celui qui y touche. Quand le praticien lésé a eu la prudence de s'affilier au « Sou médical », nous nous plaçons aux côtés de celui que l'on croit être un isolé et nous acceptons la lutte judiciaire avec tous ses aléas et tous ses frais ; jusqu'à présent, nous avons toujours eu la victoire.

Un genre de procès qui nous est de plus en plus soumis, tient à la fameuse question de la *responsabilité professionnelle*. Un client, peu pressé de payer, menace le médecin, ou demande l'assistance judiciaire pour le poursuivre. Jusqu'à présent, sauf dans quatre cas, cette année, nos adversaires ont reculé devant le procès, ou n'ont pas obtenu l'assistance judiciaire, grâce à nos efforts, ou se sont heurtés à un non-lieu de la part du *magistrat enquêteur*, éclairé par nos soins.

Dans trois procès qui ont eu lieu, trois fois nous avons eu gain de cause et n'avons eu qu'à payer les honoraires des avocats qui ont défendu nos adhérents. Le quatrième procès est en cours et nous avons le ferme espoir du succès.



Loin d'accepter une transaction, nous avons toujours voulu plaider, — pour que le médecin, ni ses voisins immédiats, ne puissent souffrir de tout arrangement qui pourrait être interprété comme un aveu de culpabilité et comme une faiblesse. Rien ne sert d'être garanti contre 20.000 ou 50.000 francs. Bazy, grand chirurgien, n'a été condamné qu'à 5.000 et encore aurait-il eu gain de cause s'il avait su que le « Sou » enrôle même les chirurgiens des hôpitaux.

La *conclusion* de ce rapport est facile à tirer. Notre succès de recrutement vient de ce que nous sommes allés sur place démontrer aux confrères la nécessité de se grouper pour avoir la force et l'argent. Médecins, nous comprenons en médecins les difficultés que nous soumettent les adhérents ; en médecins nous discutons le litige avec nos avocats-conseils, eux plaidant le droit, nous le fait. C'est dans cette union intime de la science juridique et de la pratique médicale que réside notre force, et c'est par elle que nous allons presque à coup sûr à la victoire. Mais, si le secrétariat général, composé d'un licencié en droit et d'un médecin, débrouille pas mal de petites affaires, il est heureux de rendre un hommage public au zèle, au dévouement et à la compétence des hommes instruits qui forment le conseil juridique du « Sou ». Vous les connaissez tous et les noms de Me Gatineau, de Me Auger et de Me Mornard sont sur toutes vos lèvres. Remercions ces spécialistes du droit médical : c'est grâce à eux que nous pouvons faire respecter le praticien.

Et maintenant, chers confrères, si vous êtes contents de nos services, amenez-nous des adhérents pour le plus grand bien des intérêts professionnels.

J. Dumesny, Dr Boudin.

Rapport du trésorier

Messieurs et chers confrères,

'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical », pour l'année 1910.

Le nombre des membres qui, pendant cette année, ont cotisé régulièrement s'est élevé à 1.740, en progression sensible sur l'année précédente qui accusait seulement 1455 membres. Vous verrez que l'année 1911 donne une augmentation beaucoup plus considérable — au 30 septembre 1911 nous sommes 2.219. — ce qui montre que le médecin comprend mieux le danger de l'isolement en face des collectivités sans cesse grandissantes et apprécie de plus en plus les services rendus par le « Sou médical ».

Recettes.

Les recettes de l'année 1910 se sont élevées à 37.752 fr. 75, savoir :

Cotisations	33.009 »
Intérêts	913 80
Dons	281 90
Recouvrements	422 90
Remboursements	12 85
Divers	149 80
	34.790 25
Pour ordre :	
Remboursements de valeurs	2.962 50
Total	37.752 75

Les dépenses, par contre, se sont élevées à :

1° Administration :		
Poste	312 25	
Timbres quittances	143 70	
Recouvrements et rappels	10 25	
Trésorier	1.200 »	
Frais de banque	9 80	
Matériel	200 75	
Impressions	333 »	
Divers	104 85	2.464 60
2° Secrétariat général		4.200 »
3° Service des accidents du travail		3.200 »
4° Services judiciaires		15.744 50
5° Indemnités de déplacement pour réunions hebdomadaires		1.200 »
6° Frais de défense professionnelle générale		1.325 »
7° Frais de propagande		621 65
8° Dépenses sur fonds secrets		459 70
		29.215 45
Versements à la Caisse de responsabilité civile :		
Cotisations	3.480 »	
Valeurs remboursées	2.962 50	
Solde des sommes dues par la caisse générale à la caisse de garantie	2.861 90	9.304 40
Total		37.577 95

Balance des comptes.

Si au total des recettes de 1910	37.752 75
On ajoute les espèces restant à la caisse générale au 31 décembre	4.988 28
On trouve	42.741 03
Et si l'on retranche les dépenses de 1910	37.757 95
Il reste	4.121 18

Espèces déposées à la Société générale.

Caisse de garantie.

La Caisse de garantie, au 31 décembre 1909, possédait		29.578 »
Elle a encaissé :		
Pour 1740 cotisations	3.480 »	
Boni sur valeurs remboursées	382 50	3.862 50
		33.440 50
Elle a versé pour indemnité à un sociétaire		2.000 »
Il lui reste		31.440 50

Somme représentée par :

Portefeuille

10 obligations ouest 3 % nouvelles	4.597 10	
10 obligations gouvernement général de Madagascar	4.637 50	
22 obligations ouest-algérien 3 %	9.508 05	
20 obligations Dauphiné 3 %	8.700 25	27.442 90
Espèces à la Société générale		3.997 60
Total égal		31.440 50

Situation générale au 31 décembre 1910 :

Portefeuille :

15 obligations chemin de fer P.L.M. 2,5 %		6.207 75
10 obligations chemin de fer Ouest 3 % nouvelles		4.597 10
10 obligations gouvernement général de Madagascar 3 %		4.637 50
22 obligations chemin de fer ouest-algérien 3 %		9.508 05
20 obligations chemin de fer Dauphiné 3 %		8.700 25
		33.650 65
Espèces à la Société générale	10.081 38	
Moins dû au trésorier au 31 décembre 1910	1.962 60	8.118 78
Total		41.769 43

Ainsi répartis :

	Portefeuille	Esp s.
Caisse générale	6.027 75	4.121 18
Caisse de garantie	27.442 90	3.997 60
	33.650 65	8.118 73
	33.650 65	8.118 78
Caisse générale	10.328 93	
Caisse de garantie.......	31.440 50	
	41.769 43	

Jusqu'à présent, les espèces appartenant à la Caisse générale et à la Caisse de garantie n'avaient pas été séparées d'une manière assez complète et cette dernière restait toujours créancière de la Caisse générale ; il n'en sera plus de même dorénavant : la liquidation a été effectivement opérée et chacune des caisses aura son compte absolument distinct.

En terminant, j'insisterai encore sur les grands services rendus par le « Sou Médical » et sur sa situation prospère qui lui permet d'envisager toutes les éventualités.

Le Trésorier :
A. GASSOT.

PROPOS DU JOUR

Une règle de la vieille déontologie en défaut. — Le Cabinet du médecin terrain neutre et l'examen des accidentés du travail.

Après le Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale de 1900, le Comité d'organisation, transformé en Comité national permanent, fut chargé de rédiger un Code de déontologie. Un avant-projet fut mis sur pied et dut être abandonné, car au cours des discussions que suscita son examen, on ne tarda pas à s'apercevoir que la déontologie médicale était, comme la politesse et mille autres conventions sociales, variable avec les mœurs, et que chaque pays, chaque région et même chaque quartier de grande ville nécessiteraient une codification spéciale.

Le code de déontologie dont l'élaboration avait été votée d'enthousiasme par le Congrès resta donc en épreuves et à l'état d'avant-projet. Quelqu'un s'en plaint-il à l'heure actuelle ?

Ce ne fut pas la première fois que les décisions solennellement prises dans des Congrès médicaux ne reçurent pas d'exécution, et ce ne sera pas sans doute encore la dernière fois !

Un fait récent, dû à l'application de la loi sur les accidents du travail, vient encore de mettre en discussion une règle de la vieille Déontologie jusqu'ici jugée intangible. Décidément, cette bonne vieille Déontologie, si honorée, sinon respectée de nos anciens, est destinée à se transformer, à se borner de plus en plus à l'examen d'espèces et à se résoudre dans la seule formule : *Ne fais pas à ton confrère ce que tu ne voudrais pas qu'il te fît.*

Le point de déontologie mis cette fois en litige est le fameux principe du *cabinet terrain neutre*, qui jusqu'à ce jour a été admis sans réserves.

Jusqu'à ce jour il a été admis qu'un médecin avait déontologiquement le devoir de refuser d'examiner un malade en cours de traitement, lorsque ce malade était alité ou gardait la chambre, mais que le même médecin avait parfaitement le droit d'examiner et de traiter le même malade quand le dit malade pouvait se rendre à son cabinet et venait y demander un conseil. Le cabinet médical était proclamé terrain neutre par nos meilleurs professeurs de déontologie médicale. Il y a là, avouons-le, quelque chose de paradoxal, dont nous ne nous expliquons pas parfaitement la raison, mais qui est entré dans les usages. Nous ne saurions admettre que cette règle n'ait été tout simplement établie que pour faciliter l'exercice des grands consultants, nos maîtres, en les dispensant de tout devoir envers les praticiens, quand les clients de ces derniers venaient chez eux et souvent en secret leur demander conseil. Quoi qu'il en soit, le principe du cabinet terrain neutre fut universellement admis. Il fut tempéré pour les consultants *corrects par la délicatesse, la prudence et la* bonne foi dont tout médecin ne devrait jamais se départir. Ces qualités, *il* est vrai, *suffisent* à elles seules le plus souvent, à éviter les conflits et remplacent avec avantage les meilleurs codes de déontologie.

Or, ce sacro-saint principe vient d'être mis en discussion à l'Association professionnelle des médecins de Rouen à propos de l'examen d'un accidenté du travail. Nous empruntons au compte-rendu de la séance du 30 juin 1911 de ce Syndicat, publié dans la *Normandie médicale*, du 15 juillet, l'exposé de cette délicate affaire par M. le Dr Seyer, rapporteur du jury syndical, institué pour l'examiner à la demande de tous les intéressés.

« MM. Bouju et Vallée reprochaient au Dr X... d'avoir contre-visité deux de leurs malades accidentés du travail et ce, sans les avoir prévenus au préalable.

Le Dr X... reconnaît avoir examiné le blessé dont parle M. Bouju, mais ce blessé a été amené chez lui, dans son cabinet, par le directeur de la Compagnie d'assurances. Ce blessé ne venait pas par force, mais — tout au moins il l'a affirmé au Dr X... — venait de son plein gré. Dans ces conditions, en croyant au dogme quasi-intangible de la neutralité du cabinet médical, le Dr X... n'a pas cru manquer aux règles de la déontologie en examinant le blessé. Il n'a pas davantage violé les prescriptions de la loi, puisque la loi, quand elle exige la présence du médecin traitant, vise le cas où le blessé refuse catégoriquement la contre-visite.

Inutile d'ajouter que le Dr X... a renvoyé son malade au Dr Bouju.

En ce qui concerne le cas du Dr Vallée, le Dr X... n'a rien à répondre, puisqu'il n'a jamais vu le blessé dont il s'agit.

Mais il déclare que la pratique qui lui est reprochée lui est habituelle, et que, de bonne foi, il n'a pas cru, en agissant ainsi, aller contre les règles admises jusqu'alors en ce qui concerne la neutralité du cabinet médical, et que d'ailleurs il serait heureux d'avoir à ce sujet l'opinion du Syndicat.

M. le Président remercie le Dr X... de ses explications et de la déférence qu'il a montrée envers le Syndicat, quoique n'en faisant pas partie ; mais si sa bonne foi n'est pas en cause, la question qui se pose reste entière ; elle dépasse les faits particuliers et doit être discutée d'un point de vue général.

M. Brunon se demande s'il est prudent de diminuer, même à propos d'espèces très particulières, la valeur absolue qu'avait jusqu'alors la loi de la neutralité du cabinet médical. Créer des exceptions, n'est-ce pas s'exposer à voir fléchir cette loi pourtant si nécessaire ?

M. Cerné répond que la loi sur les accidents du travail a créé des situations nouvelles. Que s'il n'est pas douteux qu'un médecin quelconque peut donner une consultation dans son cabinet à un accidenté du travail même en cours de traitement, *il n'en est peut-être pas de même du médecin d'assurances, parce que son cabinet n'est peut-être plus terrain neutre, et parce que, aussi, le malade ne vient pas spontanément.*

De la nécessité pour les Compagnies d'assurances de défendre leurs intérêts, surtout en ce qui touche les accidents du travail, est née la fonction de médecin d'assurances. Nul ne saurait contester la légitimité de cette fonction, ni suspecter l'indépendance de ceux qui la remplissent. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans ce cas, *le cabinet médical devient en quelque sorte une prolongation du cabinet de l'assureur* ; il perd son caractère personnel et devient le lieu où joue un rouage nécessaire de la Compagnie elle-même. Autrement dit, il perd en partie sa neutralité. Et ceci est si vrai, que l'apparence même des choses lui donne parfois ce caractère puisqu'il arrive souvent que le cabinet du médecin — en tant que médecin d'assurances — n'est plus au domicile même de celui-ci, mais au siège de la Compagnie. Il faut encore considérer que dans le cas de l'accidenté, sans aller jusqu'à prétendre que les blessés *sont amenés de force* au cabinet du médecin d'assurances, on peut prévoir la facilité d'une contrainte tout au moins morale. Le client ordinaire vient consulter un autre médecin parce que tel est son bon plaisir ; l'accidenté est dirigé vers le médecin d'assurances à telle enseigne qu'il est accompagné du directeur de la Compagnie ; il est, sinon contraint, tout au moins fortement suggestionné. D'ailleurs, si le malade désirait vraiment être soigné par le médecin de l'assurance, pourquoi ne l'aurait-il pas choisi primitivement ? Il paraît donc désirable, pour ces raisons, que les médecins d'assurances, faisant plus que ne demande la loi, plus que ne demandait l'ancienne déontologie, qui n'avait pu prévoir ces cas qui n'existaient pas, avertissent confraternellement le médecin traitant et examinent avec lui. Il convient aussi que cesse cette sorte d'animosité qui existe entre les médecins de ces deux catégories, le contrôle des uns par les autres étant la sauvegarde de tous.

M. Jude Hue appuie les observations de M. Cerné et fait remarquer que si la loi n'exige pas la présence du médecin traitant dans le cas de consultation, il est bien dans son esprit que cette présence est préférable « de manière, dit la circulaire ministérielle du 3 mai 1905, que l'ouvrier, fort de la présence de son médecin, puisse toujours se trouver à l'abri de toute ingérence dans son traitement comme de toute intimidation volontaire ou involontaire sur son esprit ».

La façon du docteur X... de comprendre et d'appliquer la neutralité intangible et absolue que nous réclamons tous pour notre cabinet, mise ainsi systématiquement au service des Compagnies d'assurances contre les accidents, n'a pas eu l'approbation de la majorité des membres du jury. La question est nouvelle et délicate et le bureau vous propose, mes chers collègues, d'en remettre l'étude à une Commission composée des membres du Syndicat, anciens présidents : les Drs Brunon, Cauchois, Cerné, Debout, Merry-Delabost, Jude Hue, Jeanne, Lainey. Cette Commission vous soumettra un rapport et des conclusions sur lesquelles vous pourrez discuter et voter.

***

Après lecture de ce compte rendu de M. le Dr Seyer, le Syndicat décida de nommer une commission chargée d'étudier et de trancher cette question, Commission composée des anciens présidents. Elle se réunit les 5 et 11 juillet et MM. Brunon, C. Cauchois, Cerné, Debout, Merry-Delabost, Jeanne, Lainey et Jude Hue en faisaient partie. Les conclusions de cette Commission furent exposées dans un rapport par M. Merry Delabost, rapport que nous croyons intéressant de reproduire :

« A propos d'un fait litigieux porté devant l'Association professionnelle des Médecins de Rouen, et dont la solution intéresse tout le corps médical, mais plus particulièrement les médecins qui ont soigné les accidentés du travail, le Président, M. le Dr Jude Hue, a réuni les anciens Présidents de cette Société dans le but d'examiner d'abord l'importante question de déontologie : la neutralité du cabinet de consultations du médecin ; puis la question litigieuse soumise à l'Association.

En ce qui concerne la première question, nous estimons que le cabinet de consultations est un terrain neutre où le médecin a le droit de recevoir d'autres clients que les siens propres, voire même des malades en cours de traitement sous la direction d'un confrère et de formuler (avec la réserve que comportent une bonne éducation et le *respect de la profession)* son avis sur le diagnostic, le pronostic, le traitement de l'affection au sujet de laquelle il est consulté.

Nous estimons cependant que ce droit a des limites, *limites que la conscience du médecin devra lui tracer plus sûrement que des règles écrites*, mais qui, d'une manière générale, peuvent être déterminées par la volonté du malade et l'intérêt supérieur de sa santé.

L'autre question se rapporte aux accidents du travail. Des membres de l'Association se sont plaints de ce que les prescriptions des lois des 9 avril 1898, 22 mars 1902 et 31 mars 1905 auraient été transgressées ; des accidentés du travail, auxquels ils donnaient leurs soins, auraient été soumis, *en dehors de leur présence*, à des examens pratiqués par un médecin désigné par une compagnie d'assurances.

Le médecin de l'assurance reconnaît l'exactitude des faits, mais allègue qu'il n'a examiné ces blessés que dans son cabinet de consultations, où il estime qu'il a le droit absolu de les recevoir et examiner hors la présence de leurs médecins traitants.

Voyons ce que dit la loi à ce sujet :

« La victime de l'accident peut toujours faire choix « elle-même de son médecin..... Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge « de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état « de la victime. Cette désignation, dûment visée par le « juge de paix, donnera au dit médecin *accès hebdomadaire* auprès de la victime, *en présence du médecin « traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.* »

Une circulaire ministérielle du 3 mai 1905 précise encore davantage les exigences de la loi et les raisons qui en ont dicté les termes. Elle dit que « le médecin « ainsi désigné n'a pas le caractère d'un médecin-expert, qu'il ne peut s'immiscer dans les soins donnés à « l'ouvrier par le médecin de son choix..... que le « législateur a pris soin de subordonner ses visites au « visa préalable du juge de paix, d'autoriser seulement

« une visite hebdomadaire et de réserver expressé-« ment la présence du médecin traitant, dûment pré-« venu de cette visite deux jours à l'avance par lettre « recommandée, de manière que l'ouvrier, *fort de la « présence de son médecin, puisse* TOUJOURS se trou-« ver à l'abri de toute ingérence dans son traitement, « comme de toute INTIMIDATION volontaire ou invo-« lontaire sur son esprit. »

Ces dernières lignes ne sauraient laisser subsister aucun doute sur l'esprit de la loi.

Le chef d'entreprise, ou l'assurance qui lui est substituée, a un droit de contrôle indéniable, mais ce contrôle ne peut s'exercer que dans des conditions parfaitement déterminées, et il est bien évident que les Compagnies d'assurances qui, profitant de ce qu'un blessé est en état de marcher, le dirigent chez un médecin autre que celui qu'il a choisi, pour le faire examiner hors la présence de ce dernier, violent les prescriptions légales en privant la victime de l'appui que la loi a expressément entendu lui réserver.

Quant au médecin du patron ou de l'assurance qui, *en vue du contrôle*, consent à examiner — peu importe en quel lieu — le blessé en dehors de la présence de son médecin traitant, il nous paraît commettre une erreur au point de vue légal.

Conclusions : 1° Le cabinet de consultations est un terrain neutre où, dans les limites dont il a été parlé plus haut, le médecin a le droit de recevoir des personnes étrangères à sa clientèle, de les examiner et de leur donner des conseils médicaux ;

2° En ce qui concerne les accidentés du travail, la question peut se présenter sous deux points de vue différents :

D'une part, un blessé a toujours le droit d'aller, *de sa propre volonté*, CONSULTER un médecin quel qu'il soit, fût-ce celui du patron ou de l'assurance ;

Mais d'autre part, si un blessé est adressé à ce dernier médecin dans un but de CONTROLE et afin que le patron ou l'assureur soient renseignés sur son état, nous considérons que l'examen ne peut, *en aucun cas*, avoir lieu sans que le médecin traitant y ait été convoqué, sous les formes prescrites par la loi.

***

Les conclusions du rapport de M. le Dr Merry-Delabost furent adoptées à l'unanimité par le Syndicat de Rouen. Il fut décidé qu'elles seraient adressées à tous les médecins de la ville et de la circonscription syndicale, et aux directeurs des Compagnies d'assurances-accidents. Quant à nous dont l'opinion est dès longtemps connue, nous ne saurions ajouter aucun commentaire à ce rapport, et nous croyons utile de lui donner la plus large publicité.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur Pierre DELBET.

Abcès froid de l'abdomen.

Voici une malade entrée dans le service depuis quelques jours et dont l'histoire est intéressante. Elle est arrivée, nous disant qu'elle avait une grosse jambe qui la gênait. Et, effectivement, si nous la découvrons, nous trouvons, chez elle, le membre inférieur gauche notablement plus volumineux que le membre inférieur droit.

La patiente nous a raconté qu'ayant au pied un hallux valgus qui s'était enflammé, de la rougeur s'était produite à ce niveau. Il semblait donc, au premier abord, qu'il y avait eu lymphangite, accident fréquent vous le savez, et l'on était conduit à rattacher la tuméfaction du membre à des phénomènes infectieux. Cette opinion, toutefois, ne résistait pas à l'examen.

L'aspect du membre atteint rappelle un peu l'éléphantiasis. Vous n'ignorez pas que l'éléphantiasis, dit des Arabes, est considéré aujourd'hui comme une affection parasitaire, filarienne. Mais on observe de temps en temps dans notre pays, chez des malades qui n'ont pas voyagé, des lésions éléphantiasiques semblables à l'éléphantiasis des Arabes. Divers travaux ont été publiés d'où il résulterait que les oblitérations des voies lymphatiques, qu'elles qu'en soient les causes, peuvent produire l'éléphantiasis. De sorte que, à côté de l'éléphantiasis d'ordre filarien, il est d'autres éléphantiasis relevant de lésions lymphatiques. Chez notre malade, l'augmentation de volume du membre est régulière. Dans l'éléphantiasis, au contraire, on note sur la masse atteinte des sillons, le tout donnant l'apparence de gros bourrelets. Là, nous avons simplement une jambe volumineuse que l'on pourrait croire normale, si l'on n'avait pas le côté opposé comme terme de comparaison. Eloignant l'idée d'éléphantiasis, nous devions chercher autre chose.

Considérez, sur le membre malade de cette jeune fille, le développement manifeste du réseau veineux superficiel, de la cuisse et de la jambe. On a l'impression de troubles de la circulation veineuse plutôt que de troubles de la circulation lymphatique. Lorsqu'on touche la peau, on constate une température certainement plus élevée que celle du côté opposé.

Nous avons été ainsi conduit à enquêter du côté des voies de retour du sang et à explorer l'abdomen. Nous fumes stupéfaits de trouver une tuméfaction énorme dont la patiente ignorait l'existence. Elle venait consulter simplement pour sa jambe, sans se douter de son affection abdominale.

C'est dire que le développement de cette lésion s'était fait sans douleur.

Nous allons rechercher à quelle affection abdominale nous avons affaire. Ce n'est peut-être pas très facile. La tumeur vient en haut jusqu'aux fausses côtes,en bas jusqu'à l'épine iliaque qu'elle déborde presque. A droite, elle dépasse la ligne médiane. De quoi s'agit-il ?

Une première chose à établir est la situation de la tumeur par rapport à l'intestin. Vous savez que les tumeurs du rein et de la loge rénale refoulent le côlon en avant ; elles sont rétro-péritonéales.C'est moins constant du côté droit que du côté gauche. Pour déterminer le siège du côlon, nous disposons de divers moyens et artifices. La palpation, d'abord. Dans certains cas, on sent nettement la corde formée par le côlon. Ici, la palpation ne donne pas grand'chose. La percussion, ensuite. Le côlon se révèle par une bande sonore. Ici, tout est mat, il n'y a aucun point sonore.Il peut se faire, il est vrai, que le côlon soit en avant et aplati. On fait, alors, l'insufflation du rectum avec une sonde rectale et une soufflerie à air. Dans notre cas, le côlon apparaît à droite et adhérent à la tumeur : un sillon se creuse en un endroit. Le côlon est sur la tumeur et lui adhère. Donc, nous avons affaire à une tumeur rétro-péritonéale, située sous le péritoine.

Ceci indique, d'abord, qu'il ne s'agit pas d'une rate. La rate est intra-péritonéale. D'ailleurs, les tumeurs spléniques ne descendent pas aussi bas. Nous n'avons pas, non plus, affaire à une tumeur du foie.

A l'examen bimanuel, on ne constate pas que la masse remplit complètement la fosse lombaire, comme le font habituellement les tumeurs rénales. Elle ne semble pas avoir pris naissance dans cette fosse.

La malade ne nous donne aucun renseignement sur le mode de développement (de haut en bas ou de bas en haut) de la lésion. Cependant l'évolution de la masse rétro-péritonéale paraît plutôt s'être faite de bas en haut.

Considérons la consistance, la forme et les connexions de la tumeur. Elle est régulière, de consistance semblable partout. Je cherche si elle est rénitente ou fluctuante. Je trouve une fluctuation nette ; donc la tumeur est liquide.

Quelles sont ses connexions ? A la partie inférieure, elle déborde légèrement l'arcade de Fallope, avec un prolongement du côté du pli de l'aine. Il est possible que ce prolongement soit de l'œdème, mais la différence entre les deux plis de l'aine est certaine.

Au toucher vaginal, le col est trouvé dévié à droite. Dans le cul-de-sac latéral, on constate une tuméfaction volumineuse se prolongeant en avant jusque contre le pubis, en dehors jusqu'à la paroi externe du bassin,en arrière dans le Douglas sans dépasser la ligne médiane. Par conséquent, il existe un prolongement pelvien volumineux, qui refoule l'utérus, d'une consistance élastique, rénitente.

Nous sommes en présence d'une énorme tumeur liquide occupant la moitié de la cavité abdominale. De quoi peut-il s'agir ? La tumeur étant manifestement liquide, nous éliminons toutes les néoplasies solides. Plusieurs hypothèses sont à envisager.

Une première hypothèse venant à l'esprit est celle d'hydronéphrose. On peut aussi penser au kyste hydatique, au kyste du ligament large, et à une dernière affection, la plus probable à mon avis, l'abcès froid.

Je n'ai pas parlé du kyste de l'ovaire. Celui-ci, en effet, est intra-péritonéal. Il ne refoule pas le côlon. Le kyste du pancréas fait une saillie en avant et n'a pas tendance à descendre.

Est-ce une hydronéphrose ? Ce n'est pas impossible. L'hydronéphrose se développe volontiers insidieusement. Mais la tumeur ne remplit pas la fosse lombaire et elle n'a pas là son maximum. L'hypothèse de tumeur de la loge rénale n'est pas à rejeter absolument ; cependant, elle n'est pas très vraisemblable. Nous n'avons pas encore les éléments nécessaires pour juger. Nous aurons à faire, pour nous guider, un examen cystoscopique et un cathétérisme de l'uretère pour voir si l'uretère de ce côté fonctionne. Je le répète, toutefois, l'hypothèse d'hydronéphrose n'est guère vraisemblable.

Est-ce un kyste hydatique ? Le foie, ni la rate, ne sont en cause. Il s'agirait, dès lors, d'un kyste hydatique un peu exceptionnel, par exemple un kyste hydatique du tissu cellulaire, sous-péritonéal. C'est possible, mais je n'y crois pas. On fera la réaction de Weinberg pour nous éclairer. Je n'ai pas voulu attendre les renseignements complets. J'estime que la discussion de ce cas, placé sur le terrain purement clinique, est pour nous plus intéressante que si je vous présentais un diagnostic confirmé d'emblée par toutes les méthodes de laboratoire et autres dont nous disposons. Je cherche ici, pour vous, non un diagnostic, mais un enseignement. De par la clinique ancienne, donc, vous devez penser au kyste hydatique, sans vous y arrêter. Rien ne permet de porter un tel diagnostic. Il n'existe pas de frémissement. Je sais bien que ce n'est pas une raison de rejeter l'idée de kyste hydatique. Ce signe est rare et je ne l'ai rencontré que deux fois dans mon existence. La tumeur que nous examinons est de forme irrégulière, alors que d'habitude, les kystes hydatiques sont réguliers, se rapprochant de la sphéricité. D'autre part, petits ou volumineux, ces kystes sont tendus et on ne trouve pas chez eux de fluctuation, du moins quand ils sont en évolution. Ils sont durs ; c'est seulement dans les

kystes dont les vésicules sont mortes que l'on perçoit de la fluctuation. Trélat disait que la constatation de la fluctuation doit éloigner la pensée du kyste hydatique.

Est-ce un kyste du ligament large ? Ce serait un kyste bien singulier et je n'y crois pas.

Reste un dernier diagnostic, auquel il faut songer dans les choses de ce genre : celui d'abcès froid d'origine osseuse. Nous allons voir si nous trouvons du côté de la colonne vertébrale ou du bassin des lésions, des points osseux malades.

L'hypothèse d'abcès froid ayant pris naissance au niveau de la colonne vertébrale explique ce fait que la tumeur tend à dépasser l'arcade de Fallope, et explique le prolongement dans le bassin. Resterait à trouver l'origine du mal. L'indolence absolue de l'affection n'a rien d'extraordinaire. Bien des malades atteints de mal de Pott lombaire viennent souvent consulter simplement pour des abcès. C'est dans ce sens que nous allons diriger nos recherches.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Opothérapie mammaire dans les hémorrhagies et le fibrome de l'utérus

M. le Docteur Lunez a étudié, dans sa thèse, les heureux résultats obtenus contre les hémorrhagies et le fibrome de l'utérus par l'opothérapie mammaire.

L'extrait mammaire n'est nullement nocif ; il peut être prescrit : dans les ménorrhagies et les métrorrhagies de la puberté ; dans celles de la ménopause ; dans les congestions utérines ; enfin, contre l'élément fluxionnaire des métrites, en général.

Voici la posologie conseillée par le Dr Carnot :

« On utilise les mamelles de vache (ou de brebis) en pleine lactation. On élimine tous les tissus étrangers en ne conservant que la glande : on hache, et on dessèche dans le vide, à basse température (Carrion). Un cachet de 0 gr. 50 (dose habituelle) correspond à 3 gr. 50 de glande fraîche ; on peut aller jusqu'à 2 grammes et davantage pendant la période hémorrhagique ».

M. Lunez a administré le médicament sous la forme de cachets. Il existe aussi des solutions injectables. Les cachets ordinaires sont à la dose de 0.50. On en prescrit 2 par jour, avant chacun des deux principaux repas. Pour les malades très sensibles au médicament, on peut faire confectionner des cachets de 0,25

De même, on peut et on doit, s'il y a indication, éleverles doses quotidiennes. On peut aller à 2 et même 3 grammes d'extrait mammaire par jour, quitte à interrompre momentanément le traitement, s'il survient des troubles stomacaux.

Dans les troubles menstruels, on le prescrira pendant les dix jours précédant les règles, et on le fera également prendre à partir du troisième jour des règles jusqu'à leur fin.

C'est la manière de faire de M. Dalché.

Il en est de même dans le fibrome. Cependant si l'on voulait obtenir une régression de la tumeur, il faudrait administrer le médicament presque sans interruption, et il y aurait lieu de le faire prendre pendant les règles.

Il est des indications individuelles, dont il faut se préoccuper, et ne prescrire, une fois le premier résultat obtenu, que de faibles doses, aux malades qui se seraient montrées particulièrement susceptibles au médicament.

On ne manquera pas de veiller à la liberté de l'intestin. On pourra associer au traitement interne des irrigations vaginales, chaudes ou froides, selon les indications.

Le traitement peut et doit être continué pendant de longs mois. Il ne présente, on ne saurait trop le répéter, aucun danger. Mekerschiantz a administré le médicament à des malades pendant un an et demi, presque sans interruption et sans aucun trouble.

La technique de l'opothérapie mammaire demanderait, sans doute, à être perfectionnée, tant en ce qui touche le choix de l'animal que dans la préparation proprement dite du médicament. L'opothérapie française, qui a fait les plus grands progrès pendant ces dernières années, se doit à elle-même de nous donner des produits toujours plus purs, plus actifs. Elle ne saura y manquer.

Végétations adénoïdes chez le nourrisson.

Il n'est pas rare, de nos jours, d'observer chez les nourrissons des troubles respiratoires naso-pharyngiens et du jetage nasal que les plus avisés cliniciens attribuent aux végétations adénoïdes.

L'origine de cette malformation, que certains auteurs prétendent avoir rencontrée dans la proportion de 5 pour 100, paraît être étroitement liée au rachitisme et vraisemblablement à la syphilis héréditaire ou à la tuberculose.

Les nourrissons porteurs de végétations présentent très fréquemment du coryza avec enchifrènement, gêne parfois même impossibilité de la respiration nasale, production incessante de croûtes et écoulement séreux rappelant un véritable jetage Ce coryza est essentiellement chronique et ne cède définitivement qu'à l'extirpation des végétations qui compriment les veines de la muqueuse nasale et servent de point d'appel à d'incessantes poussées infectieuses. A côté de ce coryza se rencontre souvent un degré plus ou moins marqué de catarrhe tubaire avec parfois diminution de l'ouïe.

Ces troubles de la respiration nasale déterminent toute une série de phénomènes qui en découlent directement. C'est ainsi que la respiration, même à l'état de repos, est courte, fréquente, pénible, avec du gonflement sur-

tout nocturne et parfois un bruit comparable au « coassement de la grenouille », auquel M. Moure attribue une grosse valeur diagnostique. Par le même processus, l'alimentation de l'enfant est notablement troublée. On peut le voir téter pendant quelques secondes au cours desquelles il est obligé de faire de profondes inspirations ; mais il ne tarde pas à se cyanoser, puis à lâcher le sein, en se rejetant en arrière, secoué parfois par une quinte de toux due aux mucosités de l'arrière-gorge ou à une déglutition défectueuse.

Ces troubles respiratoires entraînent une insuffisance manifeste de la respiration, acte essentiel de la vie. L'hématose devient défectueuse, et, l'air n'étant plus épuré par le mucus nasal, entraîne avec lui des causes morbides multiples.

De plus, étant donnée l'absence d'un courant d'air expiratoire évacuateur, les sécrétions nasales stagnent dans le cavum et, par les mouvements qui peuvent leur être imprimés, déterminent de fréquents accès de toux, d'ailleurs peu pénibles. Dans ce cas particulier, la toux ne traduit qu'un besoin de désencombrer les voies aériennes.

Le diagnostic doit être basé sur l'existence des troubles respiratoires et des difficultés de l'alimentation ; l'enfant a généralement le teint pâle et ne prend pas de poids ; par le toucher au petit doigt, on perçoit directement dans le cavum les masses bourgeonnantes.

Des crises de laryngospasme survenant chez un nourrisson devront attirer l'attention sur la présence possible des végétations. De même, pour les crises d'asthme ou les accès de toux nocturne.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Lorsque les troubles fonctionnels n'offrent pas de gravité immédiate et surtout, si l'enfant présente journellement de petites poussées de température, il est préférable de recourir d'abord au traitement médical, quitte à le faire suivre, en cas de nécessité, du traitement chirurgical. Divers antiseptiques ont été préconisés : résorcine (1 p. 20), *airol (1 p. 20), acide borique,* vaseline pure, notamment la vaseline de Chesebrouk, menthol, etc. Ce dernier corps a été récemment l'objet de vives attaques et, après avoir été employé d'une façon presque exclusive, s'est vu relégué subitement au rang des médicaments dangereux. Dans un article publié par *La Clinique* du 17 février 1911, M. Laurens prend la défense du menthol et montre que la plupart des accidents observés sont dus au mauvais emploi fait de ce corps : alors que la formule la plus courante est à 1 p. 100, on l'a ordonné à 1 p. 50 et même à 1. 30 ! Nous croyons que, pour de jeunes enfants, il faut s'en tenir à la proportion de 1 p. 200, indiquée par le professeur Moure. Quelques bébés pourront encore manifester de l'intolérance, mais il n'y a pas d'accident à craindre, surtout si le menthol est associé à un autre médicament, le camphre par exemple.

Souvent ce traitement sera suffisant et fera disparaître les symptômes dus à une poussée congestive passagère. Mais il ne faut pas exagérer son importance ; le véritable traitement des végétations adénoïdes, chez le bébé comme chez l'enfant plus âgé, c'est l'ablation. Celle-ci, dans certains cas où les symptômes fonctionnels revêtent une gravité particulière, peut du reste s'imposer d'urgence.

En aucun cas on n'aura recours à l'anesthésie générale. A partir de dix à douze mois, on pourra faire précéder l'intervention d'un badigeonnage local à la cocaïne (à 1 p. 30 ou p. 50) en ayant soin de bien étancher par avance le coton imbibé de la solution.

L'instrument le plus commode est la pince classique. Le modèle offert ordinairement par les fabricants convient bien aux enfants de six mois, mais est encore trop gros pour les bébés de trois mois.

Le bébé est soigneusement emmailloté et maintenu en bonne position par un aide. L'opération sera faite suivant le procédé classique ; il faudra seulement avoir soin de faire plusieurs séances à quelques semaines d'intervalle, en se contentant d'enlever chaque fois les bourgeons les plus saillants. Vouloir faire une opération complète en un temps serait s'exposer à une hémorragie capable de mettre en danger la vie du nourrisson. Généralement, tout se passe bien, mais si l'on veut agir en toute sécurité, il est absolument nécessaire de vérifier au moyen de la radioscopie, avant l'opération, l'état du thymus : il ne faut jamais toucher à un enfant porteur simultanément d'un gros thymus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement des lésions tuberculeuses par le radium. — Un cas de mort par le 606. — Sur la rachianesthésie générale. — Radiumthérapie du cancer utérin.

M. Debove présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un mémoire de MM. Dominici et Chéron concernant le *traitement des lésions tuberculeuses profondes extra-pulmonaires par le radium.*

MM. Dominici et Chéron ont obtenu amélioration et guérison de quelques lésions tuberculeuses profondes extra-pulmonaires, telles qu'adénopathie chronique, carie costale, fistule consécutive à l'exérèse des foyers tuberculeux, par l'introduction dans les tissus malades de tubes en argent contenant du sulfate de radium.

Les recherches de ces auteurs démontrent :

1° L'efficacité de la radiumthérapie à l'égard de certaines lésions tuberculeuses profondes extra-pulmonaires qui se montraient jusque-là rebelles aux autres médications ;

2° La supériorité de l'introduction des tubes radifères dans les foyers bacillaires sur le pro-

cédé qui consiste à placer à leur surface des appareils à sel collé.

Ils induisent de ces résultats, non pas la supériorité de la radiumthérapie sur les autres modes de traitement des lésions tuberculeuses, mais un encouragement à en continuer l'étude et à en combiner l'action à celle de la chirurgie et des divers agents physiques, tels que les rayons X, l'air chaud, la diathermie.

— M. Hallopeau communique à l'*Académie de médecine* un travail sur un *cas de mort survenue après deux injections de* 606, chez un sujet relativement sain.

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, pour une éruption psoriasiforme palmaire et plantaire de nature syphilitique, reçut une première injection intra-veineuse de 30 centigr. de salvarsan — bien supportée — et, six jours après, une seconde injection de 40 centigr. du même médicament. Cette deuxième injection fut suivie d'accidents graves (vomissements pendant la nuit suivante, crises convulsives, hyperthermie, coma) qui ont entraîné la mort.

Ce cas, dit l'auteur, n'est pas isolé. Des faits semblables ont été publiés par Fischer, Hoffmann, Land, etc. Dans le cas de Fischer, on a trouvé à l'autopsie une légère altération cirrhotique du foie indiquant un éthylisme ancien. Et M. Hallopeau résume ainsi les données de son travail :

a) Le 606 est un médicament dangereux ; il a maintes fois entraîné la mort de sujets relativement sains (le nombre de ces faits serait plus considérable s'il ne se produisait à leur égard de véritables conspirations de silence) ;

b) Il faut renoncer à son emploi et le remplacer par l'hectine. Celle-ci, à doses suffisantes, est au moins aussi active et, plus sûrement que le salvarsan, a le pouvoir de faire avorter la maladie et a l'avantage inestimable de n'entraîner aucun danger *quoad vitam*.

M. Gaucher lance à son tour l'anathème sur le 606, qui ne guérit pas la syphilis et est un produit dangereux.

Il ne guérit pas la syphilis. S'il agit sur certaines manifestations de la syphilis, il ne met pas à l'abri des récidives. Je passe mon temps, dit-il, à l'hôpital ou chez moi, à voir des malades chez lesquels le 606 n'a produit aucun effet ou chez lesquels il a eu seulement une action momentanée. Cela est d'autant plus important que, en raison des réclames dont il a été l'objet, ce médicament donne aux malades une sécurité trompeuse ; ceux-ci se croient guéris après une ou plusieurs injections de 606 ; ils ne suivent plus, dès lors, aucun traitement et sont exposés aux pires accidents. Le 606, en outre, est un produit dangereux, un violent poison du système nerveux. Dans ces conditions, il doit être considéré comme un médicament d'exception, à employer uniquement quand on ne peut pas faire autrement et avec une grande prudence.

M. Marie se montre moins sévère pour le 606. Sur un chiffre important d'injections de 606, il n'a jamais eu d'accidents inquiétants, et dans un certain nombre de cas les résultats ont été favorables. On peut espérer agir avec cet agent chez les paralytiques généraux et les tabétiques : pour les premiers, sur la rapidité de l'évolution morbide ; pour les seconds, sur divers symptômes, notamment sur l'intensité et la fréquence des douleurs.

M. Gaucher s'étonne de la satisfaction éprouvée par M. Pierre Marie au sujet de l'emploi du 606 dans le tabès et la paralysie générale. Si quelques tabétiques obtiennent, au début, une modification des douleurs, c'est tout à fait passager. Dans la paralysie générale, le 606 ne fait rien de bien et est très dangereux.

— M. Jonnesco (de Bucharest) revient, à l'*Académie de médecine*, sur la question de la *rachianesthésie générale par la strychno-stovaïnisation*. Il pense que la rachianesthésie générale, loin d'être un moyen d'exception, vivant sur les contre-indications de l'anesthésie par inhalation, est au contraire une méthode de choix, supérieure par sa simplicité, son innocuité, par les avantages qu'elle présente dans les opérations sur certaines régions et le manque absolu de contre-indications. Elle devra remplacer le procédé par inhalation et elle sera malgré tout la méthode d'anesthésie de l'avenir.

M. Segond estime que M. Jonnesco dépasse la note lorsqu'il déclare que nous serons peu à peu conduits à abandonner l'anesthésie générale pour lui préférer la rachianesthésie. L'exagération est trop manifeste pour que la protestation ne soit facile.

— MM. Rubens-Duval et Chéron ont traité *par le radium* un grand nombre de malades atteintes de *cancer du col de l'utérus* et ils communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur ce sujet.

Les auteurs ont utilisé, avec quelques modifications de détail, le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici. En règle générale, ils ont obtenu des améliorations très appréciables. Dans plusieurs cas, elles furent si accusées que la cicatrisation des lésions néoplasiques, coïncidant avec le relèvement des forces et le retour à une santé en apparence parfaite, a pu être obtenue et maintenue pendant plusieurs mois. Quelques résultats sont peut-être définitifs.

Les examens cliniques permettent de constater la régression des masses cancéreuses, la cicatrisation des ulcérations, la cessation des écoulements hémorrhagiques et fétides, le relèvement de l'état général des malades et l'augmentation de leur poids.

MM. Rubens-Duval et Chéron ont joint à cette étude clinique des constatations anatomiques et ils ont examiné histologiquement à cet effet les organes de neuf malades atteintes de cancer inopérable du col de l'utérus traité par le rayonnement ultra-pénétrant de radium. De ces examens histologiques pratiqués dans des conditions diverses, il appert que les applications vaginales ou intra-utérines d'appareils radifères sont capables de provoquer, dans cer-

tains cas, la disparition complète des éléments néoplasiques qui infiltraient l'utérus, le vagin et même les ligaments larges. Par contre, elles ne peuvent modifier les adénopathies cancéreuses ou les foyers néoplasiques éloignés.

La conclusion est que, si la guérison d'un cancer utérin par la méthode de Dominici rentre dans les éventualités possibles, il ne faut pas trop y compter. Dès qu'un cancer utérin inopérable paraît devenu accessible à la chirurgie, le radiumthérapeute doit s'effacer devant le chirurgien qui décidera l'hystérectomie s'il y a lieu. C'est seulement si le chirurgien estime le risque opératoire plus redoutable que l'éventualité d'une poussée néoplasique nouvelle que la question sera jugée en faveur de la continuation du traitement par le radium.

M. Siredey considère ces faits comme très encourageants. Ils permettent d'espérer que le radium deviendra un précieux auxiliaire de la chirurgie dans le traitement du cancer.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de l'amygdalite aiguë simple

I. — Prescriptions hygiéniques.

Eviter le froid ; garder le lit ou la chambre, suivant les cas.

Alimentation exclusivement liquide: boissons chaudes ou au moins tièdes ; tisanes ; grogs légers ; régime lacté, s'il y a de l'albuminurie.

Isolement de rigueur, surtout, si dans l'entourage du malade il y a des enfants, des malades chroniques ou des débiles.

II. — Prescriptions médicamenteuses.

A) *Traitement général.*

Inutile dans les cas bénins ;

Dans les cas graves, on ordonnera contre la fièvre les sels de quinine, l'antipyrine, le pyramidon, l'aspirine, soit isolément, soit mieux encore associés. On administrera ces médicaments sous forme de suppositoires, en lavements ou en potions, par exemple :

Sulfate de quinine.......	ââ 0.05 à 0.30 cent.
Antipyrine.............	suivant l'âge
Beurre de cacao.........	Q. S.
Pyramidon.............	0.20 à 1 gr. 20
Laudanum de Sydenham..	V gouttes
Eau distillée...........	Q. s. par 15 c. c.

lavement à garder.

Antipyrine.............	0.15 à 1 gr. 50
Sirop de punch..........	30 gr.
Hydrolat de tilleul.......	Q.s. par 120 ct.

à prendre en plusieurs fois dans la journée.

Contre la dysphagie, on préconisera le salol en potion gommeuse, 0.50 à 4 gr. par jour ; le salicylate de soude à la dose de 0.50 à 3 gr. est également recommandé.

Contre l'embarras gastro-intestinal, il sera bon d'administrer un purgatif salin, des antiseptiques intestinaux (benzonaphtol, calomel, etc.) ou mieux encore au début un éméto-cathartique, par exemple :

Poudre d'ipéca..........	1 gr.
Sirop d'ipéca............	50 gr.
Tartre stibié............	0 gr. 05

Prendre une cuillerée à café toutes les cinq minutes jusqu'à effet.

Absorber, aussitôt après la potion, 1/2 verre d'eau bouillie tiède.

Enfin, quand il y a de l'adynamie, potion avec :

Eau distillée...........	90 gr.
Sirop de punch..........	30 gr.
Extrait mou de quinquina.	3 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

B) *Traitement local.*

Localement afin de diminuer la dysphagie on prescrira les compresses humides chaudes appliquées au devant du cou, les badigeonnages des amygdales avec un tampon d'ouate imbibé de :

Menthol...............	0 gr. 20
Acide salicylique........	2 gr.
Teinture d'eucalyptus....	5 à 10 gr.
Glycérine..............	100 gr.

ou :

Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 50
Résorcine..............	2 gr.
Glycérine..............	30 gr.

ou :

Huile mentholée à 1 %.

ou :

Glycérine et Gaïacol à parties égales

Pour assurer l'antisepsie locale, on usera de gargarismes et de collutoires dans les cas légers ; dans les cas graves, il sera préférable d'ordonner les lavages à :

Eau boriquée à 40 p. 1000

Comme formules de gargarismes et de collutoires nous conseillons :

Gargarismes.

Eau distillée............	450 gr.
Glycérine..............	80 gr.
Acide phénique cristallisé..	1 gr.
Essence de thym.........	I goutte

(Marfan).

Chez les enfants :

Borate de soude.........	10 gr.
Miel..................	20 gr.
Sirop de mûres..........	30 gr.
Eau..................	150 gr.

Collutoires :

Résorcine..............	2 gr.
Glycérine..............	20 gr.

ou :

Acide salicylique.........	2 gr.
Glycérine..............	40 gr.

ou :

Borate de soude.........	4 gr.
Glycérine..............	40 gr.

Docteur G. Siguret.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

LE CHOIX DES VERRES DE LUNETTES

I. — La Myopie.

La prescription des verres pourrait être, souvent, l'œuvre du praticien, les cas difficiles, toujours assez nombreux, étant réservés au spécialiste. C'est de la simple orthopédie, comme le redressement et la contention des fractures.

Cette façon de faire ne saurait nuire qu'aux opticiens et aux marchands ambulants qui font un peu de l'exercice illégal, et le praticien verrait apparaître dans son cabinet comme par enchantement quantité d'éclopés de la vue qui sont découragés par l'indifférence du médecin et l'éloignement du spécialiste et qui grossissent le lot des clients perdus par notre faute.

L'étude des amétropies laisse sans doute peu de prise au flair du clinicien, mais elle est en revanche d'une simplicité et d'une précision qui sont un peu de repos dans le vague des études médicales.

Les vues faibles sont le plus souvent le fait des yeux *myopes*, *hypermétropes*, *astigmates* ou *presbytes*. L'*œil myope* voit mal de loin et quand sa myopie est un peu forte il doit, pour voir de près distinctement, regarder de plus près qu'un œil normal (emmétrope).

Voici quelques schémas indispensables :

D'abord l'œil emmétrope. (Fig. 1).



Fig. 1.

Il est représenté par une sphère O de pouvoir réfringent tel que les rayons parallèles R ont leur foyer en R représentant ici la rétine. Cet œil, au repos, voit donc théoriquement à l'infini. Pratiquement, il voit *au loin, œil normal.*

Soit maintenant une autre sphère O' allongée dans le sens du faisceau lumineux et de même réfringence. Le dit faisceau a son foyer toujours en R., soit en avant de sa nouvelle rétine R'. Théoriquement il ne voit pas l'infini. Pratiquement *il ne voit pas, de loin, œil myope.* Les seuls rayons γ' qui tomberont sur sa rétine seront ceux venus d'un point P situé entre l'infini et l'œil. *Fig.* 2.

La correction de cette myopie consistera donc à donner aux rayons γ venant de l'infini et non perçus distinctement la direction des rayons γ' venant de P et perçus distinctement. Ce sera l'affaire d'une lentille concave placée devant l'œil et dont le foyer soit en P. La figure 2 en donne l'explication graphique.

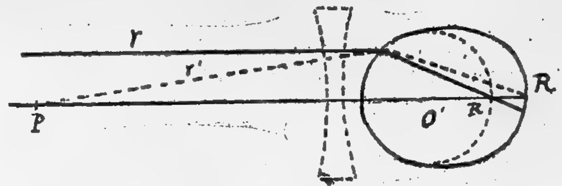


Fig. 2.

Il faut donc pour corriger la *myopie* un *verre concave.* Une figure semblable montrerait qu'une lentille moins forte, c'est-à-dire dont le foyer serait au-delà de P, serait insuffisamment correctrice, mais qu'une lentille plus forte, augmentant l'obliquité sur l'œil des rayons réfractés, serait encore correctrice grâce à l'intervention spontanée de l'accommodation qui voilerait l'erreur.

Pratiquement : placer le myope à 5 m. de l'échelle optométrique, noter l'acuité visuelle de l'œil myope, sans verre, l'œil sain étant voilé par la main non appuyée ou un verre dépoli. Puis présenter devant l'œil, à la distance d'un verre de lunette (sur une monture d'essai par exemple ou simplement à la main, un verre sphérique concave de — 1 D (1 dioptrie myopie), et noter l'amélioration de l'acuité visuelle .

Cette amélioration *confirme* la myopie, mais ne la corrige pas forcément d'une façon complète. Passer successivement aux verres 1.50, 2, 2,50 3, etc., *jusqu'à celui qui n'améliore plus l'acuité visuelle. Celui-là est trop fort, le verre immédiatement inférieur à* — 0,50 *D près, est le bon.* C'est ce verre qui mesure et corrige la myopie et permet la vue de loin. C'est ce verre que votre client portera pour la promenade et pour vous dire bonjour dans la rue, c'est-à-dire pour la vue de loin.

Pour la vue de près, pour le travail, la couture, la lecture, l'écriture, *il ne s'en servira pas*, puisque, par définition, étant myope, il voit de près, mais devra-t-il ne porter aucun verre de près ? Oui, si l'éloignement de son point P (voir figures) est exactement celui de son travail, soit 0 m. 50 si vous voulez pour le travail à l'établi, au piano, 0 m. 30 pour la couture, la lecture, l'écriture.

Si le point P est au-delà de ces distances, l'œil myope accommodera (voir figures) comme l'emmétrope et la vue de près sera possible sans verres.

Si le point P est en deçà, il faut une nouvelle correction qui ramène le point P à la distance correspondant à chaque occupation. Soit un œil myope ayant son point P à 0 m. 20, c'est-à-dire ayant une myopie mesurée par une lentille de 0 m. 20 de foyer, soit de — 5D. (le pouvoir réfringent étant en raison inverse de la distance focale, et la dioptrie, unité de pouvoir réfringent, étant

représentée par une lentille de 1 m. de distance focale). Cet œil ne peut lire qu'à 0 m. 20, soit au foyer d'une lentille correctrice de — 5D. C'est trop près, la distance minima de la vision distincte étant de 0 m. 30 à 0 m. 33. Il faut ramener son point P à 0 m. 30 (ou 0 m. 33). soit pratiquement au foyer d'une lentille correctrice de 3 D et faire la différence avec une correction partielle de — 2 D. Votre malade, myope de — 5D, lira donc, écrira ou coudra avec un verre de — 2D, et il rabotera ou jouera du piano avec un verre de — 3D qui lui laissera une myopie de — 2D, soit P à 0 m. 50.

Voilà tous les secrets d'une bonne orthopédie oculaire pour un myope.

Terminons par quelques remarques :

La myopie peut se mesurer objectivement, mais ne se corrige jamais que *subjectivement. Aucun verre*, quelque précis qu'il soit, *ne sera prescrit que s'il est bien supporté après essai.*

L'acuité visuelle du myope faible remonte souvent à 1 après correction.

Il n'en est pas toujours de même pour les myopies plus fortes compliquées d'*astigmatisme* ou de lésions *choroïdiennes.* Donc *une relève considérable de l'acuité visuelle ne doit pas forcément être atteinte dans une bonne correction.* Mais, surtout dans ces cas, la correction ne doit jamais être une fatigue.

Il est rare que les deux yeux aient le même degré de myopie. Donc corriger toujours chaque œil séparément. Mais savoir que 2 *verres inégaux sont rarement bien supportés.* Dans ce cas, donner aux deux yeux la même correction, celle qui est la mieux supportée, la plus faible généralement.

Dr F. CHABRUT.

THÉRAPEUTIQUE

Le rhumatisme chronique déformant et sa thérapeutique

Par le Dr AMILLAT.

La caractéristique du rhumatisme chronique osseux, ou polyarthrite déformante, c'est la production de nodosités sur les articulations et plus tard des attitudes vicieuses par rétraction tendineuse.

Il affecte surtout les petites articulations des mains et des pieds, mais tend à se généraliser vers les grosses articulations, hanche et épaule exceptées.

Ces nodosités, décrites par Héberden, se développent sur les parties latérales des têtes articulaires et donnent à la main la forme d'une ensellure. Aux genoux, aux poignets, au coude, les productions osseuses peuvent acquérir un volume considérable et gêner les mouvements.

Les attitudes vicieuses avec ankylose fibreuse sont différentes suivant les régions et affectent une variété de formes extraordinaire, bizarres.

L'importance en est plus ou moins grande suivant le nombre et l'importance des articulations malades. L'atrophie musculaire accentue encore ces déformations de même la rétraction tendineuse des muscles environnants.

Tout rhumatisme chronique est douloureux. Ces douleurs ne sont pas exclusivement articulaires, elles s'irradient le long des gaines et des nerfs périphériques. Les malades éprouvent aussi des tiraillements, des crampes, des soubresauts, de la raideur.

Il existe des troubles trophiques, non seulement des muscles, mais de la peau. L'épiderme est sec, froid, peut se fendiller, c'est le « glossy-skin » des auteurs anglais. Les ongles tombent parfois et l'on a signalé des escarres et une foule d'éruptions diverses.

Ces lésions se développent progressivement et dans beaucoup de cas constituent une infirmité rendant difficile les mouvements habituels de l'existence.

On doit donc diriger un traitement énergique contre le rhumatisme déformant et le plus possible dès le début, avant que les attitudes vicieuses se soient produites et que les articulations importantes soient atteintes.

Les bases de ce traitement seront le phosphor l'arsenic et l'iode.

Le phosphore sera donné sous la forme de glycéro-phosphate, d'hypophosphite, de phosphure de zinc. Les malades amaigris se trouveront bien de la Glidine qui est une albumine végétale très riche en protéine (95 %) et en lécithine (1 %).

L'arsenic sera employé sous la forme de cacodylate de soude, cinq centigrammes par jour, en injections et pendant dix à douze jours consécutifs. On a préconisé aussi l'huile de foie de morue, mais elle fatigue vite l'estomac et l'intestin, aussi conseillons-nous de l'abandonner.

Le meilleur moyen d'employer l'iode chez ces rhumatisants est la méthode externe. On frictionne chaque jour l'une ou l'autre articulation avec gros comme une noisette d'Iodex, et souvent on se trouve bien, chez les malades à lésions articulaires multiples, de faire deux frictions quotidiennes.

L'Iodex est une pommade qui offre cette supériorité clinique de ne pas tacher la peau de s'absorber très rapidement, de n'avoir aucune causticité pour l'épiderme et enfin de contenir environ 5 % d'iode thérapeutiquement libre.

Lorsqu'on frictionne la région choisie avec cette substance, on remarque au bout de 2 à 3 minutes que la coloration de l'iode a disparu. L'absorption est alors totale à travers l'épiderme. Aucune douleur, aucune irritation ne s'est produite et l'iode renfermé dans le topique, mis en liberté, se trouve passé en entier dans l'organisme.

On arrive, avec ce traitement prolongé autant de temps qu'il est nécessaire, à modifier l'état général et les arthropathies rhumatismales. Les tuméfactions s'atténuent, ne se développent pas et les articulations centrales (colonne vertébrale,

coude, genoux, etc.), sont protégés contre le rhumatisme, on ne signale pas avec cette méthode de traitement par l'iodex l'apparition de phénomènes secondaires toxiques.

On fera, en outre, des massages, de la mobilisation des articulations malades. La balnéation chaude, sulfureuse, peut être utile et l'électricité sous forme de courants continus ou induits, les bains de lumière, de chaleur, les boues de Dax-Saint-Amand, les Eaux de Royat, Ragatz, Baden-Baden, etc., seront indiquées chez les anciens rhumatisants soumis en même temps aux frictions iodées indispensables.

Petite Correspondance de Médecine pratique

« La Rage et le Pasteurisme ».

Un de nos confrères de la campagne, impressionné par une critique publiée dans un journal médical étranger, nous a prié de le renseigner sur l'application du traitement pasteurien de la rage. Nous avons chargé un de nos collaborateurs de répondre à sa demande, ce qu'il a fait en rédigeant l'article suivant. J. N.

***

A l'Institut Pasteur de Paris — comme dans tous les Instituts Pasteur — le traitement de la rage se fait dans des conditions qui offrent toute la sécurité et toutes les garanties désirables ; *toutes les opérations se pratiquent au grand jour ;* et les résultats en sont consignés sur des registres que *tout* médecin peut voir et consulter à sa guise ; de plus, chaque année, ils sont publiés dans les « *Annales de l'Institut Pasteur* » (1).

Pour *toutes* les personnes mordues, le traitement (qui dure de 15 à 18 jours suivant la gravité du cas) *reste facultatif*, pour celles qui ont été mordues par un animal de la rue, comme pour celles dont l'animal mordeur est connu, puis reconnu atteint de rage soit par un certificat de vétérinaire, soit par l'inoculation expérimentale. On se contente de *conseiller* le traitement pour les cas certains ou suspects.

Voici, d'ailleurs, le libellé imprimé qui est envoyé par l'Institut Pasteur en réponse à toute demande de renseignements :

INSTITUT PASTEUR — Paris, le 1911.
25, Rue Dutot
—
Service antirabique — Monsieur,



Les expériences que vous demandez sur la tête du chien qui a mordu M....................................
demeurant à......................., ne pourront donner aucun résultat avant quinze jours au minimum.

Il n'est pas prudent d'attendre si longtemps pour traiter la personne mordue : le traitement antirabique, pour être efficace, doit être effectué le plus tôt possible après la morsure.

Si les allures du chien et l'autopsie le font considérer comme suspect de rage, il est prudent d'envoyer immédiatement la personne mordue à l'Institut Pasteur. Les inscriptions ont lieu chaque jour à 10 heures du matin ; les intéressés doivent présenter un certificat du médecin qui a constaté les blessures et le rapport du vétérinaire qui a examiné l'animal mordeur.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée. *Institut Pasteur.*

(1) Chez Masson, éditeur, 120, Boul. Saint-Germain, Paris.

L'*observation* de chaque personne traitée est rédigée suivant le plan ci-dessous :

Nom et prénoms :
Age et profession :
Domicile :
Date des morsures :
Nombre et sièges :
Etat :
Habits déchirés :
Cautérisation au fer rouge :
Cautérisation aux agents chimiques :
Epoque de la cautérisation :

Renseignements vétérinaires :
Nom et adresse du vétérinaire :
Certificat :
Examen de l'animal mordeur, avant la mort :
Examen de l'animal mordeur, après la mort :
Renseignements divers :

Renseignements particuliers :
A qui appartenait le chien ?
Qu'est-il devenu ?
Avait-il été mordu par un autre chien ?
Combien de temps avant sa maladie ?
Changement de la voix :
Changement du caractère :
A-t-il mordu d'autres personnes ?
A-t-il mordu d'autres animaux ?

Renseignements du laboratoire.
Date de la remise du chien :
Autopsie :
Inoculation :

L'animal inoculé au laboratoire est le cobaye ; l'inoculation se fait dans les muscles de la nuque ; dans ces conditions, l'incubation varie de 1 à 3 mois. En cas d'urgence on peut inoculer un chien par la voie intra-cranienne, et l'incubation se réduit à 15 jours.

Chez l'homme, la durée de l'incubation varie entre 1 et 4 mois ; elle est en moyenne de 6 semaines.

Après le *traitement, aucun billet d'immunisation,* déclarant ou non le *succès complet,* n'est remis au patient. Celui-ci ne reçoit, sur sa demande, qu'une carte du modèle ci-contre, dont le *seul but* est de lui permettre, le cas échéant, de se faire indemniser en justice de paix par le propriétaire du chien mordeur.

INSTITUT PASTEUR — 25, Rue Dutot (XVe)
Paris



Je certifie que M...
demeurant à..
département ....
a subi du...
au...
le traitement contre la rage..........
Paris, le...............19

NOTA.— Pendant les deux mois qui suivent le traitement, il est recommandé d'éviter la grande fatigue et de ne pas s'exposer au froid.

Au point de vue de la statistique, les personnes traitées à l'Institut Pasteur sont réparties en trois catégories :

1re *catégorie* (*tableau A*). — Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par le résultat de l'inoculation du bulbe, ou par le développement de la rage chez les personnes, ou les animaux mordus en même temps. On possède toute certitude en ce qui concerne la rage des personnes de ce tableau, car il est recommandé aux sujets qui viennent se faire traiter d'apporter, quand il est possible, le cadavre du chien par lequel ils ont été mordus, afin qu'on en inocule le bulbe ; on leur demande aussi d'apporter les renseignements des vétérinaires sur les chiens, ou sur les inoculations, quand ils les ont pratiquées eux mêmes.

2e *catégorie* (*tableau B*). — Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par l'autopsie faite par le vétérinaire ou par les symptômes présentés par l'animal mordeur.

Un certificat signé par un vétérinaire est toujours réclamé aux personnes qui se présentent pour être traitées, et l'on peut dire que la certitude de la rage chez l'animal mordeur est presque aussi absolue pour le tableau A que pour le tableau B.

3e *catégorie* (*tableau C*). — Personnes suspectes de rage.

Le tableau ci-dessous indique les résultats généraux des vaccinations depuis l'origine (1).

ANNÉES	PERSONNES TRAITÉES	MORTS	MORTALITÉ
1886	2.671	25	0,94 p. 100
1887	1.170	14	0,79 —
1888	1.662	9	0,55 —
1889	1.830	7	0,38 —
1890	1.540	5	0,32 —
1891	1.559	4	0,25 —
1892	1.790	4	0,22 —
1893	1.648	6	0,36 —
1894	1.387	7	0,50 —
1895	1.520	5	0,38 —
1896	1.308	4	0,30 —
1897	1.521	6	0,39 —
1898	1.465	3	0,20 —
1899	1.614	4	0,25 —
1900	1.420	4	0,28 —
1901	1.321	5	0,58 —
1902	1.005	2	0,18 —
1903	628	2	0,32 —
1904	755	3	0,39 —
1905	721	3	0,41 —
1906	772	1	0,13 —
1907	786	3	0,38 —
1908	524	1	0,19 —
1909	467	1	0,21 —
1910	401	0	0,0 —

Au total 32,056 traités, 98 morts, soit 0,33 %.

(1) A noter que, pour la statistique de mortalité, on ne compte pas les personnes mortes dans les 15 premiers jours qui suivent le traitement, car il est évident que l'effet des inoculations n'est pas instantané ; qu'il faut, pour que l'immunité soit acquise, qu'un certain temps se soit écoulé, comme d'ailleurs pour la vaccination jennérienne, pour le vaccin contre le charbon ; on admet que chez les personnes qui manifestent des symptômes de rage dans les 15 jours qui suivent la vaccination, le virus avait commencé son développement pendant le traitement, car les animaux inoculés de la rage sous la dure-mère après trépanation mettent 15 jours environ à prendre la rage.

La diminution progressive de la mortalité est due à ce fait que l'on sait mieux apprécier la gravité des morsures et mieux appliquer le traitement.

A noter que l'on *suit la destinée des personnes traitées* et que *chaque année, on rectifie en conséquence les résultats généraux* publiés ci-dessus, soit pour compléter le nombre des « traités », qui n'avaient pas été comptés parce qu'ils étaient en traitement au moment de la 1re publication et qu'on ignorait le résultat, soit pour faire passer dans les catégories A ou B ceux de la catégorie C qui ont fourni des renseignements certains sur l'animal mordeur. Cette statistique est donc tout à fait sincère. Par exemple :

En 1886 (25 morts), la mortalité était de 1,30 % pour la catégorie A ; de 0,99 % pour la catégorie B ; de 0,58 % pour la catégorie C.

En 1894 (7 morts), elle était de 0,60 % pour la catégorie A ; de 0,50 % pour la catégorie B ; de 0,27 % pour la catégorie C.

D'autre part, si l'on totalise, depuis 1886, rectifications annuelles faites, le nombre des sujets *restés* suspects (catégorie C), on obtient le total de 8.419 sur 32.056 traités, soit 26,50 % des mordus ; ce qui revient à dire que l'*inoculation expérimentale et la clinique démontrent d'une manière péremptoire que* 73,50 *au minimum pour* 100 *mordus sont bien enragés*, et nous sommes loin de la proportion de 12 % et même de 15 % établie par l'observation séculaire.

Le Comité de l'Office international d'Hygiène publique.

Le Comité, auquel participent à cette heure vingt-trois pays, a terminé ces jours-ci sa session annuelle à Paris.

Il y a discuté, entre autres, les leçons que comportent les organisations créées dans les pays d'Europe où sévit le choléra, pour lutter contre le fléau et en éviter la diffusion et l'exportation.

Il a pris connaissance du rapport de la commission chargée d'étudier la technique bactériologique qui, dans l'état actuel de la science, doit servir de base à la recherche et à l'identification du vibrion cholérique dans le diagnostic du choléra.

Il a étudié enfin une proposition dont il a été saisi et tendant à préciser, si cela est possible, les conditions spéciales auxquelles devraient satisfaire les navires pouvant bénéficier des accords particuliers visés à l'article 29 de la convention sanitaire internationale de Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

UNE IDÉE A PROPAGER

Un mutualiste nous a communiqué cette feuille qu'on distribuait à la sortie d'une assemblée générale d'une Société de secours mutuels.

LIBERTÉ DE CONFIANCE

Les hommes naissent libres et égaux en droits. — Ce que le riche a le droit de faire, le pauvre a le droit de le faire également. — Or le riche a le droit de choisir le médecin en qui il a confiance. — La confiance du médecin traitant est un élément important de la guérison et constitue la garantie du malade. — La confiance ne se commande, ni ne s'impose. — L'imposition d'un médecin à un malade, qu'elle se fasse au nom d'intérêts collectifs ou d'intérêts particuliers, ne peut se produire qu'en violation des droits naturels de l'homme et contrairement à ses intérêts.

Le Médecin de Votre choix	Le Médecin imposé
1° Est votre ami et défend vos intérêts.	1° Est employé de l'Administration, de la Mutualité, de la collectivité qui le nomme et le révoque à sa volonté et le paie pour défendre ses intérêts.
2° Est votre conseiller, votre confident, le dépositaire de vos secrets de famille.	2° Est obligé de violer le secret professionnel en déclarant vos maladies à la société. Il est quelquefois inconsciemment le policier de la société à votre égard.
3° Est payé par vous selon vos ressources. Il reçoit ainsi des honoraires fixés d'un commun accord et compatibles avec sa dignité professionnelle.	3° Est exploité et mal payé par l'administration qui l'emploie. Ses soins deviennent suspects au travailleur, qui sait qu'à un salaire insuffisant correspond quelquefois un travail insuffisant ou accompli à la hâte.
4° A intérêt à bien vous soigner pour conserver votre clientèle, car vous pouvez le quitter.	4° A surtout comme cliente la société qui le paie et qu'il doit ménager, le sociétaire n'étant qu'un numéro matricule.
5° Vous guérit plus rapidement, car il a votre confiance.	5° Vous déclare guéri rapidement pour se conformer aux règlements administratifs.
6° Il est enfin votre médecin parce que vous l'avez choisi et vous lui confiez aussi la santé de votre famille.	6° Il est choisi par l'Administration par *protection* et à cause des rabais qu'il fait. Il n'a guère la confiance des membres du Conseil d'administration qui le plus souvent appellent d'autres médecins pour eux et leur famille.

Indigents, Mutualistes, Ouvriers et Employés d'administration, Fonctionnaires, exigez le libre choix du médecin, c'est votre droit d'hommes libres, c'est l'intérêt de votre santé.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos des sérums. — Interprétation de la Loi de 1895. — Restriction apportée aux droits du médecin.

Un tout *petit* fait divers médico-judiciaire risque de prendre des proportions considérables et c'est la raison pour laquelle je crois devoir en entretenir les lecteurs du *Concours*. Il s'agit, dans l'espèce, d'un confrère parisien, mais sa cause est celle de nous tous, ou mieux encore, son cas n'existe plus et c'est notre prérogative la plus précieuse sur laquelle on veut porter la main.

Jusqu'ici, et c'était notre charte, notre gloire et notre honneur, un médecin ne relevait que de sa conscience et pouvait, sous sa responsabilité, soigner ses malades comme il l'entendait ; désormais il n'en serait plus ainsi et pour toute une catégorie de recherches, l'autorisation préalable serait nécessaire. L'officielle doctrine va faire son apparition dans notre horizon thérapeutique.

Voici le fait :

Un de nos confrères, membre du Syndicat des médecins de la Seine, faisait à ses malades des injections de sérum et se servait pour cela non d'un sérum par lui fabriqué, ce qui eût été son droit, mais de trois sérums *autorisés* qu'il achetait à l'Institut Pasteur de Lille et à Paris. Ainsi donc Lorot, qui pouvait injecter séparément à ses malades le sérum 1, le sérum 2, et le sérum 3, a été poursuivi devant le tribunal correctionnel de la Seine pour avoir mélangé ces sérums et avoir injecté à un client ce mélange fait par lui extemporanément et dans des proportions de lui connues.

Acquitté le 27 oct. 1910, il fut forcé d'aller devant la Cour sur appel du parquet. L'affaire vint le 16 février 1911, et, non sans peine, nous enlevions l'acquittement. Je dis : nous, car ce fut grâce au Syndicat des médecins de la Seine que Lorot put supporter ces incidents de procédure ; notre groupement garantit les risques professionnels et la caisse de défense s'empressa d'accorder à notre confrère son appui moral et matériel. Le tout ne fut pas à dédaigner comme on

verra et notre confrère doit à l'heure actuelle se féliciter d'avoir été prévoyant !

Dans l'arrêt de la Cour, on remarquera le souci de préciser la question, d'écarter toute allégation sujette à critique. Ce sont presque littéralement nos conclusions reproduites.

Voici les points principaux :

La cour, considérant qu'en matière pénale tout est de droit étroit, qu'on ne saurait étendre, par voie d'assimilation ou d'analogie, des dispositions précises de la loi,

Considérant que la loi du 25 avril 1895 prohibe le *débit*, c'est-à-dire la *vente* ou la *livraison à titre onéreux ou gratuit* de tout sérum injectable qui n'a pas fait l'objet de l'autorisation du Gouvernement ;

Considérant qu'aucun fait de débit ou de livraison n'est relevé à la charge du Dr L. ;

Que l'injection par un docteur en médecine à ses malades d'un produit par lui préparé ou composé, fût-il un sérum, ne saurait être considéré comme un débit ou une livraison ; que ce fait constitue l'usage ou l'emploi qui ne sont pas prévus par la loi précitée, laquelle, d'ailleurs est, d'une façon spéciale, relative à l'exercice de la pharmacie ;

Par ces motits, acquitte, etc.

A la lecture de cet arrêt, nous pensions que Lorot n'avait plus rien à craindre et qu'avec lui tous les médecins seraient tranquilles et pourraient continuer à soigner leurs malades comme ils l'entendaient.

Mais le parquet général veillait et on se demande même si derrière le parquet, quelque mauvais génie n'est point embusqué, tant on montre d'âpreté dans la poursuite. L'arrêt de la Cour fut déféré à la Cour de cassation.

Sans être bien au courant des affaires judiciaires, les lecteurs du *Concours* n'ignorent pas que la Cour de cassation est un tribunal de doctrine, de dogme allais-je écrire ; on lui demandait donc de dire si en droit la Cour avait bien ou mal jugé.

Notre confiance était grande et notre désillusion fut amère quand le 21 juillet dernier nous eûmes connaissance de l'arrêt que voici. On peut le lire en entier, car il est instructif.

La cour,

Ouï M. Roulier, conseiller, en son rapport, Me Baliman, avocat, en ses observations, et M. Seligman, avocat général, en ses conclusions ;

Statuant sur le pourvoi du procureur général près la Cour d'appel de Paris contre l'arrêt de cette Cour, en date du 16 février 1911, qui a relaxé Lorot ;

Sur le moyen pris de la violation des articles 1, 2, 3 et 4 de la loi du 15 avril 1895 ;

Après en avoir délibéré en la Chambre du conseil ;

Vu l'article 1er de la loi du 25 avril 1895 ;

Attendu que la loi du 25 avril 1895, relative à la préparation, à la vente et à la distribution de sérums thérapeutiques et autres produits analogues, soumet à la nécessité d'une autorisation du gouvernement, au point de vue, soit de leur fabrication, soit de leur provenance, le débit, à titre gratuit ou onéreux, des substances mentionnées dans son article 1er, que cette autorisation est temporaire et révocable ;

Attendu qu'il résulte de cette disposition que la loi de 1895 a interdit dans l'intérêt de la santé publique toute pratique professionnelle d'un sérum non autorisé, alors même qu'il s'agirait d'injections faites par un médecin à ses malades et en vue d'un prétendu traitement de leurs maladies ; que l'exploitation professionnelle ainsi faite d'un sérum non autorisé en constitue le débit, au sens de la loi de 1895, et rentre dans les prévisions de ladite loi ;

Que s'il en était autrement, les prohibitions de la loi de 1895 seraient dépourvues de toute efficacité, et que notamment la surveillance instituée par le dernier paragraphe de l'article 1er ne pourrait être utilement exercée ;

Attendu que, s'agissant de produits nouveaux entièrement différents, par leur nature, des substances pharmaceutiques ordinaires, le législateur a entendu limiter, relativement à l'emploi de ces produits, lorsqu'ils ne seraient pas autorisés, l'étendue du droit qu'ont en général les médecins ou chirurgiens de prescrire ou d'exécuter les traitements, les opérations qu'ils jugent convenables en vue d'assurer la guérison des malades qui viennent les consulter ;

Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que Lorot, docteur en médecine, injecte à des malades un sérum de sa fabrication et pour lequel il n'a pas obtenu l'autorisation du gouvernement ;

Que il suit de là qu'en le relaxant, l'arrêt attaqué a violé les dispositions de la loi de 1895 ;

Par ces motits, casse, annule et renvoie la cause et les parties en l'état devant la Cour d'appel de Rouen.

Ainsi la Cour d'appel, jugeant en fait après le tribunal correctionnel, déclare que Lorot n'a pas débité de sérum et insiste même pour faire ressortir le caractère pharmaceutique des dispositions de la loi de 1895 qui n'a été en somme qu'une annexe du Codex, relativement à des matières nouvelles ; la Cour de cassation décide que le *débit doit s'entendre de toute pratique professionnelle en vue d'un prétendu traitement des maladies...*

Conclusion : il faudra l'autorisation avant tout traitement. Comme on ne peut autoriser ce qui n'a pas été expérimenté, il faudra ou nous en tenir aux sérums actuellement autorisés et dire que désormais aucun progrès ne sera fait dans cette voie si féconde de la sérothérapie ou solliciter des autorisations dans des conditions tellement risquées qu'on ne saurait les accorder...

C'est la fin de toute découverte et l'intérêt des malades, qu'on paraît défendre, sera tout au contraire sacrifié.

Encore une fois, on poursuit un but, on cherche quelque chose. Veut-on petit à petit limiter un droit et après ce résultat essayer d'en obtenir un autre ? Veut-on monopoliser les sérums ? Si on cherche cela, au profit de qui sera faite l'opération ? J'entends bien que la personnalité de Lorot est mince et qu'il n'a pas fait grand tapage dans la Presse petite et grande en annonçant que son remède guérissait tout ; il n'est pas défendu de penser que ce serait peut-être un moyen d'atteindre quelques expérimentateurs gênants que d'obtenir une jurisprudence restrictive. Qu'on y prenne garde, la doctrine : Périsse tout le monde plutôt que de sauver un homme peu ou pas sympathique, est bien dangereuse et peu digne de nous ni de la science.

Oublions le fait concret, voyons les résultats et défendons notre domaine ; nul jusqu'ici n'avait osé y porter la main.

Tant d'occasions de nous diviser surgissent

qu'on doit bénir celles qui nous rapprochent. Nous avons là un excellent terrain d'union et d'entente, il n'y a pas d'officiels et de praticiens, il a des médecins qui s'uniront pour faire triompher à Rouen la doctrine de la liberté, qui est la seule féconde et la seule juste.

Nos confrères normands ont une mission à remplir à laquelle ils ne failliront pas : ils vont, en vue du procès qui revient fin novembre devant leur cour, faire une propagande active pour, non pas influencer, mais éclairer les juges. Nos sociétés ont été saisies de la question et la Société de médecine des hôpitaux n'a pas voulu être la dernière à se prononcer, elle l'a fait dans des termes très mesurés, mais très nets et très fermes et son ordre du jour aura certainement un gros retentissement.

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce procès qui prend dès à présent l'allure d'une de nos grandes causes médicales.

D[r] Ch. LEVASSORT.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

La garde-malade au Congrès de Nantes.

Mon cher Confrère,

Voulez-vous me permettre de répondre un mot à la lettre du D[r] Drouineau que j'ai lue seulement ces jours-ci.

D'après M. Drouineau, j'aurais altéré la vérité en affirmant « qu'avec une légère modification, l'ordre du jour présenté par le Syndicat des médecins de la Seine avait été adopté et les conclusions du rapporteur repoussées ». Alors qu'au contraire, dit M. Drouineau, les conclusions n'ont pas été repoussées et que l'ordre du jour « avait été tellement modifié que l'administration demeurait juge de ce qu'elle aurait à faire à ce sujet ».

Cette dernière interprétation est au moins curieuse.

Elle ne tient pas devant les faits.

Le Syndicat des médecins de la Seine avait présenté un ordre du jour pour demander qu'avant de modifier quoi que ce soit à la loi de 1893, une enquête fût faite auprès des Syndicats médicaux.

Cela a été voté — voté contre M. Drouineau. La modification — proposée par le dévoué Président de l'A. G., le D[r] Lande, *et acceptée par nous*, a consisté à ajouter ceci : « l'enquête sera faite également auprès des Associations médicales et des Bureaux de bienfaisance, c'est-à-dire de tous ceux que cela peut intéresser ».

Mais le fait principal reste : Le Congrès a affirmé que les syndicats médicaux devaient être consultés. Par là même, ce Congrès a proclamé le *droit pour les Syndicats d'intervenir dans les choses de l'Assistance.*

Tout le débat a porté sur ce point. Nos adversaires ont nié notre droit. On nous a objecté d'abord qu'il y avait que peu de Syndicats en France, puis, qu'on n'avait *jamais* demandé avis aux Syndicats pour légiférer sur l'hygiène ; enfin que l'Etat avait des conseils compétents : l'Académie de médecine, le Conseil de l'Assistance publique, etc...

Malgré toutes ces objections, qui tendaient à faire repousser ce que l'Administration considérait comme une « intrusion » dangereuse, notre ordre du jour fut voté.

Nos idées triomphaient au *grand* étonnement d'un certain nombre de congressistes.

On ne vota pas ensuite sur les conclusions de M. Drouineau, mais pour l'excellente raison que c'était inutile. Notre ordre du jour est à cet égard fort net. Il signifiait que le Congrès n'avait pas même à discuter les conclusions de M. Drouineau.

Le reste est détail.

Si l'Administration qui, immédiatement après le vote, en a si bien compris la portée, veut aujourd'hui « interpréter » ce vote comme le fait M. Drouineau, libre à elle.

Elle se réserve des désillusions. Les Syndicats savent bien en effet qu'un vote n'est pas tout.

Et ils ne laisseront pas *faire* l'Administration. Tout est là.

Veuillez agréer, etc.

D[r] R. LAFONTAINE.

CHRONIQUE SYNDICALE

Le Syndicalisme médical jugé par la Presse belge.

Nous trouvons dans le *Scalpel* de Liége, que rédige avec tant d'autorité et de talent notre confrère, le D[r] Dejace, la reproduction d'un article du journal belge, *Le Peuple* (n° du 22 juin 1911). Cet article qui donne d'intéressants aperçus sur le syndicalisme médical en Angleterre et en Allemagne, mérite d'être cité à titre de document.

***

« Ne pensez pas, cher lecteur, que je vienne à vous pour que vous aidiez les médecins à obtenir une augmentation de salaire ou une réduction du temps de travail ?

Non pas que vous deviez vous désintéresser des médecins, parce que bourgeois. Ce serait une erreur, car ils appartiennent à la grande armée du travail (et en France, ils ont demandé l'affiliation aux bourses du travail), et il en est qui peinent durement....

L'apostolat du médecin de campagne et le dévouement des médecins des hôpitaux n'ont pas besoin de nouvelle apologie.

Mais la situation économique du médecin a beaucoup changé.

Travailleur libre — comme le manuel de jadis — traitant les malades suivant des conditions dont il était le seul juge, le médecin d'aujourd'hui

doit subir de plus en plus les conditions des grandes collectivités qui l'emploient : administrations publiques, usines, sociétés mutuelles ou sociétés d'assurances.

Le contrat de travail existe pour lui dans de nombreuses circonstances. Quand il est livré seul à l'arbitraire de grandes collectivités, il arrive qu'il est exploité — comme l'ouvrier d'usine non syndiqué.

Ou bien encore de nouvelles lois surgissent qui amènent un changement dans la constitution économique de sa clientèle... Telle une invention nouvelle vient jeter la perturbation dans la vie professionnelle des manuels.

Est-il étonnant, dès lors, que les médecins aient songé également à l'action syndicale ? Qu'ils cherchent à puiser des forces dans l'association ? Et qu'une conscience professionnelle nouvelle prenne naissance ?

Je n'ai point qualité pour vous décrire toute la vie syndicale des médecins.

Je voudrais limiter cet article à la relation de quelques faits qui ne sont pas sans intérêt, et qui sont relatifs à l'action médico-syndicale en Angleterre et en Allemagne.

Au mois de juillet, se réunit à Birmingham la puissante Association médicale d'Angleterre. Sans doute à cette réunion on s'occupera de science médicale et il y aura une exposition scientifique. Mais le temps sera occupé en grande partie par des réunions professionnelles. L'Association britannique des médecins a pris dans ces dernières années l'allure d'un syndicat, et dans ses réunions, elle discute toutes les mesures qui affectent les intérêts des médecins.

Ce qui donne à ces assises une importance considérable, c'est qu'elles représentent une véritable armée de médecins.

Le dernier rapport mentionne un effectif de 22.448 membres répartis sur tout le territoire britannique.

Si l'on se représente que chaque membre paie une cotisation de 31 fr. 25, on voit quelles sommes l'Association encaisse. Disons qu'elle possède un hôtel en plein centre de Londres et toute une administration permanente, un journal, et que son budget s'élève à près de 1.500.000 francs.

Dans la relation de son voyage d'études syndicales à Berlin, Fischer nous a dépeint les merveilles que les syndicats ouvriers allemands sont parvenus à réaliser, grâce au nombre des adhérents.

L'œuvre des médecins anglais révèle de même la toute puissance de l'association.

On comprend qu'ils soient écoutés.

Et quand récemment le grand ministre libéral anglais Lloyd-George déposa son grand projet d'assurances (qui serait un si beau modèle à imiter par un gouvernement anticlérical !), le corps médical s agita.... et dans ses assemblées, il examina les rapports de ce projet avec ses intérêts professionnels.

Il arriva à des conclusions importantes qui furent traduites en vœux.

Et l'on vit alors ce spectacle intéressant.

Le ministre vient dans une réunion où les dirigeants de l'Association exposent les griefs.... et le ministre est interrogé ; il donne ses raisons, il les modifie selon que les arguments des médecins le convainquent ou non.

J'ai lu cette discussion, que j'ai trouvée remarquable par sa sincérité. Nous ne parlerons pas des griefs...., de la revendication du libre choix du médecin à introduire dans l'assistance — (libre choix basé sur le principe de la liberté de conscience) — ni de l'attaque contre les mutuelles qui appliquent au médecin le sweating system, ni du minimum de salaire. Il me suffit d'avoir attiré votre attention sur l'un des plus beaux mouvements d'association parmi les professions médicales.

Et chaque fois qu'une nouvelle loi concernant les médecins voit le jour, elle est commentée par l'Association. Ainsi, les lois sur la déclaration des naissances, sur l'inspection médicale des écoliers, sur les accidents du travail, ont fait l'objet d'une critique en règle.

Sans avoir l'allure de l'Association anglaise de médecine, qui combine l'action syndicale avec l'action scientifique, l'« Union de Leipzig » (Leipziger Verband) qui est le syndicat médical allemand, présente des aspects intéressants. Il est parvenu à grouper 23.500 médecins, ce qui représente 76 p. 100 du corps médical.

Pour conduire ses affaires, il y a un secrétariat médical permanent, 3 médecins et 40 employés.

L'Union de Leipzig gère une bourse du travail, une librairie, une caisse de prêts et d'assurances. Mais la plus grande partie de son activité est consacrée à la lutte contre les caisses d'assurances, la lutte contre la prolétarisation du corps médical.

Elle veut sauvegarder l'indépendance de la profession médicale, et il faut constater que, grâce à des grèves et des luttes intenses, elle est parvenue à des résultats importants.

Sans doute, le mouvement syndical est parfois en opposition avec le progrès social ; ainsi, en Angleterre et en Allemagne, le mouvement syndical des médecins a fait opposition aux assurances. Mais si l'on conçoit difficilement que l'un puisse marcher sans l'autre, il faut reconnaître que l'antagonisme est parfois réel. »

CORRESPONDANCE

A propos des Etudes classiques des Médecins.

Monsieur le Rédacteur en chef,
et cher confrère,

Vous avez écrit des choses excellentes au sujet de la culture classique et de son importance pour le médecin, et comme je les approuve sans réserves, je me garderai bien d'y revenir. Vous avez raison de penser qu'il n'y a nul antagonisme entre les lettres et les sciences, entre la science médicale en particulier et les *humanités*

qui font l'homme complet ; le corps médical compte parmi ses meilleurs professeurs et praticiens des littérateurs exquis, des poètes, de grands artistes, tout imprégnés du génie de la Grèce et de Rome..... Mais vous avez raison plus encore quand vous parlez de l'*influence morale* du médecin. Le plus modeste praticien de campagne, souvent seul et isolé dans un tout petit pays, était généralement autrefois (il l'est souvent encore heureusement) un conseil, un grand ami de tous, que l'on venait consulter non seulement pour les maladies, mais aussi pour se renseigner auprès de celui qui savait, *qui avait lu*, et lu autre chose que sa thérapeutique....

L'homme des champs, qui constitue la majorité, a et aura longtemps encore, quoi que l'on fasse, une déférence particulière pour celui qui *a fait ses classes* latines et grecques, et pour mon compte, je trouve qu'il a parfaitement raison !

Mais il est un autre point dont on ne parle pas assez à mon avis : le médecin *doit* connaître le latin et le grec, parce que toute la terminologie médicale est basée sur ces deux langues. Il est étrange qu'un médecin ignore l'origine et le sens exact des mots anatomie, physiologie, pathologie et obstétrique. Je me souviens à ce sujet qu'à la fin d'une grande consultation, à laquelle je participais il y a peu d'années, sur un cas mental, le plus jeune confrère chargé de la rédaction se déclara incapable d'écrire et d'orthographier le mot « sitiophobie », et je ne vous cacherai pas qu'il y eut un sourire..... Une seule nation, je crois, a réprouvé le langage universel gréco-latin en médecine, c'est l'Allemagne, et ceux d'entre nous qui traduisent l'allemand savent combien cette terminaison allonge et alourdit leur littérature médicale, d'ailleurs si intéressante : il paraît évident que *bronchite* est préférable à *Luftrohren Entzundung*, pour ne citer que ce vocable court et harmonieux ! Au reste, même si nous adoptions, à l'exemple des Allemands, *inflammation des bronches*, nous aurions encore le mot latin *inflammation* ! Nous sommes des latins ; cela peut paraître dur à quelques-uns, mais il faut qu'ils en prennent leur parti ; c'est ainsi !

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère, toutes mes félicitations pour votre campagne en faveur de la culture classique et l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr La Bonnardière.

Les Arcs, 23 octobre 1911.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 5, 12, 18 et 26 *octobre* 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après :

MM. les Docteurs :

2429 Brasseur, à Petit-Quevilly (Seine-Inférieure).
2430 Delaplasse, à Houdan (Seine-et-Oise).
2431 Théophilidès, à Salin-de-Giraud (Bouches-du-Rhône).
2432 Delacour, à Clerval (Doubs).
2433 Veyrat, à Donchery (Ardennes).
2434 Faurons, à Dreux (Eure-et-Loir).
2435 Baillhache, à Dourdan (Seine-et-Oise).
2436 Blotin, à Dourdan (Seine-et-Oise).
2437 Voulet, à Dourdan (Seine-et-Oise).
2438 Salles, à Dourdan (Seine-et-Oise)
2439 Guy, à Limours (Seine-et-Oise)
2440 Bisot, à Forges (Seine-et-Oise).
2441 Tacheron, à Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise).
2442 Comet, à Garancières (Seine-et-Oise).
2443 Ribon, à Liancourt (Oise).
2444 Hillereau, à St-Philbert-de-Bouaine (Vendée).
2445 Neveu, à Rochefort (Charente-Inférieure).
2446 Boussumié, à Aigrefeuille (Charente-Inférieure).
2447 J. Habra, à Rochefort (Charente-Inférieure).
2448 Toussaint, à Sannois (Seine-et-Oise.
2449 Vornière, à Eu (Seine-Inférieure).
2450 Roqueplane, à Gençays (Vienne).
2451 Wies, à St-Genest-Malifaux (Loire).

Par suite des admissions ci-dessus, le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet se trouve être adhérent en totalité au « Sou médical ». En conséquence, il jouira des avantages attachés à cette adhésion globale.

— Le Dr D. envoie la copie de deux jugements, confirmés, sur appel interjeté par les adversaires, lui donnant gain de cause dans deux affaires de recouvrement d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail. Ces jugements seront publiés dans le *Concours médical*.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr D., des frais et honoraires qu'il a eu à payer dans ces deux affaires, s'élevant à 173 francs 50 d'une part et 65 francs 05 de l'autre, soit au total 238 francs 55.

— Le Dr V. annonce qu'il a gagné, grâce aux conseils et aux renseignements de jurisprudence que lui a envoyés le « Sou médical », un procès en recouvrement d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un ouvrier de machine à battre. Le juge de paix a décidé que l'accident ayant eu lieu alors que le moteur n'était pas en marche, n'était pas garanti par la loi du 30 juin 1899 et qu'en conséquence le « tout compris » n'était pas applicab

— Le Dr M. a gagné en justice de paix deux procès en recouvrement d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail dans une clinique payante annexée à un hôpital.

L'un des deux jugements est en dernier ressort. L'adversaire a fait appel de l'autre jugement. Le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire du « Sou » pour défendre à cet appel.

— Le Dr G. a gagné un procès en responsabilité que lui avait intenté une domestique qu'il a accouchée. Celle-ci a été condamnée reconventionnellement à lui payer ses honoraires, et un franc qu'il avait demandé à titre de dommages-intérêts.

— *L'Assemblée générale du « Sou Médical »* est fixée au dimanche 19 novembre prochain, à 4 h. 1/2 du soir.

L'ordre du jour est fixé ainsi qu'il suit :

Allocution du président.

Rapport du trésorier sur les comptes de l'exercice 1910.

Rapport du Secrétariat général sur le fonctionnement du « Sou ».

Rapport sur les syndicats adhérents en totalité au « Sou Médical ».

Ratification de la nomination d'un vice-président et d'un Secrétaire général adjoint.

Election des contrôleurs.

Questions diverses.

Les rapports du trésorier et du secrétariat géral qui doivent être présentés à cette assemblée sont lus au Conseil, qui les approuve.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Vaines chicanes.

Les jugements que nous publions aujourd'hui sous ce titre ne viennent apporter à la jurisprudence que le « Sou médical » s'efforce de maintenir ou d'améliorer en faveur des corps médical aucun *élément nouveau.*

Nous devons même faire remarquer, tant pour rendre hommage à la vérité que pour empêcher nos lecteurs de s'endormir dans une vaine sécurité, que la doctrine de la prescription de deux ans ans en matière d'honoraires pour accidents du travail, admise par le premier jugement et sur laquelle le Tribunal d'appel n'a pas eu à se prononcer, puisqu'il a repoussé l'appel comme irrecevable, a été condamnée par la Cour de Cassation.

Mais nous avons tenu à publier ces jugements pour montrer une fois de plus que les médecins ne peuvent que gagner à ne pas s'incliner, comme ils le font trop souvent, devant les chicanes soulevées par les assureurs, surtout lorsqu'ils sont unis comme le sont les membres du Syndicat de Creil et lorsqu'ils ont pris la précaution de s'affilier au « Sou Médical » qui leur permet de lutter jusqu'au bout sans craindre de dépenser en frais judiciaires et honoraires d'avocats une somme de beaucoup supérieure à l'intérêt principal du litige.

Première affaire.

La Compagnie refuse de payer la note du Dr Debray sous prétexte qu'il n'y a pas eu accident, mais maladie professionnelle (brûlure par le lait de chaux) ; qu'il y a prescription, et enfin que la note n'est pas conforme au Tarif Dubief.

Le Dr Debray poursuivit solidairement les patrons et l'ouvrier, et obtint le jugement suivant :

JUSTICE DE PAIX DE CREIL (Oise).

6 *janvier* 1911.

Attendu que les défendeurs, assistés de M. R...' inspecteur de la Compagnie d'assurances « Le Syndicat de garantie de l'entreprise et de l'Industrie » contestent le bien fondé de la demande du sieur Debray alléguant la prescription aux termes de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 ;

2° Que les honoraires réclamés ne sont pas conformes au tarif ministériel dit Tarif Dubief ;

Attendu que la prescription invoquée par les défendeurs ne peut être retenue, l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 concernant spécialement l'action en indemnité pour les accidents et non les honoraires dus aux médecins ; que la prescription relative à ces praticiens est prévue par l'article 2272, qui indique un délai de deux ans ;

D'autre part :

Attendu que le Dr Debray, sur présentation d'un bon de soins délivrés par les défendeurs le 3 septembre 1908, qui sera enregistré, a soigné et visité le sieur R..., ouvrier blessé à leur service le 27 août 1908 ;

Qu'au mois de mars 1909, le demandeur a, suivant l'usage, adressé une note de ses honoraires au « Syndicat de garantie », note contenant relevé de divers honoraires pour soins aux accidentés y compris l'ouvrier R..., qu'en marge de la dite note et en regard du nom de ce dernier la compagnie d'assurances a écrit à l'encre rouge « rejeté » (note qui sera enregistrée) ;

Attendu que des pièces présentées par les défendeurs il y a lieu de retenir une lettre signée « N... », écrite sur papier du Syndicat de garantie portant empreinte du timbre-date du 28 septembre 1908, répondant à la compagnie d'assurances sur l'accident survenu à R.; qu'il appert de cette lettre que le Syndicat de garantie, avant de s'en remettre à justice, se supplée au magistrat cantonal chargé d'enquêter le cas échéant, conformément aux termes précis de la loi du 9 avril 1898 ; que, par une mentalité spéciale de la plupart des Compagnies, les assureurs essayent par tous moyens d'éviter de remplir les engagments liés ;

Attendu, d'autre part, que les défendeurs ont, à la date du 11 octobre 1910, avisé le Dr Debray que l'accident du 27 août n'avait pas été reconnu par le Syndicat de garantie et de s'adresser à l'accidenté ;

Attendu qu'il résulte de l'ensemble des pièces du dossier que les défendeurs ont, dès l'accident survenu à l'ouvrier R..., délivré à ce dernier un bon de soins, que ce bon a été reçu par le Dr Debray qui a visité et soigné l'accidenté ;

Attendu que le tarif du Syndicat des médecins de l'Oise a été maintes fois accepté par les défendeurs sans aucune protestation de leur part, mais que, par une de ces fantaisies dont certaines compagnies d'assurances sont coutumières, elles ne cessent de contester demi-salaires, honoraires, et jusqu'à la matérialité des accidents ;

Attendu que cette façon de procéder est contraire à l'intention du législateur de la loi du 9 avril 1898 ; qu'il appartient au juge d'apprécier les faits et le bien fondé de la demande ;

En conséquence, rejetons purement et simplement les conclusions des défendeurs présentées par le « Syndicat de garantie » comme étant contraires à l'équité

Par ces motifs :

Nous juge de paix, jugeant en dernier ressort, condamnons T..., père et fils, solidairement entre eux, à payer au Dr Debray la somme de 20 francs due pour les causes sus-énoncées, et à la somme de un franc à titre de dommages-intérêts pour préjudice causé ;

condamnons en outre Thévenot père et fils, sous la même solidarité, aux dépens.

Bien que le jugement fût rendu en dernier ressort, les adversaires firent appel.

Le jugement ci-après déclara cet appel irrecevable.

TRIBUNAL CIVIL DE SENLIS

16 *mai* 1911.

Attendu que T... père et fils ont interjeté appel d'un jugement du juge de paix de Creil du 6 janvier 1911 qui les a condamnés à payer à Debray, docteur, la somme de 20 francs pour soins donnés à l'ouvrier R..., et un franc de dommages-intérêts ;

Mais attendu que les demandes relatives aux frais médicaux sont jugées en dernier ressort jusqu'à concurrence de 300 francs comme toutes les actions personnelles et mobilières ;

Que l'appel n'est recevable que lorsque la compétence d'un juge ou une question de la recevabilité de la loi est soulevée ;

Mais qu'il résulte du dispositif des qualités du jugement dont est appel que T... père et fils ont contesté le bien fondé de la demande en invoquant la prescription, moyen de défense qui ne saurait à lui seul faire qualifier, en une décision, premier ressort ;

Qu'ainsi l'appel n'est pas recevable ;

Par ces motifs :

Le tribunal, statuant contradictoirement en matière sommaire, dernier ressort ;

Déclare l'appel de T... père et fils irrecevable.

Les condamne aux dépens de première instance et d'appel.

Deuxième affaire.

Le 14 octobre, A... se présente à la consultation du Dr Debray, en lui disant qu'il s'est donné la veille, à 4 heures, un coup de marteau sur le pouce gauche. Après avoir constaté l'existence de sa blessure, le Dr Debray lui demande sa feuille d'accident, comme pièce justificative de sa blessure pendant le travail.

« Le Directeur m'a refusé la feuille d'assurance parce que je n'ai pas déclaré ma blessure au bureau tout de suite et que j'ai fini ma journée hier et pourtant j'ai bien été blessé hier, à 4 heures. Ah ! si j'avais voulu aller chez le médecin de l'assurance, ça aurait été tout seul ».

Notre adhérent lui demande alors s'il a des témoins et quels sont leurs noms ? Convaincu de la bonne foi du blessé, après lui avoir demandé quelques détails précis, il rédige deux certificats d'accident en spécifiant qu'A... *lui a dit* avoir été blessé, tel jour, à telle heure, en présence des témoins X. et Y., ; il constate une contusion très violente du pouce gauche avec épanchement sanguin sous-unguéal, décollement partiel de l'ongle nécessitant son ablation ; la blessure est récente, paraît remonter à 24 heures et provient d'une contusion par instrument contondant, tels que coup de marteau, chute d'une grosse pièce sur le doigt.... les certificats et soins sont délivrés au tarif ouvrier du Syndicat des Médecins du canton de Creil (5 fr. les certificats ; — consultation, 2 fr. — pansement, 2 fr..... l'ablation de l'ongle est pratiquée) ; l'ouvrier reçoit les soins jusqu'à la guérison et reprend son travail sans diminution de la capacité de travail.

Le patron refuse de payer la note et le juge de paix rend la décision suivante :

JUSTICE DE PAIX DE CREIL

6 *janvier* 1911

Attendu qu'il résulte des déclarations des témoins entendus après serment, enquête et contre-enquête, que R... a été témoin de l'accident survenu à A... au cours de son travail, que ce témoin tenait le tas lorsque A..., a reçu sur le pouce gauche le coup de marteau qui l'a blessé le 14 octobre 1910 ; que K... confirme le fait, que M... et R... contestent les dires des témoins sus-indiqués, que cependant il y a eu accident, qu'ils n'apportent nullement la preuve qu'A..., ait été blessé hors des ateliers P... et Cie et qu'en conséquence il y a lieu d'inférer que l'accident survenu à A... tombe sous l'application de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ; que c'est à bon droit que le Dr Debray réclame le montant de ses honoraires qui incombent à P..., et Cie ; que l'accidenté A... doit être mis hors de cause ;

Par ces motifs :

Nous, juge de paix, faisant droit aux parties et jugeant en dernier ressort, condamnons P... et Cie à payer au Dr Debray la somme de 30 francs, pour causes sus-énoncées ; condamnons en outre P... et Cie aux entiers dépens

Appel est également interjeté par les adversaires contre ce jugement, que le tribunal d'appel rejette également en ces termes

TRIBUNAL CIVIL DE SENLIS

27 *juin* 1911.

Attendu que par jugement du Tribunal de céans en date du 24 mai 1911, le Dr Debray a été autorisé à prouver que les soins dont il demande le paiement ont bien été donnés par lui à l'ouvrier A..., au service de la Société P..., à cause de l'accident qu'il éprouva au pouce gauche le 14 octobre 1910 au cours de son travail dans ladite Société ;

Attendu qu'il résulte de l'enquête à laquelle il a été procédé à l'audience du vingt juin 1911 que B..., A... a été blessé au cours de son travail, au pouce gauche et qu'immédiatement après l'accident il s'est rendu chez le Dr Debray ;

Attendu que l'ouvrier victime d'un accident du travail peut toujours faire lui-même choix de son médecin et que le chef de l'entreprise doit supporter les frais médicaux ;

Attendu que le sieur Debray est en droit de réclamer à P... et Cie, au service duquel était l'ouvrier victime, le montant de ses honoraires s'élevant à la somme de 30 francs ;

Attendu d'autre part que le docteur Debray réclame cinq cents francs à titre de dommages-intérêts ;

Attendu qu'il ne peut se prévaloir, en raison des accidents dont les ouvriers sont victimes d'aucunes dispositions autres que celles de la loi du 9 avril 1898 ;

Par ces motifs :

Le Tribunal, statuant contradictoirement, matière sommaire dernier ressort, dit que P... et Cie paieront au Dr Debray la somme de 30 francs montant de ses honoraires pour les soins donnés à l'ouvrier ;

Confirment en conséquence purement et simplement le jugement entrepris pour être exécuté selon sa forme et teneur ;

Déclare irrecevable l'action en dommages-intérêts formée par le Dr Debray ;

Condamne P... et Cie et le Dr Debray chacun en la moitié des dépens et à l'amende.

Finalement, et bien qu'ayant gagné chacun de ces deux procès devant deux juridictions, le Dr Debray eut à supporter les frais suivants :

Pour la première affaire : 65,05 ;

Pour la seconde : 173,50.

Soit au total : 238,55.

Ces frais lui ont été remboursés intégralement par le « Sou médical ».

« Vous avouerez, nous écrit-il, que la Justice coûte cher en France, et que ce serait à vous dégoûter de se défendre si on ne se savait soutenu par un organe comme le « Sou médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

— Clinique annexe d'oto-rhino-laryngologie. — Tableau général des *cliniques, conférences* et *exercices pratiques* qui seront donnés dans le *service oto-laryngologique de l'hôpital Lariboisière* pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1911-1912.

1° *Enseignement clinique permanent.* — L'enseignement clinique par M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière, aura lieu tous les matins à 9 heures à partir du 2 novembre 1911.

2° *Cours pratique et élémentaire de technique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours sera fait par M. Sébileau, assisté de M. Lemaître, oto-laryngologiste des hôpitaux, et de M. Halphen, ancien interne des hôpitaux, assistant du service.

Il commencera le mardi 14 novembre 1911 à 9 heures à Lariboisière (salle des conférences, et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, il comprendra *douze* conférences. Ce cours essentiellement pratique est destiné aux docteurs et étudiants qui désirent suivre le service pendant l'année scolaire ou qui veulent avoir des notions générales de la spécialité. Les élèves seront exercés individuellement au maniement du laryngoscope et des divers instruments employés en oto-rhino-laryngologie. Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires de la Faculté inscrits dans le service. Pour les autres auditeurs, le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service.

3° *Cours pratique et élémentaire de clinique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours (avec présentation de malades) commencera le mardi 12 décembre 1911, à 9 heures (hôpital Lariboisière), salle des Conférences ; il se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure et se terminera en février 1912.

Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires inscrits dans le service.

Pour les autres auditeurs, le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service.

4° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement sera fait sous la direction de M. Sébileau ; il comprendra : a) des conférences d'*anatomie chirurgicale spéciale* par M. *Grivot*, oto-laryngologiste des hôpitaux et M. Rouget. Ces conférences auront lieu les lundi 22, mercredi 24 et vendredi 26 janvier 1912 à 2 h. 1/2 ; b) un cours d'*opérations spéciales* par MM. *Sébileau, Lombard,* oto-laryngologistes des hôpitaux, à l'hôpital Laënnec, et *Grivot*. Ce cours commencera à 2 heures 1/2, le lundi 30 janvier 1912, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure jusqu'au 14 février inclus ; c) des conférences sur l'*acoumétrie* et l'*exploration fonctionnelle de l'appareil auditif* par M. Halphen. Ces conférences auront lieu le matin à 9 heures à l'hôpital Lariboisière du 12 au 17 février 1912 ; d) des conférences théoriques et pratiques de *broncho-œsophagoscopie* par M. Lemaître. Ces conférences auront lieu le matin à 9 heures à l'hôpital Lariboisière, les vendredi 16, samedi 17 et dimanche 18 février 1912 et l'après-midi à 2 heures à l'amphithéâtre des hôpitaux le vendredi 16 février 1912 ; e) des conférences d'*anatomie pathologique et de bactériologie* à l'usage des spécialistes par MM. André et N., chefs de laboratoire. Ces conférences auront lieu du 19 au 26 février 1912 les lundis, mercredis et vendredis à 2 heures. Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire de perfectionnement est de 150 francs ; on peut s'inscrire pour un seul cours, le droit à payer est de 10 francs. Se faire inscrire dans le service.

La vente des sérums. — Les tribunaux commencent à faire état de la jurisprudence instaurée récemment par la cour de cassation, à propos de la vente des sérums.

Pour infraction à la loi sur les sérums, le docteur R... comparaissait la semaine dernière devant la dixième chambre correctionnelle.

La prévention reprochait au docteur R... d'avoir inoculé à ses malades un sérum non autorisé, sérum tiré du sang de singes immunisés contre l'avarie.

Chacune des injections faites par le docteur R... était cotée 250 francs.

Sur réquisitoire de M. le substitut Lafon et après plaidoirie de Me Joseph Hild, le tribunal a condamné le docteur R... à 100 francs d'amende.

— Le progrès en chemin de fer. — L'administration des chemins de fer suisses vient de mettre en circulation quatre voitures de grand luxe, destinées aux malades qui se rendent aux stations thermales et climatériques du pays.

Ces wagons, chauffés à la vapeur, éclairés à l'électricité, comprennent une véritable chambre de malade, avec un lit métallique complet, une chaise longue pouvant être transformée en deuxième lit et un fauteuil, ces deux derniers meubles étant recouverts de cuir lavable.

A côté se trouve un compartiment pour le médecin qui accompagne le malade et des compartiments de wagons-lits, de première et de deuxième classe, pour la famille et les domestiques. Il y a encore une cuisine électrique et un cabinet de toilette ; l'aération est assurée par des ventilateurs électriques, et l'on peut emporter 1000 litres d'eau.

Ces voitures sont équipées de façon à pouvoir circuler sur toutes les voies d'Europe et pour pouvoir s'accrocher à tous les rapides.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

**Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.**

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-troisième année. N° 46 Dimanche 12 NOVEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

AVIS IMPORTANT

A la dernière heure, nous venons d'être avisés que les Compagnies de Chemins de fer accordent le demi-tarif **aux membres** *de la Mutualité familiale (hommes ou femmes) qui viendront à leur ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU* 19 *NOVEMBRE.*

Nous ne pourrons donner suite *qu'aux demandes qui nous parviendront le MARDI* 14 *NOVEMBRE* **au plus tard.**

Nous indiquer la gare de départ et les réseaux parcourus.

Les billets sont valables du 16 au 22 novembre et ne seront accordés que pour des distances supérieures à 50 kilomètres.

AVIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

du « CONCOURS MÉDICAL » et de ses filiales (19 novembre 1911)

Nos Assemblées générales annuelles auront lieu le **Dimanche 19 novembre 1911**, dans les salons du *Restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

A 2 *heures précises*, Assemblée générale de la **Mutualité familiale du Corps Médical** ;

A 3 *heures* 1/2, Assemblée extraordinaire et assemblée ordinaire de la **Société Civile du Concours Médical** ;

A 4 *heures* 1/2, Assemblée générale du **Sou Médical**.

Le **Banquet** commun aura lieu, à 7 heures, au *Restaurant Marguery*. La cotisation, payable à l'entrée, est de **15 francs**, la Société civile du Concours prenant à sa charge le supplément des frais.

Prière d'aviser de sa présence, *autant que possible* **avant le 15 novembre**, en vue des dispositions à prendre et pour éviter de n'être pas admis faute de place.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — **Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les** *membres du Concours*, **en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le** *Conseil de Direction* **soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.**

Les Sociétés locales ont déjà commencé à tenir leurs réunions en vue d'examiner les questions qui leur ont été soumises par le Conseil général de l'A. G. (Circulaire datée du 27 mai 1911).

L'Assemblée générale de la MUTUALITÉ FAMILIALE *du 19 novembre prochain serait heureuse de savoir si les membres de l'Amicale et de la Caisse des Pensions (qui constituent la Mutualité familiale) ont su obtenir de leurs sociétés locales le vote favorable 1° au contrat entre l'A. G. et la Mutualité familiale ; 2° au versement des 0,80 par adhérent en vue de la diminution de prime afférente aux retraites de 360 francs et au-dessous ; 3° à la subvention globale de l'A. G. à la M. F.*

La Savoie, le Jura, l'Yonne, l'Oise, l'Ain, etc., nous sont déjà connus comme ayant donné le bon exemple.

Quelles sont les Sociétés qui l'ont suivi ?

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA M. F.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Séance du Conseil d'administration du 19 octobre 1911, préparatoire de l'Assemblée générale.

Présents : MM. Lande et Gairal, présidents d'honneur ; Maurat, président ; Delefosse et Noir, vice-présidents ; Gassot, trésorier ; Vimont, trésorier-adjoint ; H. Mignon, secrétaire général ; Boudin, Jeanne, secrétaires des séances.

Le procès-verbal de la séance du 28 septembre est lu et adopté.

M. le Dr Maurat fait connaître les démissions de MM. les Drs Bresselle, secrétaire général adjoint, de Ranse, membre du Conseil d'administration, Lepage, membre du Conseil d'arbitrage pour des raisons qu'il est obligé d'accueillir tout en les regrettant.

Le Conseil donne à M. le Dr Vimont tous pouvoirs et droits de signature pour la gestion des dépôts en banque et des valeurs constituant le portefeuille, sous le contrôle et avec l'assistance de la commission composée de MM. Maurat et Jeanne ou Boudin.

Le Conseil entend le rapport de M. Gassot sur la façon dont il a établi, d'accord avec M. Fleury, actuaire, le compte général de l'ancienne combinaison C de l'Amicale gérée jadis par la Caisse *des Pensions* et devenant combinaison fermée de al *Mutualité familiale*. Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité.

Le Conseil adopte le principe d'une indemnité pour le secrétaire général adjoint et pour le trésorier adjoint à partir du 1er janvier 1912.

Il fixe l'indemnité à proposer à 600 francs par an pour chacun d'eux.

M. le docteur Jeanne expose que les dépenses faites en vue de la création de la *Société métropolitaine* se sont élevées à 206 fr. 50, somme qui devait être payée par la future Société dès sa constitution. Or, dans un esprit d'entente confraternelle avec la Société centrale, cette constitution a été ajournée sine die. Comme la Société *métropolitaine n'était créée que dans le but* d'assurer le recrutement des Sociétés dont la fusion a constitué la *Mutualité familiale*, et que ce but est atteint par accord avec la Société centrale, il serait équitable de porter cette somme de 206 fr. 50 aux frais de premier établissement de la Mutualité familiale. (*Adopté*.)

Le Conseil décide l'impression de 3.000 exemplaires des statuts et commentaires qui les accompagnent.

Il décide également l'impression à 2.000 exemplaires d'un papillon de propagande.

M. Gassot, trésorier, expose que le compte de gestion va présenter en fin d'année une insuffisance puisqu'il ne comprend pas les recettes normales d'un demi-exercice et que, d'autre part, il comprend en dépenses les frais de premier établissement de la Société.

Il propose que la caisse auxiliaire fasse au compte de gestion l'avance de la somme nécessaire à assurer la balance des recettes et des dépenses : cette somme serait remboursée par les excédents de recettes des exercices ultérieurs. (*Adopté*).

M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport pour l'Assemblée générale.

M. Gassot, trésorier, donne lecture du rapport financier sur l'exercice 1910, pour la même Assemblée générale.

Ces rapports sont adoptés. Ils seront publiés dans le no 46 du *Concours médical* (12 novembre 1911).

Conformément à l'article 11 des statuts, le Conseil d'administration désigne M. le Dr Lugeol, de Bordeaux, comme membre du Conseil en remplacement de M. le Dr de Ranse, démissionnair

Le Conseil fixe l'Assemblée générale annuelle au dimanche 19 novembre 1911, à deux heures, dans les salons Marguery.

L'ordre du jour est ainsi dressé :

1o Allocution du Président

2o Rapport du Secrétaire général ;

3o Rapport du trésorier

4o Rapport des commissaires des comptes ;

5o Approbation des comptes de l'exercice 1910 ;

6o Ratification par l'Assemblée de la désignation de M. le Dr Lugeol, de Bordeaux, comme membre du Conseil d'administration et M. le Dr Levassort comme membre du conseil d'arbitrage ;

7o Rapports de la Mutualité Familiale avec l Association générale des médecins de France ;

8o Questions diverses.

Pour extrait conforme :

Le Secrétaire des séances, Dr JEANNE.

Le Président Dr MAURAT.

Rapport de M. le Dr Mignon secrétaire général.

Mes chers Confrères,

Deux trimestres seulement viennent de s'écouler depuis la fondation de la Mutualité familiale et quoique, en réalité, cette association ne soit qu'une transformation et une simplification de sociétés mutuelles déjà existantes et en pleine vitalité, il est encore trop tôt pour avoir obtenu des résultats nouveaux dignes de vous être signalés.

Une soixantaine d'adhésions sont venues grossir les anciens groupements ; c'est naturellement la branche indemnité-maladie, l'ancienne Amicale, qui en a le plus profité ; les sections P et R ont reçu environ 30 adhésions et la Caisse des veuves a admis quelques membres, beaucoup trop peu à notre avis.

Je n'insisterai pas longtemps sur la situation de notre combinaison A. Riche de 1.800 membres et du capital dont notre trésorier vous donne plus loin le total et la constitution, elle garde les faveurs du corps

médical français ; les services qu'elle rend sont assez grands pour qu'elle en soit fière. Il serait banal de vous lire les lettres de reconnaissance que reçoit chaque semaine votre secrétaire général ; elles sont trop. Il vous suffira, je pense, de savoir que cette année nous verserons sensiblement plus de 100.000 fr. d'indemnités.

Permettez-moi d'insister un instant sur ce point. Cette année, pour la première fois, sans qu'aucune épidémie grave ait particulièrement sévi, le chiffre des indemnités à verser va équilibrer sinon dépasser le montant des cotisations et nous avons remarqué que si le pourcentage des malades est toujours le même, la durée des incapacités de travail s'est sensiblement élevée. Il est vrai que l'été torride que nous avons eu à supporter a pu mettre sur le flanc un nombre inaccoutumé de praticiens et les tenir au lit plus longtemps que les années précédentes. Mais ce qui doit nous préoccuper surtout, c'est le nombre toujours croissant de nos chroniques, j'allais dire de nos rentiers. Nous en avons près de quarante actuellement et à 1.200 fr., chaque, cela fait plus de 45.000 fr., par an *à sortir de la caisse rien que pour ce service.*

Or, nos primes n'ont pas été calculées pour faire des pensions à nos sociétaires. Ce nombre de 40 chroniques mérite d'éveiller toute notre attention : un pensionné sur 45 membres c'est beaucoup plus que nous n'avions droit de le prévoir après 15 ans d'exercice et sans vouloir rien présumer des conclusions du prochain inventaire,qui est déjà en préparation, nous estimons que dès maintenant, il convient de prendre les mesures nécessaires et de veiller à une situation qui pourrait être un danger pour l'avenir.

L'an dernier, en face du beau résultat du bilan que nous présentait notre trésorier, quelques-uns de nos meilleurs amis ont proposé d'utiliser une partie de nos réserves à l'augmentation des indemnités qui deviennent réellement un peu maigres par ce temps de vie chère. Vous voyez par l'indication ci-dessus que votre Conseil d'administration a eu raison de vous demander d'attendre le prochain inventaire avant de rien tenter dans ce sens.

Avant de songer à augmenter le taux de l'indemnité,on a le droit de se demander s'il n'y aurait plus lieu de chercher à diminuer le nombre des indemnisés.

Or, votre secrétaire général ne peut rien en cette affaire ; il ne connaît ses malades que par les lettres et les bulletins qu'il reçoit. Y a-t-il certains abus, certaines exagérations, c'est possible, mais il n'en sait rien et n'en a aucune preuve.

Seuls les correspondants locaux peuvent enquêter et renseigner ; et avant de prendre aucune autre mesure, votre bureau vous demande de charger chacun de vos correspondants de faire dans sa région une enquête discrète sur chacun des confrères chroniques dont il aura la liste et de nous donner son impression impartiale sur chaque situation.

Cette enquête serait, à mon avis, la meilleure préface qu'on puisse faire au prochain inventaire.

En ce qui concerne les combinaisons P et R, votre Conseil regrette sincèrement le nombre relativement petit d'adhésions recueillies jusqu'ici. Il faut reconnaître, en effet, que ces deux combinaisons présentent de multiples avantages sur l'ancienne Caisse des pensions qu'elles remplacent. Sans compter qu'au point de vue administratif, la transformation opérée a réduit au strict minimum les frais de gestion, elle permet aux adhérents de souscrire selon leurs ressources personnelles autant de parts qu'ils désirent, de 1 à 10, et leur donne ainsi la possibilité de s'assurer les petites pensions tant réclamées par le prolétariat médical.

Songez que pour 15 fr., par an, un jeune confrère de 25 ans s'assure à 60 ans une pension de 120 fr., et pour 45 fr., il aura la pension de 360 fr., celle qui semble attirer le plus l'attention des petits praticiens si j'en crois ma correspondance journalière, celle sur laquelle j'insiste le plus, moi aussi, parce que, entre autres mérites, elle exige une prime véritablement peu onéreuse pour donner une pension qui serait, pour beaucoup, un secours déjà très précieux ; on pourrait presque dire de la combinaison à 360 fr., que c'est elle qui demande le moins d'efforts pour donner le plus de résultats.

Enfin, pour une prime de 150 fr., à 25 ans, on a la pension type de 1.200 fr., et une surprime de quelques francs par an contre-assure les primes versées.

Un certain nombre de confrères, soit à cause de leur âge, soit à cause de leurs ressources, préfèrent ne demander la pension qu'à 65 ans ; ils peuvent alors entrer à la section R où ils trouveront une prime encore moins élevée puisque pour un adhérent de 25 ans la cotisation n'est que de 8 fr. 40 par part et se contre-assure par une surprime de 3 fr.

Avouez que le sacrifice est léger et qu'il n'y a pas un jeune confrère en exercice qui ne puisse s'inscrire à une telle combinaison et s'assurer ainsi l'indispen*sable pour ses vieux jours.*

Naturellement aucune pension ne peut être servie avant l'âge minimum de 60 ans et vous savez, d'autre part, que les statuts exigent un minimum de 15 années de participation, mais les confrères ayant plus de 45 ans pour la combinaison P ou plus de 50 ans pour la combinaison R ne se voient pas, pour cela, privés des avantages de notre Association ; ils peuvent, en effet, eux aussi, souscrire pour une ou plusieurs parts et toucher leur retraite après leurs 15 années de participation. Pour ne pas allonger indéfiniment les tableaux de primes et les barèmes, nous n'avons pas demandé à notre actuaire de faire les calculs de primes pour tous les âges, mais M. Fleury est en permanence à notre disposition pour calculer la cotisation de tous ceux qui se trouvent en dehors des cas prévus par les tableaux de primes.

C'est ce que signifie, en réalité, l'article 54 des statuts, article dont la rédaction pourtant très claire a faire croire à quelques-uns qu'il *suffisait* de 15 ans de participation pour avoir la retraite, quel que soit l'âge d'entrée *après* 45 *ans*, puisque le principe fondamental des statuts est qu'aucune retraite ne peut être servie avant 60 ans.

En somme, vous le voyez, nos combinaisons P et R sont à la fois la providence des jeunes par le bon marché de la prime et des anciens par leur élasticité, puisqu'elles permettent aux premiers d'assurer leur vieillesse par une cotisation réellement basse et aux seconds de ne pas se voir fermer la porte d'une œuvre de prévoyance qui leur plaît sous prétexte qu'ils sont nés trop tôt.

Un certain nombre d'entre vous, membres de l'ancienne combinaison C de l'*Amicale, auraient voulu pas*ser à la combinaison P pour avoir leur retraite à 60 ans, la plupart ont été effrayés de la surprime qui leur était demandée, mais, mes chers confrères, n'oubliez pas qu'en passant de C à P. vous touchez 6.000 fr., de plus et vous payez 5 primes de moins ; cela vaut bien, dites, la surprime que vous demande notre actuaire, car lui est l'esclave de ses chiffres et de ses calculs.

Notre ancienne caisse des veuves, elle aussi, a subi une amélioration sensible puisque, comme pour les autres combinaisons on peut y souscrire par part, ce qui permettra à beaucoup de confrères d'assurer l'avenir de leurs veuves selon leurs ressources.

Ceci dit, laissez-moi vous avouer notre stupéfaction devant l'indifférence de la masse des médecins français vis-à-vis d'une œuvre comme la combinaison V.



Cette caisse des veuves compte actuellement, après 3 ans d'exercice, 28 membres ; nous ne pouvons croire que les obligations statutaires soient le principal obstacle à un plus grand nombre d'adhésions ; les quelques paperasses à fournir sont indispensables au calcul des primes et l'obligation d'entrer à l'A. G., n'existe plus pour la femme de l'adhérent ; la prime type est divisible en 5 parts, ce qui permet à chacun de souscrire d'abord selon ses moyens, quitte à augmenter le nombre des parts quand la situation s'améliore.

Alors ? est-ce que le médecin français serait égoïste au point de ne pas s'inquiéter de l'avenir de sa femme ou de ses enfants s'il venait à mourir prématurément? Nous ne pouvons le croire.

Nous estimons plutôt qu'il y a là surtout de l'ignorance, de l'inertie, de l'indifférence et une propagande insuffisante.

Aussi, est-ce le moment de faire appel à nos correspondants, de stimuler leur zèle, de leur montrer leur devoir et de leur rappeler que c'est à eux de veiller à la fois sur le présent et sur l'avenir d'une Société qui sera un peu ce qu'ils le feront.

Oui, chers correspondants, la Mutualité familiale est votre œuvre, vous devez la défendre et la protéger dans sa vie actuelle comme dans sa vie future ; votre Conseil a le droit de compter sur vous pour l'aider dans sa tâche de chaque jour et parmi les devoirs qui vous incombent, permettez à votre secrétaire général de vous signaler les deux plus importants.

Le premier, j'y ai fait allusion plus haut, c'est la surveillance discrète et protectrice à la fois de nos chroniques. Vous devrez nous signaler tous ceux dont la situation est la plus pénible et la plus intéressante afin que nous en tenions compte tout d'abord au jour des améliorations possibles ; vous devez parallèlement nous signaler ceux qui pourraient, par une sorte d'indifférence, un peu égoïste et inconsciente, abuser de la situation que nous leur faisons, soit en tardant à reprendre leur travail alors qu'ils le pourraient, soit en l'ayant déjà repris en partie à notre insu.

Je ne crois pas que le cas existe ; il suffit qu'il puisse exister pour que notre devoir soit de vous le signaler. Certes, l'indemnité chronique est de droit pour tout sociétaire malade et incapable d'exercer, mais n'y aurait-il pas quelque chose d'un peu immoral dans une œuvre comme la nôtre, si certains confrères, sachant que l'équilibre de notre budget est menacé par le trop grand nombre de cas chroniques, faisaient appel à notre caisse sans qu'ils y soient absolument obligés par leur état de santé et par la modicité de leurs ressources.

J'en profite pour vous signaler, en même temps qu'à nos chroniques, une faute administrative fréquente. Beaucoup de nos malades à 1.200 fr. par an négligent de nous donner régulièrement de leurs nouvelles, et il nous est arrivé déjà d'envoyer des indemnités trimestrielles à des confrères décédés dans le cours de ce même trimestre sans que nous le sachions. Notre Conseil a donc décidé qu'à l'avenir tout malade chronique qui n'aura pas donné de ses nouvelles dans la semaine qui précède la réunion du Conseil, c'est-à-dire dans la dernière semaine de mars, juin, septembre et décembre ne recevra pas, ce trimestre-là, l'indemnité qui lui est due et devra attendre le trimestre suivant sous réserve des amendes prévues aux statuts s'il est démontré qu'il y a négligence de sa part.

Le second devoir qui vous incombe, mes chers correspondants, c'est celui de la propagande. Dois-je vous dire que cette année elle a été généralement peu fructueuse, en dehors des tournées de l'apôtre Boudin et de quelques provinces fidèles toujours les mêmes ; j'ai reçu peu de candidatures en comparaison du nombre considérable de demandes de renseignements auxquelles j'ai eu à répondre. Je veux bien admettre que la transformation de nos anciennes caisses a un peu dérouté tout le monde. Mais à l'heure actuelle, il n'y a plus de temps à perdre, tous nous devons redoubler d'efforts ; vous avez dans la main un instrument admirable, à la fois très simple et très souple, se prêtant merveilleusement à toutes les formes de la mutualité comme à toutes les bourses, prêt à toutes les améliorations possibles sans qu'il soit nécessaire de rien changer à son organisation. A vous, mes chers confrères, de veiller à la suppression des abus s'il y en avait, à vous de nous recruter à force de patience et de ténacité le plus grand nombre possible d'adhésions ; le nombre c'est la force. N'oubliez pas, et ce sera mon dernier mot, qu'il n'y a pas d'amélioration possible, pas d'augmentation d'indemnité, pas de modification du taux des primes sans une très sérieuse augmentation du nombre des adhérents.

Rapport de M. le Dr Gassot, trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

C'est encore le rapport financier de l'Association Amicale que j'ai à vous présenter d'abord puisque ce rapport a trait à l'exercice 1910.

Au 31 décembre 1909, nous étions 1473 membres. Au cours de l'année, le conseil d'administration a prononcé 122 admissions, nous serions donc 1595 si nous n'avions perdu 24 membres, savoir : 14 par décès, 5 par démission, 2 par radiation, 2 par âge et 1 par départ d'Europe.

Nous restons, au 31 décembre 1910, au nombre de 1571, savoir :

1111	membres inscrits à la combinaison A.
6	membres inscrits à la combinaison 1/2 A.
444	membres inscrits à la combinaison B.
10	membres inscrits à la combinaison 1/2 B
1571	

En outre, 163 de ces membres étaient inscrits à la combinaison C, 1 à 1/2 C et 21 étaient inscrits à la combinaison D.

Vous voyez que nous étions en bonne situation pour constituer le noyau de la future Mutualité Familiale.

Voici maintenant l'exposé des comptes pour cet exercice 1910.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à la somme de 165.889 fr. 51 savoir :

Cotisations	153.582 90
Intérêts	10.175 49
Recouvrements et rappels	1.426 70
Dons	68 » »
Remboursements de valeurs	490 92
	165.744 01
Remboursement à la Caisse auxiliaire	145 50
Total	165.889 51

Dépenses.

Les dépenses pendant la même exercice se sont élevées à 136.589 fr. 37 savoir :

Matériel	98 40
Impressions	472 50
Frais de poste	556 30
Timbres quittances	302 90
Frais de recouvrements et rappels	389 35
Frais de banque	89 35
A Reporter	1.908.80

Report.......		1.908 80
Indemnités au secrétaire général et au trésorier......	3.200 »»	
Frais de propagande.......	160 »»	
Frais de déplacement......	25 »»	5.293 80
Indemnités maladie..................		90.381 95
		95.675 75
Plus pour ordre :		
Versements par la Caisse auxiliaire	622 »»	
Ristournes..............	532 25	
Versements à D..........	7.677 17	
Versements à C..........	32.082 50	40.913 92
Total		136.589 67

Balance des Comptes.

Si aux recettes de l'exercice..........		165.889 51
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1909...........	33.860 70	
Moins ce qui était dû au trésorier à la même époque.	20.711 68	13.149 02
On trouve.......		179.038 53
et si l'on retranche les dépenses.......		136.589 67
Il reste un excédent de......		42.448 86

Dont l'emploi a été fait de la manière suivante :

1° Achats de valeurs :

20 obligations chemin de fer du Nord 3 % nouvelles....................	8.841 15
8 obligations Chemin de fer Orléans 3 % anciennes	3.595 85
21 obligations chemin de fer Midi 3 % anciennes	9.062 25
20 obligations chemin de fer Dauphiné 3 %	8.635 60
	30.134 85

2° Espèces :

A la Société générale.......	8.587 56	
En Caisse	3.726 45	12.314 01
Total égal...........		42.448 86

Les comptes de l'exercice 1910 étant ainsi établis, je dois vous donner la situation des diverses combinaisons

Combinaisons A et B.

Ces deux combinaisons qui servent l'indemnité-maladie et sont les bases mêmes de l'Association Amicale possèdent : 355.541 fr. 75.

Combinaison A (1/2 à comprise)......	149.876 88
Combinaison B (1/2 B comprise)......	205.664 87
	355.541 75

Combinaison C.

Vous savez qu'elle était gérée par la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français. Ses comptes ne peuvent donc figurer dans l'exercice 1910.

Combinaison D.

La combinaison D, qui doit servir la pension aux veuves et aux orphelins et qui est de création encore toute récente, possède 11.205 fr. 11 représentés par

7 obligations chemin de fer de l'Ouest 3 % anciennes...................	3.031 65
18 obligations chemin de fer de l'Ouest 3 % nouvelles	8.018.75
	11.040 40
Espèces	164 71
	11.205 11

Caisse auxiliaire.

Elle possédait au 31 décembre 1909 :.....		4.680 10
Nous lui avons versé le montant des dons.		68 00
Il lui a été remboursé................		145 50
		4.893 60
Mais elle a versé à des sociétaires	622 »»	
et elle a versé pour la propagade	160 »»	782 »»
Elle possède donc au 31 décembre 1910		4.111 60

De telle sorte que l'avoir général de l'Association Amicale, moins la combinaison C dont elle n'avait pas la gestion, comporte un total de 370.858 fr. 46 savoir :

Combinaison A et B.................	355.541 75
Combinaison D	11.205 11
Caisse auxiliaire...................	4.111 60
	370.858 46

représenté par :

	Prix d'achat
600 fr. Rente Française 3 %................	21.120 55
39 Obl. tunisiennes 1892	18.435 06
10 Obl. Gouv. Gén. de Madagascar........	4.637 50
40 Obl. Gouv. Gén. de l'Algérie	18.200 »»
19 Obl. Départ. de l'Aude 3,44 %..........	9.388 76
20 Obl. Ville de Paris, 2 % 1899	8.220 25
30 Obl. Ch. de fer Est 3 % anc............	14.208 53
10 Obl. Ch. de fer Es 3 % nouvelles......	4.683 41
40 Obl. Ch. de fer P.-L. M. fusion nouvelles..	19.140 25
19 Obl. Ch. de fer P.-L. M. fusion anciennes..	8.925 92
49 Obl. Ch. de fer Midi 3 % anciennes......	21.975 44
20 Obl. Ch. de fer Midi 3 % nouvelles.......	8.708.60
20 Obl. Ch. de fer Bourbonnais 3 %	8.748.66
20 Obl. Ch. de e. Dauphiné 3 %	8.635 60
40 Obl. Ch. de fer Orléans, 3 % anciennes.	17.853 45
19 Obl. Ch. de fer Orléans 3 % nouvelles..	8.547 85
60 Obl. Ch. de fer Grand Central 3 %........	27.714 02
20 Obl. Ch. de fer Nord 3 % nouv..........	8.441 15
20 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % anciennes......	8.044 70
20 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % nouvelles.......	8.708 60
120 Obl. Ch. de fer Oues 2,5 %	49.320 »
30 Obl. Ch. de fer Est Algérien 3 %.......	13.037 35
30 Obl. Ch. de fer Ouest Algérien 3 %.......	12.900 »
15 Obl. Banque Hypothécaire 1880.......	8.493 »
20 Obl. Foncières 1883.	9.198 40
	347.507 05
A la Combinaison D :	
7 Obl. Ch. de fer Ouest, 3 % avec..........	3.031 65

18 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % nouvelles.......		8.018 75
		358.547 45
2° Espèces :		
A la Société Générale....	8.587 56	
En Caisse (1)..	3.723 45	12.311 01
Total égal..........		370.858 46

Sans doute, si l'on compare le prix d'achat des valeurs au cours du 31 décembre 1910, on trouve une moins-value de 10.500 francs ; mais nous n'avons nul besoin de vendre, nous n'avons qu'à attendre le remboursement au pair qui nous donnera au contraire un bénéfice très appréciable.

C'est dans ces conditions que nous avons voulu élargir notre action en fusionnant avec la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français, pour former la Mutualité familiale.

Chaque combinaison étant autonome et indépendante de ses voisines, aucun péril n'est à craindre pour les anciens sociétaires dont la situation reste identiquement ce qu'elle était antérieurement. Nous changeons simplement de titre, regrettant certainement cette appellation d'Association Amicale que les bonnes relations avec tous nos adhérents avaient amplement justifiée.

Le Trésorier :
A. GASSOT.

Caisse des Pensions.

M. le Dr Verdalle a présenté les comptes de l'année 1910 de la manière suivante :

La Caisse avait, au 1er janvier 1910, une encaisse de 51.234 fr. 14 ; elle a payé presque immédiatement 37.215 fr. de retraites.

Les encaissements se sont élevés à la somme de 113.470 fr. 72, savoir :

Cotisations	76.797 85
Remboursements de valeurs.........	6.471 47
Intérêts des valeurs en portefeuille....	29.341 70
Intérêts des comptes courants........	859 70
Total.............	113.470 72

Les valeurs remboursées sont les suivantes :

150 fr. de rente 3 % amortissable......	4.995 »
1 obligation Paris-Orléans...........	492 05
1 obligation P.-L.-M.................	490 88
1 obligation Banque Hypothécaire 1881	493 54
Total..........	6.471 47

Les dépenses de l'exercice se sont élevées à 114.982 fr. 20 savoir :

Paiement des retraites...............	37.215 »
Achats de valeurs..................	72.604 30
Frais généraux......................	5.162 90
Total..........	114.982 20

Les achats de valeurs sont les suivants :

150 obligations Ouest nouvelles.......	65.280 15
1 obligation Paris-Orléans...........	436 »
1 obligation Banque Hypothécaire 1881.	428 »
2 obligations Banque Hypothécaire 1880	1.174 »
1 obligation Ouest nouvelle..........	431 »
150 fr. de rente 3 % amortissable.....	4.855 15
Total.............	72.604 30

(1) En caisse, 3.723 45 au lieu de 3.726 45, car il était dû 3 fr. à la combinaison C.

La situation de la Caisse était donc au 31 décembr 1890 de 49.722 fr. 66, en effet :

En Caisse au 1er janvier 1910.........	51.234 14
Encaissements de 1910..............	113.470 72
	164.704 86
Dépenses de l'exercice 1910..........	114.982 20
Reste :	49.722 66

Ces comptes sont conformes aux livres de comptabilité du Dr Verdalle, mais, par suite de retards dans certains encaissements, ils seront légèrement rectifiés par les comptes de l'exercice 1911.

Ils ne pourront donc être soumis à l'examen des commissaires des comptes et à l'approbation de l'Assemblée générale que simultanément avec les comptes de l'exercice 1911.

La remise des titres et espèces, constituant l'avoir de la Caisse des Pensions, a été faite par le Dr Verdalle, conformément à ses écritures, entre les mains de la Commission constituée à cet effet.

PROPOS DU JOUR

De la nécessité d'instruire les étudiants des choses qui concernent l'exercice de leur profession. Les Conférences du Dr C. Rabère, de Pauillac, à l'Association corporative des Etudiants en médecine de Bordeaux.

Ce n'est certes pas là une chose nouvelle ; mais, très longtemps négligée, l'éducation professionnelle du jeune médecin prend, chaque jour, davantage un caractère d'actualité.

Les livres hippocratiques contiennent toute une série de traités qui nous montrent quel souci les Asclépiades et leurs successeurs avaient d'elle. Sans rappeler le *Serment*, connu de tous, les traités de la *Loi*, du *Médecin*, de la *Bienséance* et des *Préceptes* nous offrent une longue suite de conseils moraux et pratiques sur l'exercice même de la profession où l'auteur ne dédaigne pas de parler d'honoraires, de flétrir les charlatans, et d'indiquer à l'étudiant jusqu'à la manière de s'habiller et de se conduire.

Il faut lire la *Loi* pour connaître la haute idée qu'Hippocrate a de la médecine, « de toutes les professions la plus noble », et pour savoir combien il regrette que « parmi les médecins, beaucoup le soient par le titre et bien peu le soient par le fait ».

Il faut lire dans l'*Art* comment le même Hippocrate traite les sophistes, contempteurs de la médecine (il en fut de tous temps), dans quels détails il entre pour exposer les rapports qui doivent exister entre le malade et le bon médecin.

Quel bel enseignement trouverait encore l'é-

tudiant de nos jours dans le traité *du Médecin* ! Il y apprendrait qu'une bonne apparence, une méticuleuse propreté, une mise décente, une discrétion absolue, une grande régularité dans la vie, de la gravité et de l'humanité pour tous « en évitant de se mettre en avant et de se pro« diguer, ce qui excite le mépris même quand « cela paraît tout à fait utile », sont des qualités indispensables au praticien pour réussir. Il y apprendrait encore que, « à l'extérieur, le « bon médecin doit avoir la physionomie réflé« chie sans austérité ; qu'autrement il paraît « arrogant et dur, et qu'il doit aussi se préser« ver soigneusement de se laisser aller à rire et « d'affecter une inconvenante gaieté ».

Dans ce même traité, Hippocrate ne craint pas d'indiquer à ses élèves comment doit s'organiser le cabinet du médecin, de quels ustensiles et instruments il peut avoir à se servir, il les met en garde contre l'élégance des bandages « qui sent, dit-il, tout à fait le charlata« nisme, et souvent est dangereuse pour le pa« tient, qui demande non une parure mais du « soulagement ».

Les mêmes conseils sont exposés un peu différemment dans le Traité de *la Bienséance*.

Dans les *Préceptes*, nous trouvons plus encore. L'auteur aborde la question de la fixation des honoraires, qui doivent être tarifés selon la fortune et les ressources du malade ; il proteste contre la manie de changer de médecin à tort et à travers et recommande au bon praticien de s'opposer dans une mesure raisonnable au désir des malades imprudents « qui s'engagent « ainsi sur la mer du changement ». Il fait justice de ces charlatans dont la réputation exagérée est faite du bruit « que leur procurent quelques malades riches qu'ils ont eu par hasard la chance de soulager ». Il montre de quelle utilité peut être parfois une consultation, mais insiste pour qu'on y évite les railleries et les querelles entre confrères, qui, ainsi, mutuellement se déconsidèrent. Et comme dans la Grèce antique, le médecin aimait aussi parfois à politiquer, Hippocrate rappelle qu'il faut éviter dans les discussions entre confrères les mœurs de réunion publique, en disant que « ceux qui sont voisins des métiers de la place publique se laissent facilement aller à ces querelles indécentes et à ces inconvenantes railleries » (1). Hippocrate n'est pas non plus partisan de la vulgarisation des connaissances médicales, « ce qui serait imi« ter le vain travail du bourdon et de son transport ». C'est un des principaux griefs qu'il a contre les gens tard-venus dans la profession médicale. Il leur reproche de masquer par un vain étalage de grands mots dans des discours à métaphores leur manque complet d'expérience.

Il existe, on le voit, dans les livres hippocratiques, tout un enseignement pratique de la médecine professionnelle, dont les lacunes aujourd'hui paraîtraient peu nombreuses, si l'on s'attachait à recueillir tous les conseils dispersés dans les autres traités.

Ce n'est donc pas une idée nouvelle que les Syndicats et les Congrès des praticiens ont émise, en réclamant pour les étudiants un enseignement pratique des choses qui concernent leur profession. Par une singulière aberration, nos Facultés se sont méprises sur leurs devoirs et ont négligé depuis plus d'un siècle d'apprendre aux jeunes médecins l'exercice de leur métier.

Il y eut des tentatives dues à des initiatives individuelles ; elles se manifestèrent tantôt sous la forme de toute une série de petits livres intéressants mais peu lus, tantôt en des articles de journaux, quelquefois même en conférences destinées aux étudiants. Tous ceux que cette question intéresse se souviennent de la louable entreprise de MM. P. Le Gendre et G. Lepage. En 1899, à l'hôtel des Sociétés Savantes, puis en 1900, dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine, qui leur donna alors un appui tardif et éphémère, ces deux maîtres firent une série de conférences, publiées en 1902 sous le titre : *Le médecin dans la Société contemporaine*.

Nous-même, à diverses reprises, dans le Numéro des Etudiants du *Progrès médical* (notamment en 1902 et en 1908) et dans quelques causeries plus récentes à l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, avons tâché, après ou avec beaucoup d'autres, de faire bénéficier nos confrères de demain de notre petite et modeste expérience.

La tentative bien timide que nous avons faite à l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris méritait d'être reprise avec plus d'ampleur. Nous voyons, en effet, dans ces Associations corporatives, de puissants réservoirs d'énergie dont surgira un jour dans un irrésistible élan de vie la force qui fera évoluer totalement la profession médicale vers une organisation adaptée aux besoins de la Société nouvelle. Aussi sommes-nous heureux de constater qu'un de nos confrères, le Dr Rabère, de Pauillac, un des syndicalistes les plus convaincus et les plus actifs de la région du Sud-Ouest, vient de réaliser nos désirs à l'Association corporative des Etudiants en médecine de la Faculté de Bordeaux.

En quatre conférences à l'amphithéâtre de l'Athénée de Bordeaux, sous la présidence de M. le Professeur Arnozan — il existe encore en province des professeurs qui s'intéressent à l'avenir de leurs élèves — M Clément Rabère a décrit devant un auditoire nombreux et at-

(1) Ceux qui ont pris part aux réunions de nos Congrès et à quelques-unes de nos Assemblées générales syndicales pourraient bénéficier de cette leçon.

tentif, avec une éloquence et une autorité que seule pouvait lui donner une longue expérience, la vie médicale à la campagne et les débuts du praticien.

Ces conférences ont été publiées dans la *Province médicale* (1) ; nous regrettons de ne pouvoir les reproduire ici, mais nous en indiquerons le sommaire pour engager d'autres confrères à suivre l'exemple.

Dans la première conférence, le Dr Rabère a examiné tour à tour le choix d'un poste pour le débutant, les visites nécessaires à l'arrivée, les premiers contacts avec la clientèle, la prudence dont il faut faire preuve dans le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Une seconde conférence est consacrée à l'ordre des visites et aux incidents qui peuvent s'y produire, aux consultations dans le cabinet et aux visites de nuit.

Une troisième a trait aux accouchements, à la chirurgie et aux spécialités.

Quant à la quatrième, elle est un exposé des œuvres de défense et de prévoyance où les filiales du *Concours Médical* ne sont point oubliées.

C'est que notre Confrère est un ami dévoué du *Concours Médical* ; comme tous nos lecteurs, il apprécie à leur valeur les efforts que nous faisons et sait bien vers quel but nous tendons ; aussi conclut-il, comme nous, en disant :

« Jeunes Confrères, dès votre entrée dans la carrière, syndiquez-vous pour vous défendre, associez-vous pour assurer l'avenir. Toutes nos œuvres médicales de défense et de prévoyance, établies sur des bases solides et sur des calculs sérieux, méritent votre attention ; adhérez à toutes, car elles ne se concurrencent pas, elles se complètent. »

J. Noir.

(1) Nos des 1er juillet, 12 août, 23 sept. et 14 octobre 1911.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des fractures du maxillaire inférieur ;

Par le Dr Maurice Patel,

Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Les fractures du maxillaire inférieur, bien que n'étant pas d'observation journalière, constituent pour le médecin praticien une réelle difficulté. Abandonnées à leur évolution spontanée, elles déterminent des irrégularités de la ligne dentaire et la fonction du maxillaire inférieur devient alors singulièrement compromise, la mastication est difficile, sinon impossible ; la parole est gênée, et la salive ne peut plus être retenue à l'intérieur de la cavité buccale. Autrefois, leur traitement était des plus complexes et nécessitait un médecin doublé d'un parfait mécanicien. Les appareils de Kingley, de Bouisson, de Roy, d'Hamilton, voire même l'appareil primitif de C. Martin, dont la description se trouve encore tout entière dans les traités classiques, ne sont plus employés, ou tout au moins, n'ont que des indications des plus restreintes. C. et F. Martin, par leurs travaux, ont cherché à simplifier ce traitement et ils sont parvenus à des résultats qui doivent être connus de tous.

Mais avant d'indiquer le traitement, voyons quelles sont les particularités anatomo-cliniques des fractures du maxillaire inférieur.

Variétés anatomiques. — Les fractures du maxillaire inférieur succèdent en général à des chocs portés sur le menton ou sur le corps même du maxillaire (chute, coup de pied de cheval, coup de poing, clef de Garengeot, etc.).

Sans parler des fractures parcellaires, qui siègent sur le bord alvéolaire, on peut reconnaître les variétés suivantes :

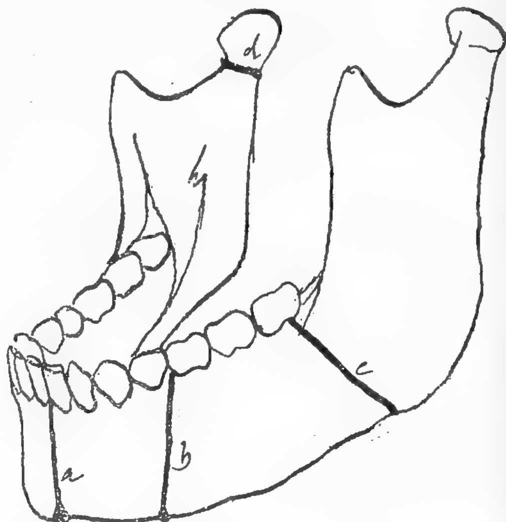


Fig. 1. — Variétés de fractures du maxillaire inférieur.

1° *Fracture médiane ou symphysaire a.* Le trait de fracture siège sur la ligne médiane ou à son voisinage ; il est plus souvent oblique en

arrière que vertical ; le fragment antérieur est taillé en biseau, aux dépens de la face externe. Le déplacement est minime.

2° *Fracture de la branche horizontale* (*b* et *c*). Ce sont les plus fréquentes, elles peuvent siéger en un point quelconque de ce segment osseux. On peut les observer en arrière de la canine ou au niveau des molaires, et même en arrière d'elles (fractures de l'angle). Le trait est oblique en bas et en arrière. Le déplacement est constant ; le fragment postérieur est attiré en haut par les muscles élévateurs de la mâchoire, tandis que le fragment antérieur est attiré en bas, par les muscles antagonistes.

3° *Fractures du condyle* (*d*). La fracture du condyle peut être unilatérale ou bilatérale, simple, ou s'accompagner de fractures de la branche horizontale. Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont très gênés sous l'influence d'un pivotement du condyle, sur lequel vient s'insérer le muscle ptérygoïdien externe.

4° *Fractures complexes.* — A côté de ces fractures à type bien déterminé, on peut en observer d'autres qui échappent à toute description. Voici quelques types :

a) *Fracture double symétrique de la branche horizontale.* — L'axe antérieur du maxillaire devient ainsi mobile et est attiré en bas, sous l'influence des muscles abaisseurs.

b) *Fracture double à traits situés du même côté.* — On observe alors un fragment mobile, qui prend une position indéterminée, tandis que les portions antérieure et postérieure suivent leurs déviations habituelles.

c). *Fractures comminutives.* — Elles sont caractérisées par la présence de fragments multiples, qui n'occupent aucune position fixe. On les observe dans les grands traumatismes.

Traitement immédiat. — Les fractures du maxillaire inférieur offrent la double particularité :

1° D'être *compliquées*, par suite de la communication constante du foyer de la fracture avec la cavité buccale.

2° D'être *difficilement réductibles* par suite de l'antagonisme des muscles s'insérant sur les deux fragments. Aussi le traitement immédiat doit-il se proposer un double but : assurer l'asepsie du foyer de fracture et obtenir une réduction ainsi qu'un maintien de réduction aussi parfaits que possible.

a) *Assurer l'asepsie.* — Avant tout, il faut traiter les plaies extérieures, si elles existent, et s'occuper de la plaie de la cavité buccale. Vous ferez un lavage soigneux sous pression de la bouche et des dents avec de l'eau oxygénée dédoublée ; si quelques chicots sont devenus mobilisables, il faut les enlever ; *mais d'une façon générale*, il ne faut pas augmenter les délabrements en enlevant les dents ébranlées. Sans ces précautions, de première importance, vous pouvez voir survenir des accidents infectieux locaux et des phénomènes de septicémie généralisée.

b) *Réduction de la fracture.* — Malgaigne, depuis longtemps, avait observé ce fait que, lorsque l'on fait ouvrir la bouche à un blessé atteint de fracture du maxillaire inférieur, les fragments se réduisent d'eux-mêmes. C. Martin a traduit pratiquement cette observation en disant qu'il faut faire prendre au blessé l'attitude « bouche ouverte ». Pour la maintenir, il faut interposer, entre le fragment postérieur et la portion correspondante du maxillaire supérieur, un petit *coin de bois* ou de liège, dont on peut diminuer ou augmenter l'épaisseur suivant les besoins de la réduction ; on peut même la parfaire, en mobilisant les fragments, pour bien les amener au contact.

c) *Contention de la fracture.* — Au lieu des anciens appareils, on utilise simplement une bande de caoutchouc, large de 5 à 6 m. et s'appliquant sur le bord antérieur du menton, en passant par l'occiput. Cette bande attire le menton en arrière et en haut, rapproche les fragments et ne gêne pas les pansements lorsqu'il existe une plaie mentonnière.

Tels sont les principes directeurs qui guident aujourd'hui le traitement des fractures de la branche horizontale du maxillaire inférieur ; leur application est à la portée de tous ; elle peut se résumer en trois mots : asepsie, coin de bois, bande de caoutchouc.

Traitement de quelques variétés de fractures. — Suivant la variété de fracture en présence de laquelle vous vous trouvez, ces principes doivent être légèrement modifiés.

1° *Fracture médiane.* — Ici, le déplacement étant nul, la bande de caoutchouc suffit.

2° *Fractures latérales.* — Suivant le siège de la fracture de la branche horizontale, le coin doit être changé de place. Si la fracture siège en arrière de la canine, le coin doit reposer sur les deux petites molaires (2).

Si la fracture est double, symétrique, il faut placer deux coins, en arrière de chacun des traits (3). Si la fracture est double, à traits situés de même côté, le coin sera placé sur le fragment postérieur (4). Si la fracture siège en arrière de la dent de sagesse (fracture de l'angle), le coin sera placé aussi loin que possible sur le fragment antérieur (5).

3° *Fractures du condyle.* — Ces fractures sont graves et nécessitent la confection d'appareils spéciaux, que le praticien ne peut exécuter.

4° *Cas complexes.* — Plusieurs difficultés peuvent se rencontrer. Si les dents font défaut au niveau du trait de fracture, une prothèse préalable est nécessaire.

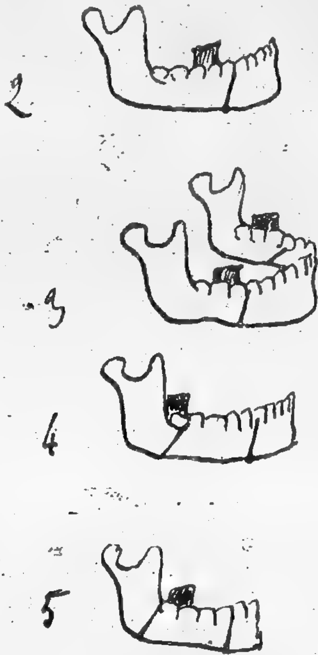


Fig. 2. — Positions différentes à donner au coin suivant les types de fracture.

Si les *fragments sont esquilleux*, une intervention chirurgicale est souvent nécessaire (ligature des dents, extraction de séquestres) pour assurer la réduction.

Soins consécutifs. — Le traitement est loin d'être achevé après l'application de l'appareil. La surveillance quotidienne doit être la règle, au moins au début.

Il faut laver le blessé régulièrement et surveiller le foyer de fracture. Avec de petits massages, on fait disparaître l'œdème et on peut, les premiers jours, remettre en place les deux fragments. Si la réduction se maintient bien, il faut laisser le coin et la bande 30 à 50 jours ; très rapidement, le malade se familiarise avec son appareil, qui n'arrive plus à le gêner ; la douleur cède vite et la mastication se fait de mieux en mieux.

Si l'on voit que la réduction soit difficile à maintenir, c'est alors qu'il faut avoir recours à un avis autorisé ; le port d'une gouttière, une suture des fragments, peuvent devenir nécessaires pour obtenir le résultat parfait que l'on est toujours en droit d'attendre aujourd'hui.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'adénopathie trachéo-bronchique.

La tuberculose a manifestement, chez l'enfant, une prédilection pour les ganglions lymphatiques, et cela se conçoit facilement puisque l'infection ganglionnaire est la résultante de la phagocytose intense qu'oppose l'organisme vierge de l'enfant à l'invasion du sinistre fléau. Or, de même que les ganglions du cou, de l'aine, de l'aisselle, sont infectés par la phagocytose que produit l'invasion tuberculeuse au voisinage de la bouche, du pharynx, du tube digestif, de même les ganglions trachéo-bronchiques sont fréquemment infectés par la lutte de l'organisme contre l'invasion broncho-alvéolaire. Cette infection trachéo-bronchique est donc très commune, plus commune que la tuberculose pulmonaire. M. Henri Hamel, du Mans, vient d'étudier la très intéressante question du diagnostic de cette forme extra-pulmonaire de la tuberculose dans les *Archives médico-chirurgicales de province*. De nombreuses études ont, en effet, contribué à éclairer d'un nouveau jour le diagnostic de l'infection tuberculeuse des ganglions bronchiques et médiastinaux.

M. L. Guinon a signalé la pâleur, l'inappétence, l'essoufflement, la céphalalgie fréquente, l'amaigrissement de la ceinture scapulaire et la circulation veineuse complémentaire thoracique supérieure comme symptômes habituels de l'adénopathie médiastine.

« Parfois, en plus des signes précédents, le petit malade présente une toux à type coqueluchoïde. Mais, bien que souvent confondue avec la coqueluche, cette toux est d'un diagnostic assez aisé, car elle ne s'accompagne pas de reprise. Grenet a bien étudié la tachycardie, le hoquet, le vomissement, la névralgie diaphragmatique, qui sont parfois la cause pour laquelle la famille conduit chez le médecin le petit malade. M. Hamel a observé un enfant de huit ans qui accusait comme unique signe une douleur rétrosternale très nette, et chez lequel l'examen révéla de l'adénopathie trachéo-bronchique.

« Plus rares, mais plus impressionnants sont les accès d'asthme liés à l'adénopathie. Subitement, le plus souvent la nuit, le malade est pris brusquement d'une dyspnée intense ; les lèvres bleuissent, la face devient pâle, et l'auscultation révèle des râles diffus dans toute la poitrine. Les signes peuvent être très alarmants et ont une durée parfois de plusieurs heures. Il est commun d'observer un phénomène prémonitoire, de la toux. Parfois les signes apparaissent au cours d'un coryza ; Hutinel et Vitry insistent sur l'intérêt que présente la recherche de l'adénopathie dans les crises à type asthmatique de l'enfance.

« Assez fréquemment, on observe des symptômes de bronchite locale, avec gros râles, coïncidant en certains cas avec une dilatation des bronches ; M. Hutinel insiste sur ces cas délicats. MM. Aviragnet et Tixier constatent qu'alors les vibra

tions sont peu augmentées, que la submatité est très légère, que la résonnance est bonne ; signes d'un grand intérêt. Enfin, les lésions simulant des cavernes ont des signes généraux beaucoup moins graves qu'une tuberculose au troisième degré et les signes physiques, variant de jour en jour sont fugaces.

« L'attention du médecin est parfois appelée par des congestions pulmonaires. M. Aviragnet en décrit trois types, l'un simulant une congestion pulmonaire banale, l'autre à type splénopneumonique, le troisième est une congestion éphémère. »

Les signes physiques que l'on doit rechercher sont : à l'auscultation, le *souffle expiratoire* dans la région interscapulo-vertébrale, quelquefois remplacé par le *cornage expiratoire*, décrit par Bougarel chez le nourrisson, et le *retentissement vocal* au niveau du hile.

« Ce signe est d'un intérêt capital, car, dans un certain nombre de cas, où l'on peut suivre des adénopathies trachéo-bronchiques, toujours, avant même tout autre symptôme, on constate, à l'examen stéthoscopique, de l'éclat du cri ou de la toux chez les petits, auquel, chez les plus grands, se joint l'éclat de la voix. Chez les enfants qui savent parler, il est un signe précieux entre tous ; c'est le *chuchotement* sur lequel insiste d'Espine, localisé à la région hilaire. Cette auscultation nécessite quelque entraînement, mais quand on en a pris l'habitude, elle est aisée relativement et donne de très précieux renseignements.

« Encore qu'il ne soit pas rare chez les enfants anémiés, le *murmure veineux, continu,* avec renforcement entendu au niveau de la première pièce sternale, la tête du malade étant en hyperextension, est un bon symptôme. Eustache Smith le dit précoce ; mais il n'a rien de pathognomonique. Enfin l'auscultation révèle souvent une dissemblance respective entre les deux poumons.

« La *radioscopie* permet de déceler des adénopathies peu volumineuses. Il convient de se rappeler à ce propos que les adénites intrapulmonaires sont visibles à l'examen antérieur et postérieur, mais que les adénopathies inter-trachéo-bronchiques sont justiciables de l'examen oblique surtout.

« Il faut, dans tous les cas où on est consulté au sujet d'un petit malade, faire cette recherche minutieuse de l'adénopathie trachéo-bronchique. Que d'enfants sont isolés comme coquelucheux qui ont des adénopathies et rien de plus ! Que d'enfants surtout qui sont souffreteux, se développent mal, et chez qui le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique montrant la tuberculose permet une hygiène meilleure et prévient l'apparition de phénomènes plus graves ! »

L'examen de la bouche est indispensable dans tous les cas de maladie.

M. le Dr Kritchewsky a consacré, dans le *Paris médical*, un article à la nécessité d'un minutieux examen de la bouche chez tous les malades.

Il faut, dit-il, que chaque médecin prenne pour règle absolue, chaque fois qu'il fait un diagnostic général, d'examiner, d'abord, les dents et la bouche, et cela avant n'importe quelle intervention chirurgicale, aussi bien qu'avant tout traitement médical.

« Il faut que la bouche, s'il y a lieu, soit mise en état, non seulement pour ne pas infecter tout l'organisme, mais pour servir, au contraire, d'aide en assurant une bonne alimentation générale.

« Il est du devoir du médecin de ne pas examiner seulement la langue et la gorge du malade, mais de faire aussi attention aux dents et aux gencives.

« Il faut s'assurer si le malade est capable de mastiquer. Pour cela, il faut examiner l'articulation des dents, voir s'il reste encore assez de dents en haut et en bas pour se rencontrer et pour écraser les aliments de façon à les réduire assez pour que la digestion commence déjà à se faire normalement dans la bouche.

« S'il manque trop de dents, il ne reste qu'à recommander au malade de se les faire remplacer par des dents artificielles. Cela suffit souvent pour faire disparaître comme par enchantement l'indigestion la plus rebelle. Si le nombre de dents est suffisant, il faut s'assurer de leur état, il faut voir si elles ne sont pas malades, cariées. Souvent, en effet, une seule dent malade condamne à l'inaction un côté tout entier par suite de la douleur que provoque chaque essai de mastication.

« On observe souvent ce phénomène chez les enfants, phénomène qui, en dehors d'une mauvaise nutrition et de souffrances, amène aussi un développement défectueux du maxillaire non exercé.

« Dans beaucoup de cas de névralgie faciale, les opérations les plus sérieuses peuvent être évitées, si le médecin reconnaît chez le malade une simple pulpite ou périostite et l'envoie à temps se faire soigner chez un stomatologiste.

« Mais, en examinant la bouche, le médecin doit faire attention encore aux gencives. Les gencives normales sont d'un rose pâle, très tendues sur les alvéoles et autour des collets des dents, peu sensibles et capables de supporter une assez grande pression exercée par l'acte de la mastication. Aussitôt qu'on voit des gencives rouges, tuméfiées, il faut soupçonner une dent atteinte de périostite, si la rougeur est localisée, ou de la pyorrhée alvéolaire, si la rougeur est étendue. Car il est rare que la pyorrhée atteigne une ou deux dents seulement.

« La pyorrhée est une des affections les plus terribles de la bouche ; elle est très difficile et même impossible à guérir si on ne la soigne pas constamment. C'est une maladie qui, progressivement, fait écraser les alvéoles, détruit les gencives en laissant à découvert le collet et ensuite la racine. Le processus terminé, la dent commence à branler et tombe. Mais jusqu'à ce moment-là, le malade souffre. Il y a toujours une sécrétion de pus, souvent énorme, et que le malade avale chaque jour avec les aliments.

« Combien de cas d'auto-infection lente, et qu'aucun médicament n'améliore, sont dus à cette infections constante de la bouche ! Combien

aussi d'infections aiguës, à la suite d'une opération sur le canal alimentaire !

« Il suffit pourtant d'une bonne hygiène de la bouche pour arrêter la pyorrhée. C'est en s'exerçant dans ce sens que l'intervention du médecin sera la plus efficace ».

Le régime lacté.

Notre confrère, le Dr Blanchon, revient avec raison dans un article du *Correspondant médical*, sur les abus du régime lacté et sur ses indications précises.

« Le lait, dit-il, est l'aliment naturel des petits enfants, point du tout celui des adultes. Cependant on en a usé et abusé, dans ces derniers temps et parfois au détriment des malades qu'on voulait soulager. En cela, comme en beaucoup d'autres choses, la mode a plus fait que la raison.

« Le lait constitue un aliment complet (sauf qu'il lui manque une proportion notable de fer), très digeste en raison de l'état sous lequel se présentent ses principes alimentaires, et capable de fournir environ 600 calories par litre. Il reste, en outre, un régulateur de la digestion gastrique, dont la précipitation de la caséine diminue l'acidité ; enfin, il est constipant, diurétique, déchlorurant et hypotenseur et donne normalement fort peu de déchets toxiques. Ce sont là ses avantages, et ils justifient l'emploi fréquent du régime lacté dans un grand nombre de maladies ».

Mais la quantité qu'il faut ingérer pour soutenir longtemps les forces (3 à 4 litres par 24 heures) a le grave inconvénient de distendre les voies digestives, de ballonner, de constiper, souvent atrocement, enfin de provoquer une hypertension hydrique énorme dans la circulation.

Les indications formelles de ce régime sont donc les suivantes :

D'abord, ce doit être un régime temporaire, dont la durée sera subordonnée à la tolérance du tube digestif et aux fermentations intestinales.

En second lieu, on ne doit prescrire le régime lacté exclusif que dans les cas suivants : l'hyperchlorhydrie et l'hypersthénie, l'ulcère de l'estomac et du duodénum, les affections hyperfonctionnelles du foie, les néphrites, les maladies aiguës fébriles, les toxi-infections et les auto-intoxications, l'artério-sclérose, les myocardites, les lésions valvulaires mal compensées, etc. Mais même quand il s'agit de cas ressortissant au régime lacté, il faut se garder de le maintenir trop longtemps sous sa forme absolue et lui apporter, dès que le résultat cherché est obtenu, tous les ménagements nécessaires. En faisant autrement, on s'exposerait, en effet, à produire la lassitude, le dégoût, la dénutrition et l'affaiblissement progressif du malade.

« Et d'ailleurs, il n'est pas dit que le malade supportera d'emblée un tel régime. Les grands réfractaires sont assez rares, mais il y a beaucoup de personnes chez lesquelles le lait est supporté plutôt mal que bien. Il faut donc tout d'abord tâter la susceptibilité du sujet. Pour cela, on commence par lui prescrire — après vingt-quatre heures de diète hydrique, si besoin est — un litre ou, au plus, 1.500 grammes de lait. Si aucun accident « objectif » ne survient, si le résultat voulu tend à se produire, on augmente progressivement la dose jusqu'à deux litres, deux litres et demi, maximum. Mais rien ne dit encore, malgré les apparences, que ce régime soit réellement « utilisé » par le malade. Pour s'en rendre compte il convient de recourir au procédé employé par le professeur Albert Robin. S'étant assuré qu'il ne se forme pas d'œdème, on pèse quotidiennement (et dans les mêmes conditions) le malade. Si, au bout d'une huitaine de jours, le malade perd du poids, on doit aussitôt interrompre le régime lacté absolu ou le mitiger, sous peine d'échec.

« La plupart du temps on peut se contenter de le mitiger. Il y a trois moyens principaux : 1° l'adjonction de sucre ou de farines, qui diminue la ration de lait, augmente la valeur calorimétrique et (surtout par l'adjonction des farines), le pouvoir antiputride à l'égard des fermentations secondaires ; 2° la substitution du kéfyr, ou 3° celle du petit-lait au lait ordinaire.

« Notons enfin que la dose de deux litres à deux litres et demi n'a jamais besoin d'être dépassée du moment que le régime lacté absolu s'impose ; que cette dose doit être fractionnée en six et huit prises régulièrement espacées et avalées très lentement (et non *bues*) ; que le lait est ingéré *froid* s'il y a tendance aux vomissements, *tiède*, si l'on veut réduire au minimum le travail de l'estomac, et *chaud* si l'on cherche une digestion rapide. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement chirurgical du cancer pylorique. — L'artério-sclérose du cœur et de l'aorte n'est souvent que de la syphilis. — Gastroscopie par vision indirecte.[1] — Etats méningés au début de la fièvre typhoïde. — Intoxication par l'huile camphrée.

M. Ed. Schwartz présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un mémoire du Dr Témoin (de Bourges), intitulé : *Résultats immédiats et éloignés de* 168 *résections partielles ou subtotales de l'estomac pour cancer de la région pylorique.*

M. Témoin a opéré de 1898 à 1909, soit en douze années, 168 tumeurs malignes de la région pylorique de l'estomac. Les résultats ont été 49 morts opératoires et 119 survivants à l'opération. Sur ces 119 malades, 47 sont encore vivants et se portent bien. Douze ont été opérés depuis plus de 7 ans, vingt-cinq depuis plus de 3 ans, quinze depuis 2 ans.

L'auteur conseille instamment aux médecins qui soignent des malades atteints de lésions de l'estomac, de les adresser au chirurgien dès que le traitement médical est jugé insuffisant et que les signes tirés de l'examen clinique font songer à une sténose du pylore d'origine épithéliale. Il les met en garde contre la tendance qu'on a d'attendre, pour recommander l'intervention, que

la palpation permette de sentir la présence d'une tumeur.

M. Témoin se demande aussi s'il faut opérer tous les cancers de l'estomac ; pour lui, la réponse est négative. Il limite volontiers l'intervention aux cancers du pylore ou de la région pylorique. Lorsque le cancer atteint les faces de l'estomac, la grande courbure, si l'opéré guérit, la survie est presque nulle par suite de la récidive rapide ou de la généralisation. D'ailleurs, à ces deux formes de localisation du cancer correspondent, d'après lui, deux types cliniques très différents. Lorsque le cancer siège au pylore, la malade maigrit beaucoup plus vite, il conserve de l'énergie et de l'appétit ; si la tumeur est palpable, on la trouve à droite. Dans l'autre cas, le malade manifeste un dégoût absolu pour toute alimentation, il reste longtemps gras, adipeux, et la tumeur, si elle est perceptible, s'étend à gauche de la ligne médiane. Le premier est le cancer chirurgical, le second ne permettra probablement qu'une laparotomie exploratrice, généralement indiquée, il est vrai, car elle peut redresser une erreur de diagnostic.

— M. Fiessinger fait à l'*Académie de médecine* une communication sur l'*artério-sclérose et la syphilis.*

L'artério-sclérose du cœur et de l'aorte, dit M. Fiessinger, n'est souvent que de la syphilis. Trois fois sur quatre, quand le rhumatisme articulaire ou une autre malade infectieuse ne sont pas en jeu, l'aortite est d'origine syphilitique. L'insuffisance aortique, les anévrysmes, le pouls lent permanent, l'arythmie perpétuelle, se réclament d'une proportion analogue. Seule, l'angine de poitrine organique, sans doute parce que cette maladie représente un syndrome ressortissant à des causes diverses, inscrit à son origine un chiffre de syphilis moins élevé.

Sur un total de 92 cardiaques appartenant au groupe des cardio-scléroses à type aortique, 54 fois la syphilis a été directement accusée par le patient ou avouée après coup, quand la réaction de Wassermann s'était montrée positive.

Comme conséquence pratique, il convient de donner à ces malades le traitement mercuriel. Mais il ne faut pas attendre, pour l'administrer, que les lésions scléreuses incurables soient constituées. A ce moment, les syphilitiques se cabreront contre la médication spécifique et n'accepteront plus que la théobromine et le régime lacté. Il faut prendre position au début. Une certaine dyspnée d'effort, de la tachycardie, un pouls fort et dur, une hypertension artérielle légère, l'élévation des artères de la base du cou, la perception des battements aortiques au niveau de la fourchette sternale, un retentissement dangereux du second bruit aortique, voilà les véritables signes avertisseurs : donner alors le mercure. Plus tard, la médication spécifique ne saurait guère améliorer que les douleurs.

— M. Roger présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de MM. Moure et Couraud ayant pour titre : *Recherches cliniques sur la gastroscopie par vision indirecte.*

La méthode n'est pas nouvelle. Elle fut inaugurée en 1868 par Küssmaul sur un avaleur de sabres et fut ensuite étudiée par Trouvé, Kelling, Lœning et Stiéda. MM. Moure et Couraud ont apporté à l'instrument de Lœding et Stiéda d'importantes modifications qui en rendent l'usage plus facile et plus simple. L'appareil se compose d'un tube, en caoutchouc durci dans ses 2/3 inférieurs et en métal dans son 1/3 supérieur. Un mandrin sert à l'introduction dans la poche gastrique. Une fois l'appareil dans l'estomac, le mandrin est remplacé par un périscope, tube rigide portant à son extrémité inférieure une lampe électrique et un prisme à réflexion totale, qui permet d'explorer l'estomac, préalablement gonflé à l'aide d'une poire.

MM. Moure et Couraud ont examiné ainsi 26 malades porteurs de lésions plus ou moins avancées de la muqueuse gastrique. Ils tirent de leurs recherches les conclusions suivantes :

a) Avant de pratiquer un examen gastroscopique, il est indispensable de s'assurer qu'il n'existe pas d'anévrysme aortique et que la paroi stomacale est assez résistante.

b) Mise en parallèle avec la laparotomie, la gastroscopie semble moins grave et fournit souvent de meilleurs renseignements.

c) Pratiquée systématiquement dans les affections gastriques à diagnostic difficile, elle fait reconnaître dès le début de leur évolution, soit l'ulcéro-cancer, soit le cancer d'emblée, et devient ainsi pour la chirurgie gastrique un précieux auxiliaire.

— MM. Widal et André Weill ont observé un cas d'*état méningé au début d'une fièvre typhoïde* qu'ils signalent à la *Société médicale des hôpitaux.*

En dehors, disent-ils, des phénomènes méningés en rapport avec une méningite microbienne due au bacille d'Eberth ou à des germes d'infection secondaire, il peut exister au début de la dothiénenterie des accidents nerveux de deux ordres. Tantôt, ce sont des phénomènes d'hypertension intra-cranienne qui dominent, avec céphalée et surtout avec amaurose à début brusque et état congestif du fond de l'œil ; dans ce cas, la ponction lombaire donne issue à un liquide sous tension, mais sans augmentation de l'albumine et sans éléments anormaux. Tantôt, on voit des phénomènes d'irritation méningée, tels que : raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements, agitation et délire. Dans ce dernier cas, la ponction lombaire permet parfois de retirer un liquide peuplé de lymphocytes, avec augmentation de l'albumine. C'est là un syndrome d'état méningé.

L'infection typhique suffit, à elle seule, à provoquer un tel état méningé. On sait, d'ailleurs, que les infections les plus diverses : pneumonie, grippe, oreillons, scarlatine, peuvent déterminer l'apparition de ces mêmes états. Chez ces malades, la ponction lombaire n'est pas seulement un moyen précieux d'investigation clinique ; elle amène généralement la sédation rapide des accidents.

— M. Morichau-Beauchant communique à la *Société médicale des hôpitaux* une observation

de *rythme couplé du cœur et pouls bigéminé après injection d'huile camphrée.*

L'emploi du camphre, surtout en injections huileuses sous-cutanées, est de plus en plus répandu dans la thérapeutique actuelle. Certains auteurs ne se contentent pas des doses ordinaires (0 gr. 50 à 1 gr. *pro die*), mais ils préconisent systématiquement l'emploi de doses massives, 15 et 20 cent. cubes d'huile camphrée à 20 %, soit 3 à 4 grammes de camphre par jour. On a même injecté dans divers cas de shock post-opératoire jusqu'à 100 gr. d'huile camphrée à 10 %. On n'a observé, semble-t-il, aucun accident à la suite de ces doses massives, et on a conclu à la parfaite tolérance de l'organisme vis-à-vis du camphre introduit même en grande quantité.

M. Morichau-Beauchant a vu, chez un de ses malades, après quatre injections sous-cutanées d'huile camphrée à 20 % faites en deux jours (soit 2 gr. 40 de camphre) se produire des modifications cardiaques caractérisées par l'apparition d'un rythme couplé, puis d'un pouls bigéminé typique.

Il s'agit là d'un cas exceptionnel qui ne saurait venir à l'encontre des résultats remarquables fournis par les injections d'huile camphrée. Il indique cependant qu'il conviendrait de commencer ce traitement par des doses faibles ou tout au moins de n'arriver que progressivement aux fortes doses, après avoir tâté la susceptibilité du patient.

P. L.

SYPHILIGRAPHIE

La réaction de Wassermann. Sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la syphilis,

Par le Dr Leredde.

Suivant Blaschko, vingt pour cent des habitants de Berlin sont atteints de syphilis. Rien ne prouve que cette affection soit plus rare dans les grandes villes des pays civilisés, en dehors de l'Allemagne, et elle n'est pas exceptionnelle dans les campagnes. Aussi fréquente que la tuberculose et plus que le cancer, la syphilis est plus souvent méconnue ; elle l'est surtout dans ses localisations les plus graves, viscérales ou nerveuses. Ou bien, elle est reconnue à une période tardive et quand elle a amené des désordres irréparables. Le médecin n'y pense pas ou prête foi aux dénégations du malade : le chancre est resté inaperçu, les accidents secondaires ont été insignifiants, le malade affirme qu'il n'est pas syphilitique, et il est syphilitique sans le savoir.

Tout médecin doit connaître aujourd'hui les bases et les applications pratiques du séro-diagnostic de la syphilis. Il permet de déceler la syphilis dans les cas obscurs. Il permet aussi de diriger le traitement avec une précision qui ne pouvait être atteinte, il y a quelques années.

Peut-être trouvera-t-on, un jour, une méthode plus simple que celle de Wassermann pour reconnaître l'existence de la vérole, dans les cas même où les commémoratifs manquent et où les symptômes sont vagues ; peut-être aurons-nous un jour, pour juger des effets produits par un traitement sur l'infection chez un malade déterminé, des moyens plus sensibles que ceux fournis par la recherche du pouvoir hémolytique d'un sérum en présence d'un extrait de foie hérédo-syphilitique. A l'heure présente, la réaction de Wassermann doit être étudiée, chez tout syphilitique, à plusieurs reprises, car tout traitement méthodique doit être complété par l'examen du milieu sanguin ; elle doit être recherchée toutes les fois que la syphilis peut être soupçonnée, sans que les éléments d'une certitude absolue soient réunis. Des cas de ce genre, le praticien en observe chaque jour, et non seulement le praticien, mais tout spécialiste et, en particulier, ceux qui s'occupent d'affections nerveuses ou oculaires. J'allais oublier le chirurgien, auquel on reproche de ne pas toujours établir un diagnostic étiologique avant d'opérer, et dont l'esprit doit sans cesse être éveillé sur la nature syphilitique possible d'une affection ostéo-articulaire ou d'une tumeur.

I

Les bases scientifiques de la réaction de Wassermann.

1° Certains sérums sanguins ont la propriété de dissoudre, *in vitro*, les globules rouges d'un animal appartenant à une autre espèce. C'est ainsi que le sérum humain, neuf fois sur dix, peut détruire, *in vitro*, une certaine quantité de globules rouges du mouton.

On exprime ce fait en disant que les sérums de certaines espèces contiennent, à l'état naturel, des *hémolysines*, c'est-à-dire des substances capables de dissoudre les globules rouges d'un animal d'espèce différente.

Cette action hémolytique peut être provoquée expérimentalement dans les cas où elle n'existe pas à l'état naturel.

Que l'on injecte, sous la peau, dans le péritoine, peu importe, des hématies d'un animal d'une espèce A à un animal d'une espèce B, dont le sérum est incapable, à l'état normal, de dissoudre les hématies de l'espèce A, ce sérum, après quelques injections, sera capable de dissoudre, *in vitro*, les globules rouges de l'espèce A ; *il est devenu hémolytique* ; l'injection d'hématies de l'espèce A a déterminé, dans le sérum d'un animal d'espèce B, la formation d'hémolysines qui n'existaient pas à l'état physiologique.

2° Si l'on chauffe à 56° un sérum hémolytique — que ses hémolysines soient naturelles ou que leur formation ait été déterminée par le mécanisme que je viens d'indiquer — la propriété hémolytique est supprimée. En chauffant, par exemple à 56°, pendant une demi-heure, du sé-

rum de lapin, devenu hémolytique pour les hématies du mouton à la suite d'injections réitérées de celles-ci, on fait disparaître le pouvoir hémolytique acquis ; le sérum du lapin ne dissout plus les globules rouges qu'il dissolvait avant d'être chauffé.

Mais la propriété hémolytique n'a pas disparu d'une manière définitive. Elle peut être restituée au sérum devenu non hémolytique en ajoutant une certaine quantité d'un sérum non hémolytique appartenant à la même espèce, ou à une espèce différente, *pourvu qu'il n'ait pas été chauffé à 56°.*

On exprime ce fait en disant que le sérum hémolytique a été *inactivé* par le chauffage à 56°, et *réactivé* par l'addition d'un sérum sanguin non chauffé.

Et l'on conclut que, dans ces réactions, deux substances interviennent : l'une, non spécifique et présente normalement dans le sérum des mammifères, substance qui est détruite par le chauffage à 56°, l'autre spécifique, et résistant à cette température. *L'action hémolytique exige que ces deux substances soient présentes.* Que l'on chauffe à 56° le sérum humain, hémolytique pour les hématies du mouton, la propriété hémolytique disparaîtra, elle pourra être rétablie par l'addition d'un sérum frais tel que celui du cobaye.

Expérience de Bordet et Gengou

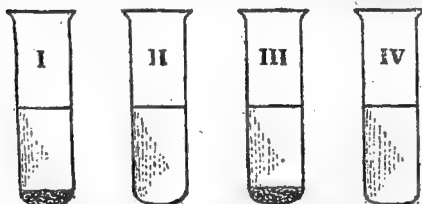


FIG. 1.

I. — Globules rouges de mouton et sérum de lapin normal. *Pas d'hémolyse.*
II. — Sérum de lapin ayant reçu plusieurs injections de globules rouges de mouton et globules rouges de mouton. *Hémolyse.*
III. — Même mélange après chauffage du sérum à 56°. Le complément (alexine) a été détruit. *Pas d'hémolyse.*
IV. — On a ajouté au mélange contenu dans le tube 3 du complément fourni par du sérum de cobaye. *Hémolyse.*

Les globules rouges, dont l'injection provoque la formation d'hémolysines, font partie d'un groupe très étendu de substances, figurées ou non figurées, bactéries, toxines, albumines, dont l'introduction dans un organisme vivant détermine la formation de substances qui portent le nom générique d'*anticorps*. Les substances qui amènent la formation d'anticorps sont des *antigènes*. Quand les anticorps et leurs antigènes sont en présence dans l'organisme *in vitro*, ils se fixent les uns sur les autres ; dans un grand nombre de cas, la fixation exige l'intervention du complément ; elle ne se produira pas, *in vitro*, lorsque le sérum a été chauffé à 56° ; elle se produira si l'on ajoute à ce sérum chauffé du sérum frais, non chauffé, c'est-à-dire contenant une certaine quantité de complément.

Le sérum d'un malade contient-il des anticorp syphilitiques ? Ces anticorps se fixeront sur un antigène, tel que celui fourni par l'extrait du foie hérédo-syphilitique du nouveau-né, quand on mettra en présence le sérum et cet extrait (1). S'il existe des anticorps syphilitiques, il y aura fixation du complément, si le sérum ne contient pas d'anticorps de cette nature, le complément ne sera pas fixé.

La première substance, celle qui est détruite par le chauffage à 56°, porte le nom de COMPLÉMENT (ou ALEXINE). La seconde, qui est spécifique, porte le nom d'AMBOCEPTEUR (Ehrlich), ou SENSIBILISATRICE (Bordet).

***

Ces faits, mis en évidence par les recherches mémorables de Bordet et Gengou et dont la notion domine les théories modernes de l'immunité, ont été le point de départ de la découverte de Wassermann (en collaboration avec Neisser et Bruck

Technique de la réaction. — Mais comment démontrer qu'il y a ou qu'il n'y a pas fixation ?

Dans la méthode de Wassermann, on chauffe le sérum du malade de manière à détruire le complément humain, puis on ajoute l'antigène et une certaine quantité de sérum de cobaye, qui est, parmi les animaux de laboratoire, celui dont la teneur en complément est de beaucoup la plus régulière et qui ne contient pas en quantité appréciable d'anticorps naturels pouvant intervenir dans la réaction. C'est le premier temps. Au deuxième temps, on ajoute des globules rouges de mouton et du sérum de lapin, rendu hémolytique pour ces globules rouges, et chauffé au préalable — toujours à 56°, c'est-à-dire inactivé.

S'il y a eu fixation du complément du cobaye, des anticorps et de l'antigène syphilitique — c'est-à-dire s'il existe des anticorps syphilitiques — c'est-à-dire s'il y a syphilis — l'hémolyse ne se produit pas. S'il n'y a pas fixation du complément, — c'est-à-dire s'il n'y a pas d'anticorps syphilitiques en présence de l'antigène — l'hémolyse se produit, suivant la loi de Bordet et Gengou.

Bien entendu, ces recherches exigent que l'on mette en présence des quantités déterminées d'extrait de foie hérédo-syphilitique (antigène), de sérum humain chauffé, de complément de cobaye, de globules rouges de mouton et de sérum hémolytique de lapin chauffé. Que, par exemple, la quantité de complément de cobaye, ajoutée à l'extrait de foie et au sérum humain soit trop considérable, même s'il y a syphilis, et l'hémolyse des globules rouges de mouton, sous l'influence

(1) L'antigène indiqué par Wassermann a été et est encore employé en l'absence de cultures du spirochète. La découverte récente de Noguchi, qui a réussi à obtenir des cultures dans un sérum où on a placé, à l'abri de l'air, des fragments d'organes (rein, testicule du lapin), permettra sans doute de remplacer l'antigène actuel par un nouvel antigène.

du sérum hémolytique de lapin, deviendra possible.

Procédé de Wassermann.
chauffé à 56° (1/2 heure)

	Sérum	Antigène	Complt 1/2	Eau phys.	On met à l'étuve à 37° une heure	Hémat. à 5 %	Sérum syphil.	Sérum sain
1 et 1a	0.3	0,1	0.1	1,5		I	0	H
2 et 2a	0.3	0.2	0.1	1,4		I	0	H
3 et 3a	0.3	0 3	0.1	1.3		I	0	H
4 et 4a	0.3		0.1	1.6		I	H	H
5		0.1	0.1	1.8		I	H	H
6		0.2	0.1	1.7		I	H	H
7		0,3	0.1	1,6		I	H	H
8			0.1	1.9		I	H	H
9				2,0		I	0	0

Après avoir mis à l'étuve pendant une heure on ajoute à chaque 10 c c de globules rouges de mouton à 5 %, 1 c c de sérum hémolytique antimouton et on laisse à la température de la chambre.

FIG. 2.

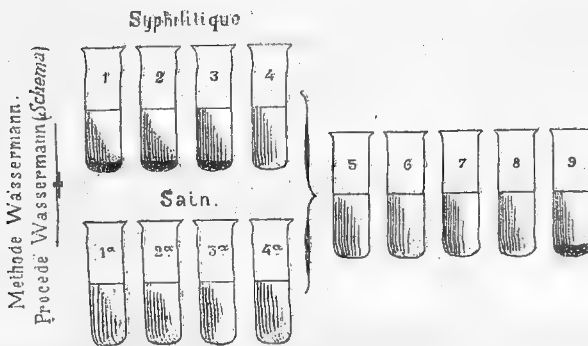


FIG. 3.

Dispositif pratique. — Comme antigène, on emploie un extrait aqueux ou alcoolique de foie hérédo-syphilitique. Cet extrait doit être titré, c'est-à-dire que son activité sera comparée, au contact de sérums syphilitiques et de sérums non syphilitiques, à celle d'un antigène dont on s'est servi antérieurement. On vérifiera également si cet antigène n'est pas capable de fixer par lui-même le complément aux doses où il sera employé, ce qui arrive quelquefois.

La quantité d'antigène qui suffit à empêcher l'hémolyse de se produire permet de définir l'intensité de la réaction, de l'évaluer d'une manière quantitative. Si dans un tube où on a mis par exemple 0 cc. 1 d'antigène, 0,3 de sérum humain chauffé, 0,1 de sérum de cobaye, 1,00 de globules rouges de mouton et 0,1 de sérum hémolytique de lapin inactivé, l'hémolyse n'apparaît pas, alors que dans d'autres cas, il faut, dans les mêmes conditions, 0,2 ou 0,3 d'antigène, la réaction sera très forte ; s'il faut 0,2 ou 0,3 d'antigène, elle sera faible.

Il est utile d'étudier la valeur quantitative de la réaction chez les malades traités, car on peut se rendre compte, *dans une certaine mesure*, de l'action du traitement sur l'infection syphilitique.

Sérum humain. — Le sérum humain est recueilli en laissant coaguler, dans un tube à essai stérilisé, dix centimètres cubes de sang recueilli soit par ponction directe dans une veine, au moyen d'une seringue, soit par l'application d'une ventouse scarifiée. Chez le nouveau-né, on recueille 3 ou 4 cc. de sang au niveau du cordon.

Le sang coagulé est décollé au bout d'une demi-heure à une heure, au moyen du fil de platine sortant de la flamme, puis on place le tube dans la glace jusqu'au moment où on prélève le sérum au moyen d'une pipette.

Le sérum peut être recueilli avant ou après repas indifféremment.

Le sérum est chauffé à 56° pendant une demi-heure, avant de servir

Complément. — J'ai dit qu'on employait habituellement le sérum de cobaye. Celui-ci est recueilli par ouverture de la jugulaire, ou ponction directe du cœur, et défibriné immédiatement par agitation dans un vase (stérilisé) avec une baguette ou avec des perles de verre, puis on centrifuge. La quantité de complément contenue dans le sérum du cobaye varie suivant les animaux ; d'autre part, elle décroît rapidement, de sorte que ce sérum ne peut être employé pendant plus de quarante-huit heures au maximum et *doit être titré avant chaque expérience* (1).

Globules rouges de mouton. — Le sang est recueilli par ponction directe dans une veine ; on défibrine et on centrifuge. Les hématies sont lavées à plusieurs reprises dans du sérum physiologique. On se sert, pour l'expérience, d'une émulsion de globules rouges dans du sérum physiologique à 5 %. Les globules rouges sont recueillis le jour où on fait la réaction, ou bien sont conservés pendant 2 ou 3 jours à la glacière.

Sérum hémolytique du lapin. — Pour donner au sérum du lapin des propriétés hémolytiques, les globules rouges, recueillis suivant la technique qui vient d'être indiquée, sont injectés dans le péritoine du lapin à la dose de 3-4 cc. Après 3 ou 4 injections, faites à 5 ou 6 jours d'intervalle, on saigne le lapin, on recueille le sérum, qui est conservé à la glacière, après avoir été chauffé à 56° pour détruire le complément. Ce sérum est titré soigneusement ; il peut conserver ses propriétés hémolytiques *pendant plusieurs mois*, mais doit être titré à nouveau de temps à autre.

Modifications de la méthode de Wassermann

Le procédé de Wassermann, que je viens de décrire, est, on le voit, assez compliqué ; *il ne peut être employé que dans des laboratoires très bien organisés, où on le pratique quotidiennement et par des chefs de laboratoire expérimentés.* D'autre part, ce procédé, qui permet d'affirmer la syphilis sous

(1) Le pouvoir alexique du sérum de cobaye, même absolument frais, est des plus variables. Il ne peut être employé dilué au quart que d'une manière exceptionnelle. La plupart des sérums de cobayes ne sont actifs que dilués au tiers. Encore faut-il remarquer qu'au bout de 24 heures, ils ne sont plus utilisables que dilués de moitié. On peut conclure qu'en règle générale il faut se servir du sérum dilué de moitié. Parfois le sérum est si pauvre en complément qu'il faut l'employer sans dilution. (LEREDDE et RUBINSTEIN, *Académie de Médecine*, octobre 1911.)

les réserves que nous indiquerons plus loin ne donne pas toujours de résultats positifs chez des malades atteints de syphilis certaine, en particulier chez des malades traités ou dans des formes limitées de syphilis tertiaire.

Un grand nombre d'autres procédés ont été proposés, quelques-uns sont plus rapides, mais tous sont aussi difficiles, et la valeur de la plupart n'est pas aussi bien démontrée que celle du procédé de Wassermann. Je n'insisterai que sur les procédés indiqués par Bauer, par Marguerite Stern et par Hecht, qui peuvent être employés parallèlement à celui de Wassermann.

a) Procédé de Bauer. — J'ai indiqué plus haut que le sérum humain présente normalement des propriétés hémolytiques à l'égard des globules rouges du mouton. Bauer utilise ces propriétés et supprime le sérum hémolytique du lapin. Le sérum humain est chauffé à 56° ; on ajoute du sérum de cobaye qui fournit le complément, comme dans le procédé de Wassermann.

b) Procédé de Marguerite Stern. — Marguerite Stern, au contraire, ne chauffe pas le sérum humain ; elle utilise le pouvoir complémentaire de celui-ci, et n'ajoute pas de sérum de cobaye. Mais, comme Wassermann, elle utilise comme ambocepteur le sérum de lapin, hémolytique pour les globules rouges du mouton.

c) Procédé de Hecht. — Enfin Hecht n'ajoute au sérum humain ni le sérum hémolytique du lapin, ni le sérum du cobaye. Le sérum humain n'est pas chauffé, et l'hémolyse se produit grâce à l'activité hémolytique naturelle du sérum humain due à la présence normale d'hémolysines et au complément contenu dans le sérum.

Weinberg a montré, dans des recherches récentes, que l'activité hémolytique naturelle du sérum que l'on étudie dans la réaction de Wassermann a une importance considérable jusqu'ici méconnue. En premier lieu, il existe des sérums humains qui n'ont pas d'activité hémolytique, une fois sur dix, d'après Meirowsky. Quand le sérum de l'homme est hémolytique, son activité varie de 1 à 12, parfois plus, c'est-à-dire qu'une quantité déterminée (0,1 cc.) peut dissoudre une quantité de globules rouges de mouton 1 fois, 2 fois, 10 fois et même 12 fois plus considérable. Il est nécessaire, de déterminer au préalable l'*index hémolytique* du sérum que l'on étudie pour donner toute sa certitude à la réaction de Hecht.

Dans le procédé de Wassermann il peut arriver que l'action simultanée de l'ambocepteur artificiel (sérum hémolytique du lapin) et de l'ambocepteur naturel (hémolysines du sérum humain réactivées par l'addition du complément de cobaye) conduise à un résultat négatif, par suite d'une activité hémolytique trop considérable.

Le procédé de Hecht, dans lequel on n'ajoute pas au sérum l'ambocepteur artificiel, ne peut donner, d'autre part, de résultat lorsque l'index hémolytique est nul (1). Si l'activité hémolytique du sérum humain est faible (index 1-5), on ne doit ajouter qu'une faible quantité de globules rouges de mouton (0,1 cc. de l'émulsion à 5 %), pour 0,1 cc. de sérum et 0,1 ou 0,2 d'antigène. Si l'index est très élevé, on peut ajouter une quantité double de l'émulsion à 5 %, pour les mêmes quantités de sérum et d'antigène.

Une autre difficulté peut se présenter dans l'emploi du procédé de Hecht et celui de Marguerite Stern. Parfois, il n'y a pas hémolyse dans le tube témoin. Ce fait est dû à l'absence de complément ou d'ambocepteur. Dans ce cas, on peut ajouter l'un ou l'autre.

Au point de vue pratique, il faut conclure qu'il y a souvent avantage à employer, à côté du procédé de Wassermann, un autre procédé, en particulier celui de Hecht avec détermination préalable de l'index hémolytique, à titre de moyen de contrôle comme je le fais dans mon laboratoire. Parfois, on peut mettre ainsi en évidence l'existence de la syphilis, surtout chez les malades traités ou dans des syphilis tertiaires monosymptomatiques. D'après mon expérience, l'emploi du procédé de Hecht est surtout utile dans les cas d'affections syphilitiques de l'œil.

Mais ce procédé, ni celui de Bauer, ni celui de Stern, ne peuvent et ne doivent être employés isolément, en négligeant les résultats donnés par le procédé de Wassermann (1).

Procédé de Hecht avec détermination de l'index hémolytique. Sérum frais (non chauffé)

	Serum	Antigen	Eau physiol.		Glob rouges de mouton à 5 %		Syphil	Sain
1 et 1a	0,1	0 1	0 2	1 heure étuve à 37°	0,1	½ heure à 37°	0	H
2 et 2a	0,1	0,2	0 1		0,1		0	H
3 et 3a	0,1		0 3		0,1		H	H
1	0,1		1		0,1			
2	0,1		0,9		0,2			
3	0,1		0,8		0,3			
4	0,1		0,7		0,4			
5	0,1		0,6		0 5			
6	0,1		0,5		0 6			
7	0,1		0,4		0 7			
8	0,1		0 3		0 8			
9	0,1		0.[illegible]		0,9			
10	0,1		0 1		1 0			

N. B. On ajoute 0 1 ou 0 2 suivant l'index hémolytique plus ou moins élevé

FIG. 4.

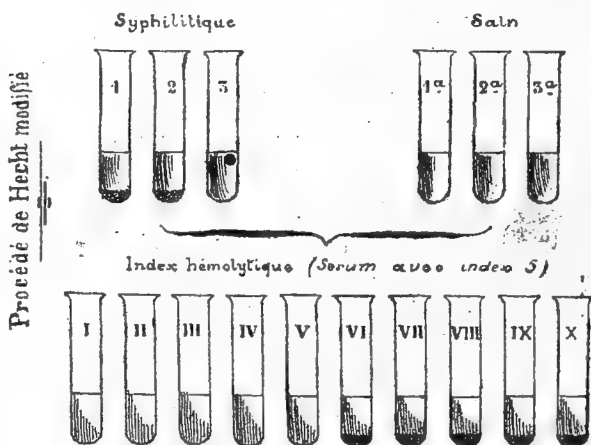


FIG. 5.

(1) On peut alors, il est vrai, ajouter l'ambocepteur artificiel comme dans le procédé de Marguerite Stern.

(1) Sur tous ces points, et en particulier l'utilisation de la réaction de Hecht dans les affections ocu-

Considérations théoriques. — Les expériences de Bordet et Gengou, les notions générales relatives aux antigènes et aux anticorps, ont été le point de départ des recherches de Wassermann et de la découverte du séro-diagnostic de la syphilis, et on ne peut comprendre la méthode de Wassermann sans connaître les faits et les théories sur lesquels s'est appuyé son auteur.

Mais il est démontré aujourd'hui que s'il y a bien fixation du complément quand on met en présence un extrait de foie hérédo-syphilitique et un sérum syphilitique, cette fixation est due *peut-être, dans une certaine mesure,* à la présence de substances spécifiques provenant du spirochète et d'anticorps contenus dans le sérum humain, mais certainement, et principalement, sinon d'une manière exclusive, à des substances non spécifiques, qu'on peut rencontrer dans des organes d'individus ou d'animaux non syphilitiques, et de certaines substances contenues dans le sérum de syphilitiques et qui ne peuvent être considérées comme des anticorps.

La preuve de cette théorie a été fournie par les auteurs qui ont démontré que l'on peut remplacer l'extrait de foie hérédo-syphilitique par des extraits de foie sain, humain ou non humain (Levaditi, Marie, Yamanouchi).

L'extrait de foie peut être remplacé lui-même par des extraits d'autres organes, en particulier du cœur, cœur humain, cœur de bœuf, cœur de cobaye. On a même été plus loin et on a obtenu la réaction de Wassermann (d'une manière moins constante que dans le procédé de Wassermann) au moyen de sels biliaires (oléate, glycocholate, laurocholate de soude) et lécithine (Porgès et Meier). Et on admet aujourd'hui que la réaction de Wassermann est due à la mise en contact de substances albumino-lipoïdes normales et d'autres substances albumino-lipoïdes, développées dans l'organisme syphilitique.

Au point de vue pratique, il convient de rejeter tous les procédés dans lesquels on remplace l'antigène indiqué par Wassermann par un autre « antigène », car on introduit dans la méthode des chances d'erreur qu'il est nécessaire d'éviter. Au point de vue théorique, on doit reconnaître que les bases de la réaction de Wassermann ne sont plus celles qui ont été admises à l'origine. Mais ce qui importe au praticien avant tout, c'est de connaître la signification pratique de la réaction et ses applications, quel que soit le mécanisme intime de celle-ci. Quelle est la valeur de la réaction de Wassermann pour le diagnostic de la syphilis? Quelle importance a-t-elle au point de vue du traitement ? A ces questions nous essayerons de répondre dans le second chapitre de cette étude.

(*A suivre.*)

laires voir Leredde et Rubinstein « *Considérations pratiques sur la Réaction de Wassermann.* Académie de Médecine, octobre 1911.

Autres procédés.

Tschernogonbow emploie : 1° l'antigène classique ; 2° il remplace l'émulsion de globules rouges de mouton à 5 % par une émulsion de globules rouges d'homme à 5 % ; 3° il remplace le sérum hémolytique lapin-mouton par un sérum hémolytique lapin-homme ; 4° il utilise le sérum humain non chauffé et par conséquent le complément naturel humain.

Noguchi emploie également du sérum hémolytique anti-humain, mais se sert au contraire de sérum de cobaye. L'antigène (extrait d'organe normal, foie, cœur, rate, voir considérations théoriques) est un extrait alcoolique repris par l'acétone que l'on étale sur du papier filtre. De même le sérum hémolytique est fixé sur du papier filtre. Une très petite quantité de sérum humain est suffisante. On verse une goutte de ce sérum dans un tube, on ajoute un papier antigène, puis 0,1 de complément à 40 % et 11 cc. de globules humains à 1/100. Au bout d'un séjour d'une heure et demie à l'étuve on ajoute le papier ambocepteur. L'hémolyse ne se produit pas ou se produit suivant qu'il y a ou non syphilis.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La désinfection sur la Côte d'Azur.

Un clou chasse l'autre. A la saison chaude, dont les températures outrées peuplèrent temporairement les stations estivales de la montagne et de la mer d'une foule inaccoutoumée, succèdent les jours pluvieux de l'automne. Et bientôt, celui-ci touchant à sa fin, viendront les froids d'un hiver qu'on nous prédit rigoureux, et qui dirigeront vers la Côte d'Azur le long exode des hivernants épris de lumière et de tiédeur.

Parmi ceux-ci, une large place doit être faite aux malades qui, chaque année, accourent de tous les points du monde pour jouir du climat doux et tempéré, aux soleilleuses journées, où toute peine semble plus légère, où, dans l'espoir d'une guérison, souvent problématique, on se sent renaître, — illusion ou réalité ! — sous les effluves bienfaisants de l' « éternel printemps, sous un ciel toujours bleu », chanté par certaine héroïne d'Ambroise Thomas.

Nous n'en sommes heureusement plus au temps où, doucement enivrée du parfum des orangers en fleurs, la jeune poitrinaire venait mourir en beauté sur la Riviera, où les tombes s'alignaient auprès des tombes dans les nécropoles de celle-ci, en un ordre si serré que la renommée, — une fâcheuse renommée — désignait sous le nom funèbre de cimetière de l'Europe.

Il n'en reste pas moins que, pour y moins mourir, pour s'y améliorer souvent, pour y guérir même, tous les infectés à des titres divers, porteurs de germes pathogènes nombreux et variés, qui séjournent sur le littoral de la grande bleue, constituent toujours en puissance un danger vivant pour toute la partie saine de la population flottante qui les environne, qui loge dans leur voisinage, qui leur succède dans les locaux qu'ils ont pu occuper plus ou moins longtemps et contaminer avec plus ou moins de prodigalité.

Pour réduire au minimum les éventualités de propagation des maladies contagieuses dont les agents infectieux sont véhiculés et répandus tout autour de soi par les malades, il est certaines règles d'hygiène qui devraient être suivies avec la plus scrupuleuse rigueur ; il est certaines prescriptions législatives dont l'observance devrait avoir la valeur d'un dogme irréfragable. Au premier

rang de ces règles, de ces prescriptions, se place la désinfection méthodique et systématique des locaux et de leur contenu mobilier.

Or, si nous nous en rapportons aux résultats d'une enquête récente, cette désinfection, sur la Côte d'Azur, serait illusoire ou à peu près.

Qu'on l'envisage sous les deux aspects qu'elle revêt, qu'il s'agisse de la désinfection officielle ou de la désinfection privée, on en est resté encore aux pratiques quasi-barbares et vexatoires de jadis, qui sont considérées à juste titre par les intéressés comme des épouvantails dont il faut se garer comme de la peste.

A Nice, c'est toujours le sublimé qui demeure le grand agent de la désinfection, aidé, pour les désinfections en profondeur, des monumentales étuves à vapeur, dont la mise en batterie a quelque chose de redoutable, et qui ne laissent pas d'ailleurs de l'être, par les dégâts qu'elles font subir aux objets qu'on leur confie. Il en est de même dans les autres localités, sauf peut-être à Cannes et à Hyères, où l'administration a mis sur pied une organisation plus sérieuse, mais qui ne fonctionne encore que d'une façon restreinte.

Quant à la désinfection privée, honnie à l'instar d'un fléau, elle est, en effet, entre les mains d'entrepreneurs qui sont, par ailleurs, blanchisseurs, teinturiers, peintres, et qui ne voient dans l'opération de salubrité dont on les charge qu'un moyen et un prétexte d'exploiter le public, et d'établir ces mémoires dont la réputation est légendaire. Nous avons eu sous les yeux un de ces mémoires, dressé par un industriel, aussi incompétent que prétentieux. Il s'agissait d'une petite villa dont le désinfecteur, qui réclamait de ce chef sept cents francs, avait soigneusement dénombré les chaises, les tables, leurs pieds et leurs barreaux, qu'il avait essuyés avec un linge imbibé d'une solution de sublimé. Cela rappelait certains mémoires de plombiers, — cette corporation est fameuse pour ses trouvailles joyeuses, — où on pouvait lire : « Pour avoir vérifié le robinet et constaté qu'il fonctionnait bien... tant. Pour avoir salué la maîtresse de la maison et lui avoir demandé des nouvelles de sa santé..tant ! ».

A la vérité, la véritable désinfection, celle qui mérite réellement ce nom, est rare et toujours clandestine, parce qu'elle jouit d'une mauvaise réputation. Elle devrait, au contraire, se faire au grand jour, et, si tous les logeurs étaient tenus de s'y soumettre systématiquement, qu'elle soit ou non justifiée par le passage dans les habitations d'un malade, voire d'un suspect, elle ne serait plus un objet de crainte ; on ne chercherait plus à s'y soustraire ou à la pratiquer dans le plus grand secret, puisque tous les propriétaires, logés à la même enseigne et traités de la même façon, ne l'exploiteraient plus comme un élément de concurrence d'une loyauté douteuse.

Qu'un amateur se présente pour louer une villa, un appartement, sur la Côte d'Azur, et s'inquiète des habitants qui l'y ont précédé, la réponse est stéréotypée : « Jamais l'Agence de location ou le propriétaire n'avoueront que leurs locataires précédents aient pu être des contagieux, à moins qu'une opération de désinfection faite antérieurement dans une circonstance où elle était inévitable, — et le fait est rare, nous l'avons vu, — ne vienne leur donner un démenti formel. Jamais leur villa, jamais leur hôtel n'a abrité de malades. On peut louer en toute sécurité ; nul danger n'est à craindre ». Si on se laisse prendre à ces belles assurances, sans en vérifier la sincérité, on s'expose à vivre dans un milieu souillé de tous les germes que tuberculeux, typhiques, porteurs de microbes avérés ou latents, y auront peut-être semés récemment. Belle perspective, n'est-il pas vrai, et bien faite, si elle est suivie de réalisation, c'est-à-dire si une contamination se manifeste, pour accroître la réputation de notre Riviera !

Dans l'incertitude où il se trouve des risques qu'il peut courir, tout locataire éventuel devrait exiger que les locaux ne soient mis à sa disposition que préalablement et systématiquement désinfectés. Et l'acte de location devrait être accompagné *d'une pièce officielle, d'un certificat,* constatant que la désinfection a réellement été faite.

Cela viendra, espérons-le, aussi bien sur la Riviera que dans toutes les autres régions du territoire et particulièrement dans les grandes villes. La santé publique ne pourra qu'y gagner.

Jusque-là, le public n'est pas désarmé, et il peut, à peu de frais, pratiquer lui-même une désinfection des locaux qu'il doit occuper d'une façon plus ou moins durable, qui lui donne toute garantie. Cette désinfection est aussi simple que pratique. Elle consiste à laver les parquets, les carrelages, les lambris, avec de l'eau de Javel étendue d'eau commune, et à allumer dans chacune des pièces de la villa ou de l'appartement, *selon la méthode* actuellement en honneur dans les grandes administrations et plus spécialement au Ministère de la Guerre, un Fumigator Gonin, dont les vapeurs de formol, diffusées dans tous les coins et interstices, viennent y exercer leur action bactéricide, et stérilisent en quelques heures, les locaux et les meubles les plus justement suspects.

Petite Correspondance de Médecine pratique

Matériel économique de stérilisation.

Nous pensons être utile à un grand nombre de confrères de campagne en leur soumettant notre manière de stériliser la ouate et les compresses à peu de frais et avec une entière sécurité.

Notre matériel se compose : 1° d'un four ; 2° de boîtes à compresses.

a) *Four.* — Nous avons trouvé dans le commerce un modèle de four en tôle noire ordinaire, à double enveloppe et pouvant se placer sur n'importe quel foyer. Nous avons percé les deux tôles à la partie supérieure, et introduit dans cet orifice un tube destiné à recevoir le bouchon portant le thermomètre. Ce dispositif nous permet de connaître la température exacte de l'intérieur du four.

Comme source de chaleur nous nous servons d'un réchaud à pétrole à deux mèches (dit Flamme Bleue) à cause de sa facilité de réglage.

b) Boîtes à compresses. — Nos boîtes à compresses sont de vulgaires boîtes à conserves en métal étamé et verni, à fermeture hermétique au moyen de griffes se plaçant et s'enlevant avec la plus grande aisance.

Les modèles adoptés ont les dimensions suivantes : pour la ouate : hauteur 18 cent., contenance 1 litre 1/2 ; pour les compresses : hauteur 9 cent., contenance 1 litre. Nous avons remplacé le joint de caoutchouc primitif par une lame de coton.

Manière de procéder. — Ni la ouate, ni les compresses ne doivent être tassées et il est très utile de placer les compresses en « chicane » pour permettre à l'air chaud de les pénétrer totalement. Par contre, les boîtes doivent être assez remplies pour maintenir le couvercle et son joint d'ouate surélevés d'un centimètre environ au-dessus des bords.

Nos expériences nous ont prouvé qu'avec cette façon de procéder, des tubes témoins à 120° et à 130° placés en différents endroits de la masse à stériliser étaient fondus après un séjour d'une heure dans le four maintenu à 145°. A cette température, le coton est un peu roussi, mais les compresses restent parfaites. Cette étuve nous permet également de stériliser chez nous les instruments, nous évitant ainsi une perte de temps et le transport d'un matériel toujours encombrant.

Prix du matériel. — Le four coûte 16 francs : les boîtes pour :

Ouate	1 fr. 10
Compresses.........	1 fr. 25

Prix de revient : Avec de la gaze n° 8, vingt compresses de 0,40 sur 0,20 (pliées 8 cent. sur 9) coûtent cinquante centimes.

Nous obtenons ainsi des résultats aussi certains qu'avec un Poupinel à 108 francs et des boîtes à compresses à 20 francs.

Les interventions pratiquées depuis trois mois en faisant usage de ce mode de stérilisation (quatre hernies, deux kystes poplités, une amputation du sein avec curage de l'aisselle et diverses autres petites interventions) nous ont donné des suites tout à fait antiseptiques.

Confrères, joignez à ce matériel une asepsie rigoureuse et un bon tour de main ; laissez toutes vos « chicanes » dans vos boîtes à compresses, et vous pourrez alors non seulement rendre votre profession plus agréable, mais vous y gagnerez en considération et en intérêt.

Dr MAZURÉ. Dr DEBRAY.
à Combles (Somme)

PARTIE PROFESSIONNELLE

UNE IDÉE A PROPAGER

Un mutualiste nous a communiqué cette feuille qu'on distribuait à la sortie d'une assemblée générale d'une Société de secours mutuels.

LIBERTÉ DE CONFIANCE

Les hommes naissent libres et égaux en droits. — Ce que le riche a le droit de faire, le pauvre a le droit de le faire également. — Or le riche a le droit de choisir le médecin en qui il a confiance. — La confiance du médecin traitant est un élément important de la guérison et constitue la garantie du malade. — La confiance ne se commande, ni ne s'impose. — L'imposition d'un médecin à un malade, qu'elle se fasse au nom d'intérêts collectifs ou d'intérêts particuliers, ne peut se produire qu'en violation des droits naturels de l'homme et contrairement à ses intérêts.

Le Médecin de Votre choix	Le Médecin imposé
1° Est votre ami et défend vos intérêts.	1° Est employé de l'Administration, de la Mutualité, de la collectivité qui le nomme et le révoque à sa volonté et le paie pour défendre ses intérêts.
2° Est votre conseiller, votre confident, le dépositaire de vos secrets de famille.	2° Est obligé de violer le secret professionnel en déclarant vos maladies à la société. Il est quelquefois inconsciemment le policier de la société à votre égard.
3° Est payé par vous selon vos ressources. Il reçoit ainsi des honoraires fixés d'un commun accord et compatibles avec sa dignité professionnelle.	3° Est exploité et mal payé par l'administration qui l'emploie. Ses soins deviennent suspects au travailleur, qui sait qu'à un salaire insuffisant correspond quelquefois un travail insuffisant ou accompli à la hâte.
4° A intérêt à bien vous soigner pour conserver votre clientèle, car vous pouvez le quitter.	4° A surtout comme cliente la société qui le paie et qu'il doit ménager, le sociétaire n'étant qu'un numéro matricule.
5° Vous guérit plus rapidement, car il a votre confiance.	5° Vous déclare guéri rapidement pour se conformer aux règlements administratifs.
6° Il est enfin votre médecin parce que vous l'avez choisi et vous lui confiez aussi la santé de votre famille.	6° Il est choisi par l'Administration par protection et à cause des rabais qu'il fait. Il n'a guère la confiance des membres du Conseil d'administration qui le plus souvent appellent d'autres médecins pour eux et leur famille.

Indigents, Mutualistes, Ouvriers et Employés d'administration, Fonctionnaires, exigez le libre choix du médecin, c'est votre droit d'hommes libres, c'est l'intérêt de votre santé.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Le relèvement des honoraires pour les accouchements des assistées dans le département du Nord.

Il y a quelques mois, nous avons appris, avec stupéfaction, le tarif des accouchements, dans le département du Nord pour les femmes assistées. Nous avons publié une correspondance officielle, dans laquelle l'administration préfectorale du Nord avisait un confrère, appelé d'urgence par un autre médecin à pratiquer une opération dystocique à six kilomètres de son domicile, qu'il avait pour cela droit à une indemnité de *cinq francs*. Ce fait, porté à la connaissance des Syndicats médicaux du Nord, dont nous nous étions cru en droit de douter de la vigilance sur ce point particulier, nous valut des protestations indignées que nous nous fîmes un devoir de publier. Cependant nous n'avions fait là aucun de ces actes anticonfraternels méritant l'excommunication majeure dont; sans émotion d'ailleurs, nous nous sentîmes un instant menacé.

Notre intervention n'a pas été tout à fait inutile. Nous sommes aujourd'hui heureux d'annoncer que le Conseil général du Nord vient de porter à 15 fr. le prix des accouchements des assistées.

Nous apprenons d'autre part que les médecins de Caudry viennent d'obtenir 30 francs pour les interventions d'urgence au cours des accouchements.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir à nous seuls provoqué ce petit relèvement, insuffisant à nos yeux, mais néanmoins appréciable ; mais nous ne doutons pas que les praticiens de campagne du département du Nord, mieux éclairés, ne nous gardent guère rancune aujourd'hui du cri d'alarme un peu brutal que nous avons naguère poussé et qui est parvenu à stimuler, sinon à réveiller, l'énergie syndicale. J. N.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Maison des Médecins.

A la suite d'un article paru ici même sur le projet de construction d'une Maison des Médecins, de nombreuses lettres d'encouragement nous sont parvenues.

Aucune ne nous a plus touché que celle que nous publions ci-contre, et que nous a écrit le Dr Courtault, président et fondateur de la Maison du Médecin.

La fin tragique de Courtault, décédé en mer dans le naufrage de l'*Emir* et qui jusqu'au dernier moment a lutté avec le succès que l'on sait pour la réussite de son œuvre, nous a rendu particulièrement précieux le témoignage de sympathie avec quel il a voulu accueillir notre idée.

Paris, le 30 mars 1911,

Mon cher confrère,

Votre projet de la *Maison des Médecins*, — à part ce titre, qui pourrait, peut-être, prêter à confusion avec le nôtre ci-dessus — répond trop exactement à ce que je rêvais tout haut moi-même, il y a quelque 4 ans déjà, pour que je ne m'empresse de me rallier, pour vous assurer de mon concours le plus absolu.

Comme vous le lirez, en effet, dans la fantaisie incluse, sous le titre : *Les deux rêves*, dont l'un vient d'être déjà réalisé — et vous ne pouvez ignorer avec quel éclatant succès — je donnais dès alors, tout l'exposé, très détaillé, de ce que vous demandez aujourd'hui, de ce que tout médecin quelque peu moderne et averti des nécessités de la vie actuelle et active à Paris, ne peut que désirer aussi vivement que vous et moi, de ce qui existe, d'ailleurs un peu partout déjà, plus ou moins complètement, à Bruxelles, à Berlin, à Vienne, etc.

Toutefois, d'une incompétence rare — et pour cause ! — en combinaisons financières, alors que le projet dont s'agit relève d'une conception plutôt spéculative que philanthropique, j'ai dû me garder, jusqu'ici, de toute initiative personnelle, résolu à passer la main, tout en l'offrant à plus autorisé et m'essayant à le seconder de mon mieux, sans le moindre souci, d'ailleurs, de mes droits d'auteur — dont je trouve, entre parenthèses, qu'on tend à abuser un peu trop aujourd'hui.

Avec tous mes encouragements, agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr COURTAULT.

Dans un sentiment de piété pour le confrère trop tôt disparu, pour celui qui s'oubliant lui-même et dans une situation modeste qu'on n'ignore plus à l'heure actuelle, a prodigué son temps et sa peine, nous reproduisons l'article auquel cette lettre fait allusion — article daté de 1907 et paru dans les *Tablettes médicales mobiles* que dirigeait alors Courtault.

Les deux Rêves.

1er novembre 1907.

Je veux vous conter deux beaux rêves, que je fis il y a belle lurette déjà.

Dans le premier, je me vois débarquant à Paris par un doux soir d'automne, arrivant, avec ma smala, du fond de notre Bretagne, elle, pour les emplettes d'hiver, moi, pour l'assemblée générale du *Cercle médical français* (*C. M. F.*), dont je suis actionnaire.

Prestement enlevés par l'automobile du Cercle, nous sommes déposés à l'entrée du *C. M. F.* sis en plein cœur de Paris et, durant que ces dames sont conduites à leur appartement, je me précipite vers la salle de douches-massages, que je sais voisiner, au sous-sol, avec l'escrime, la gymnastique, etc.

Puis, nous voici réunis dans la grande salle à manger ; comme par hasard, notre table touche

celle d'un ancien camarade d'études, ce joyeux M. KIRIBIHEN, à peine entrevu depuis le Quartier et dont la verve méridionale ne tarit pas d'éloges en l'honneur du *C. M. F.*

— Sais-tu que nous sommes déjà près de 6.000 abonnés de province !.... A 25 francs par an, et à 100 francs pour ceux de Paris et la Seine — ils sont plus de 1.000 déjà — le Cercle va encaisser près de 250.000 francs de recettes sans parler des dons, des legs, qui ne sauraient manquer de lui advenir.

Voilà désormais ses services assurés, ses actions largement rémunérées.

Mais aussi quels services le *C. M. F.* met au nôtre, sans compter ceux qu'il nous rend par ailleurs !

As-tu visité les nouvelles installations ?..... Moi, j'ai passé l'après-midi à les parcourir et j'en reste émerveillé.

Après l'hôtel, avec ou sans restaurant, où pour dix francs par jour, on est si confortablement traité, j'ai revu nos salons de réception, de jeu, de consommation, les salles de lecture, de correspondance, de travail, la vaste salle de conférences, concerts ou bals ; les salles de réunions pour nos Sociétés locales ou Syndicats affiliés, les bureaux de renseignements professionnels, cessions de clientèles, remplacements, voyages, etc. ; les stands d'expositions pour les nouveautés médicales, chirurgicales, hygiéniques ; le musée d'instruments, d'appareils, sujets et albums anatomiques, photographies, herbiers, médicaments, produits exotiques ; le bureau de notre coopérative médicale, avec son magasin d'échantillons ; enfin, la bibliothèque, cette merveille de collection, d'organisation pratique et économique, avec ses services de bibliographie, de fiches, de prêts, de location, d'abonnements à tous les journaux, ses cabinets de rédaction, de correction, attenant au bureau du Comité-Directeur, qui s'y réunit chaque samedi et dont les séances sont publiques...

Voilà ce qui a pu être fait en quelques années, avec les seules ressources des actionnaires et abonnés. Et que sera-ce, quand nous serons 10.000, 15.000 et plus, alors que, par une heureuse combinaison, l'affiliation du *C. M. F.* vient d'être décidée à la *Maison de Retraite du....*

La détonation joyeuse, derrière mon dos, d'une bouteille de champagne, m'éveille brusquement et interrompt ici mon premier rêve et celui du *Cercle médical français.*

***

Dans le second, nous nous retrouvons, mon vieil ami, KIRIBIHEN et moi, tout blancs, tout accablés sous le poids des ans, assis à l'ombre, au fond d'un grand parc, s'inclinant ensoleillé vers la mer immense, aux horizons éblouissants et dont les flots azurés viennent s'effondrer tumultueusement tout là-bas.

Avec une tranquille sérénité, nous devisons gaîment du passé, nous félicitant de vivre désormais dans la joie que procure la quiétude d'un avenir assuré, malgré les déboires et les malheurs d'un ingrat et long exercice professionnel. Grâce aux subventions des Mutualités et Sociétés dont nous avons fait partie, qui complètent si à propos nos insuffisantes ressources, nous avons pu entrer dans cette *Maison de Retraite du Corps médical Français* (*C. M. F.*, toujours !), espoir et soutien de tant de confrères déçus comme nous et dont les importantes et sobres constructions s'élèvent là, tout près et s'étendent de chaque côté.

Plus heureux que jamais, nous y vivons en paix, avec des confrères, qui sont tous des amis, pour lesquels l'*invidia medicorum* ne saurait plus avoir raison d'être...

A cette pensée, aussi sangrenue que malicieuse, le joyeux rire d'autrefois, l'ancien rire rabelaisien du Quartier Latin soulève la quinteuse carcasse de KIRIBIHEN, se propage à la mienne et.... me réveille tout net.

Ainsi finit mon second rêve : celui de la *Maison de Retraite du Corps médical Français.*

Et maintenant, mes chers confrères, dites-moi, s'ils ne sont pas jolis, mes deux rêves et s'ils ne méritent pas d'entrer dans la réalité ?

Dr COURTAULT.

La *Maison du Médecin* est en pleine voie de prospérité. Riche de dons et de legs, elle a déjà reçu ses premiers pensionnaires.

Le Corps médical français, qui n'a pas ménagé son concours aux œuvres dont il apprécie l'utilité, ne pourra-t-il pas réaliser la seconde conception de Courtault d'une Maison des Médecins ?

Nous l'avons déjà dit. Celle-ci existe à l'étranger, et notamment en Allemagne et en Belgique. Il semble que cette réalisation serait actuellement rendue plus facile par la cohésion plus grande des médecins, due au syndicalisme médical.

Une campagne se dessine pour la création d'un Institut thermal et notre confrère le docteur Bardet, dans un article récent paru en tête d'un grand quotidien, en exposait dernièrement les avantages.

Au Congrès qui prochainement va réunir les nombreuses personnalités qu'intéresse le développement de nos villes d'eaux et qui doivent concourir à la prospérité de nos stations, on envisagera certainement la création de cet Institut thermal. Or, s'il est une idée sur laquelle de longs développements paraissent inutiles, c'est sur l'avantage considérable qui naîtrait d'une union et d'un contact intime et fécond en résultats entre les médecins de villes d'eaux et le grand public médical des confrères qui fait de la médecine générale.

L'Institut thermal — pour la construction duquel de gros capitaux ne manqueront pas d'être rapidement réunis — ne saurait-il être ou comprendre dans son sein la Maison des médecins ?

C'est une question que nous nous contentons de poser mais sur laquelle nous serions heureux d'avoir l'avis de nos confrères.

Dr Ch. TOURTOURAT.

BIBLIOGRAPHIE

La grossesse et l'accouchement hors l'hôpital, par le Dr Louis Billon, ancien chef de clinique à l'École de médecine de Marseille. In-18, 1912. 4 fr. A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ce petit livre de 320 pages est original, bien qu'il ne contienne aucune nouveauté. Il indique simplement la conduite que le praticien doit tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de l'accouchement dans sa clientèle. Tout y est prévu jusqu'aux moindres complications. C'est une série de bons conseils qui permettent de se faire bien voir et bien apprécier par ses clientes.

Ce travail sera très utile surtout aux jeunes docteurs qui ne sont, en sortant de la Faculté, pas préparés à la pratique et qui, par leurs tergiversations en face de leurs premiers malades, se nuisent dès leur installation.

La *Grossesse et l'Accouchement hors l'hôpital* devait sortir du succès de l'*Opération hors l'hôpital,* du même auteur.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et variétés

— **Tournées des Inspecteurs des Enfants assistés.** — Les frais de ces tournées étaient, jusqu'à ces derniers temps, calculés d'une façon forfaitaire et selon le grade des Inspecteurs.

Le Gouvernement, estimant que cette base était des plus illogiques, vient de nommer une Commission composée d'inspecteurs généraux des services administratifs, d'inspecteurs des finances et de représentants des ministères et du personnel intéressés pour étudier un mode de règlement plus rationnel de ces frais de tournées.

— **La lutte contre l'alcoolisme.** — Elle vient d'être entreprise d'une façon effective par le maire de Rouen qui, faisant application d'une disposition de la loi du 17 juillet 1880, suivant délibération du Conseil municipal, a réglementé dans les termes suivants, à la date du 7 mars 1906, l'ouverture des débits de liquides dans la ville de Rouen : « Il est interdit, soit d'ouvrir ou de créer un nouveau débit de boissons, soit de reconstituer un ancien débit précédemment fermé, et ce, dans un rayon de 150 mètres à vol d'oiseau des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, hospices, écoles primaires, collèges et autres établissements d'instruction publique. »

Il est intéressant de mettre en parallèle le nombre des ouvertures de débits ayant eu lieu avant et depuis l'application de l'arrêté municipal susvisé du 7 mars 1906. Il n'est pas sans importance d'indiquer que l'application de cet arrêté n'a été faite qu'environ trois mois après la date à laquelle il a été pris.

Ouverture de cafés ou débits :

En 1904 : 66. — En 1905 : 80. — En 1906 : 39. En 1907 : 15. — En 1908 : 16.

L'ouverture de débits de liquides ou cafés, à Rouen, est tombée dans la proportion de 75 p. 100 dans ces deux dernières années, c'est-à-dire depuis la pleine application de l'arrêté municipal qui a déterminé divers rayons d'interdiction pour la création d'établissements de cette nature.

Si tous les maires de France prenaient la même initiative que leur collègue normand, quel progrès ne réaliserait-on pas dans la voie de l'anti-alcoolisme !

— **Peut-on prévoir le sexe des enfants qu'on aura ?** — Oui, répond M. E. S. Mawe, de Cambridge, à la condition qu'on en ait déjà. Reprenant une vieille légende japonaise, il a fait porter ses observations sur plusieurs centaines de cas et il en est arrivé à formuler les deux lois suivantes :

1. Si la direction des cheveux qui recouvrent la nuque de l'enfant précédent est *convergente*, l'enfant à naître sera une *fille*.

2. Si la direction est au contraire *divergente*, l'enfant attendu sera un *garçon*.

Livré à la méditation et à la critique de nos confrères accoucheurs.

— **Epizootie méningococcique.** — Elle s'observe actuellement au nord-ouest de la Saône-et-Loire et sévit sur les chevaux dans les sécrétions desquels on a découvert le bacille de la méningite cérébro-spinale.

On ne l'avait pas encore observée en France ; mais elle était déjà connue en Angleterre, en Amérique et en Allemagne où elle se montra particulièrement meurtrière.

Il serait intéressant de savoir si on a essayé le sérum de Dopter et ce qu'il a donné.

— **Une grève étrange.** — Les malades du service des maladies de la peau et maladies vénériennes de l'hôpital d'Odessa viennent de se mettre en grève... contre les traitements qui leur sont ordonnés et ont avisé de leur refus de traitement les directeurs de l'hôpital. La raison ? Elle est au moins originale. Ils prétendent être soignés par le 606 et protestent contre le misonéisme des médecins se cantonnant encore dans l'usage d'armes désuètes ! La grève se fait au cri de : « A bas la vieille pharmacie ! », « le 606 for ever ! »

Doux pays ! On y massacrait l'an dernier les médecins sanitaires luttant contre le choléra, on boycotte aujourd'hui les tenants du mercure.

— **Les médecins allemands.** — Suivant les renseignements fournis par le dernier recensement, le nombre des médecins, au mois de mai 1909, était de 30,558, en augmentation d'un quart sur le chiffre de 1898.

Le nombre des médecins d'hôpitaux a subi une augmentation de 60 p. c. supérieure à celui des médecins à clientèle privée. Les spécialistes voient leur chiffre grossir de 75 p. c. dans les grands centres.

La statistique nous apprend qu'en Allemagne les grandes villes ont un nombre de médecins proportionnellement quadruple de celui des petits centres.

Médecin automatique. — Il existait déjà des appareils automatiques distribuant des tablettes de chocolat, des bonbons, des parfums et jusqu'à des timbres-poste. C'était joli ; on vient cependant de faire mieux — beaucoup mieux — et c'est à se demander où s'arrêtera le progrès. Le triomphe du mécanisme qui eût stupéfié Vaucanson lui-même, c'est le médecin automatique qui fonctionne à Amsterdam, pays des tulipes, des rhumatismes, du curaçao, de Rembrandt et de la reine Wilhelmine.

La machine représente un homme, et chaque organe porte une fente destinée à recevoir une piécette de 50 centimes. Le client qui a une maladie de cœur ou de foie fait glisser les honoraires dans la fente située dans la région du cœur ou du foie du mannequin, et il reçoit illico un ticket portant en caractères d'imprimerie l'ordonnance et l'adresse du pharmacien qui la délivre.

Il est bien évident que la pénurie de médecins dans les temps modernes appelait cette création éminemment humanitaire !!

Cours de Psychothérapie. — MM. les Docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le jeudi 16 novembre, de 10 h. 1/2 à midi, et continueront chaque jeudi, aux mêmes heures, à l'Ecole de Psychologie, 49, rue St-André-des-Arts, une série de leçons sur la Psychothérapie et sur la psychopathologie des enfants anormaux, avec présentation de malades.

Maladies des voies urinaires. Clinique des Docteurs Desnos et Minet (15, rue Malebranche). — MM. Desnos et Minet commenceront le lundi 13 novembre une série de conférences formant un cours complet d'urologie, avec application des méthodes modernes de diagnostic et de traitement : urétroscopie, cystoscopie, examen fonctionnel des reins, radiographie (avec la collaboration de M. le Dr Hamon, etc. .

Les conférences ont lieu les lundis et vendredis à 4 heures.

Conférences d'hygiène et de clinique infantiles, par le Dr G. Variot. — Le Docteur Variot reprendra ses conférences le lundi 13 novembre, à 10 heures 1/2 du matin, à l'hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, *Pavillon Pasteur, salle de Cours de l'Institut de Puériculture,* et les continuera chaque lundi à la même heure.

— **Bureau d'hygiène d'Alger.** — Aux termes du décret du 4 avril 1910, article 2, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène en Algérie, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France et par le gouverneur général de l'Algérie.

Conformément à cette disposition, la vacance du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte à Alger, dans les conditions déterminées par l'arrêt municipal du 7 août 1911.

Traitement fixe : 8.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 14 novembre 1911, pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— **Bourse de doctorat en médecine.** — Arrêté ministériel du 25 octobre 1911. — L'ouverture des concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine et des bourses de pharmacien de 1re classe, qui devait avoir lieu le 27 octobre 1911, est reportée à une date qui sera fixée ultérieurement.

— **L'innocuité des tuyaux de cuivre.** — Le professeur Gautier, chargé par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, de lui fournir un rapport sur cette question, s'est nettement prononcé en faveur des tuyaux et canalisations en cuivre :

« Si cette pratique n'a pas été déjà universellement adoptée, dit-il, c'est que, d'une part, le bas prix du plomb relativement au cuivre, de l'autre le maniement plus commode et la malléabilité des tuyaux du premier de ces deux métaux donnent à l'emploi du plomb un avantage pratique qui l'a fait employer pour les conduites d'eau depuis un temps immémorial ».

Le passage suivant du rapport est particulièrement à retenir.

Après avoir étudié les inconvénients de l'un et l'autre métal, M. Armand Gauthier s'exprime ainsi :

« Les essais faits par Toussaint, Burq, M. Galippe, sur eux-mêmes et sur les personnes de leur entourage ; ceux que j'ai répétés volontairement chez moi et sur moi-même pour contrôler les dires de ce dernier auteur, essais qui m'ont montré que l'on peut consommer impunément des aliments, fussent-ils acides, alors même qu'ils ont été refroidis dans des vases de cuivre non étamés, qu'on peut se servir, en cuisine, de ces vases en cuivre non étamés, et cela presque indéfiniment et sans troubles de santé, ces essais m'ont convaincu définitivement de l'innocuité du contact du cuivre avec nos aliments... »

Nous sommes loin des temps où on guillotinait les gens qu'on accusait de s'être servis de sels de cuivre pour empoisonner leurs semblables !

— **L'emploi de la lainette.** — Le *Bulletin du Conseil d'hygiène et de salubrité* publie, comme application immédiate, une lettre du préfet de police, adressée à M. Vaillard, membre du Conseil d'hygiène et de l'Académie de médecine. Voici de quoi il s'agit. Le ministre de l'Intérieur a appelé l'attention du préfet sur les dangers que présentent, pour la santé publique, les pratiques de certains fabricants qui vendent des objets de « literie de réclame » fabriqués avec de la « lainette ».

« Lainette » est gracieux, cela fait songer aux nids des petits oiseaux. Mais dans la réalité, cela consite en matelas fabriqués avec de vieux tapis ramassés dans les tas d'ordures, et en oreillers faits avec des vieilles plumes de chapeaux ou de plumeaux hors d'usage. Par un surcroît d'économie, les spécialistes en « lainette » ne font même pas désinfecter leurs horribles déchets : ils considèrent cette opération comme somptuaire et inutile. Le service d'inspection des établissements classés, consulté, a estimé qu'il était utile de prescrire des mesures générales de désinfection dans tous les ateliers du département de la Seine susceptibles d'utiliser des produits de cette provenance. (*Presse médicale.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 47 Dimanche 19 NOVEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

AVIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

du « CONCOURS MÉDICAL » et de ses filiales (19 novembre 1911)

Nos Assemblées générales annuelles auront lieu le **Dimanche 19 novembre 1911**, dans les salons du *Restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

A 2 *heures précises*, Assemblée générale de la **Mutualité familiale du Corps Médical** ;

A 3 *heures* 1/2, Assemblée extraordinaire et assemblée ordinaire de la **Société Civile du Concours Médical** ;

A 4 *heures* 1/2, Assemblée générale du **Sou Médical**.

Le **Banquet** commun aura lieu, à 7 heures, au *Restaurant Marguery*. La cotisation, payable à l'entrée, est de **15 francs**, la Société civile du Concours prenant à sa charge le supplément des frais.

Prière d'aviser de sa présence, *autant que possible* **avant le 15 novembre**, en vue des dispositions à prendre et pour éviter de n'être pas admis faute de place.

Les Sociétés locales ont déjà commencé à tenir leurs réunions en vue d'examiner les questions qui leur ont été soumises par le Conseil général de l'A. G. (*Circulaire datée du* 27 *mai* 1911).

L'Assemblée générale de la Mutualité familiale *du* 19 *novembre prochain serait heureuse de savoir si les membres de l'Amicale et de la Caisse des Pensions* (*qui constituent la Mutualité familiale*) *ont su obtenir de leurs sociétés locales le vote favorable* 1° *au contrat entre l'A. G. et la Mutualité familiale* ; 2° *au versement des* 0,80 *par adhérent en vue de la diminution de prime afférente aux retraites de* 360 *francs et au-dessous* ; 3° *à la subvention globale de l'A. G. à la M. F.*

La Savoie, le Jura, l'Yonne, l'Oise, l'Ain, etc., nous sont déjà connus comme ayant donné le bon exemple.

Quelles sont les Sociétés qui l'ont suivi ?

Le Conseil d'administration de la M. F.

PROPOS DU JOUR

Au sujet de la révision du tarif Dubief Comment on écrit l'histoire ?

Un de nos confrères d'une bourgade industrielle du département du Nord, qui, comme beaucoup de praticiens de cette région, reste en correspondance constante avec nous et sait apprécier la campagne de Diverneresse contre les méfaits de nombreux assureurs, nous envoie le numéro du 16 octobre 1911 du journal : « *Le Moniteur du Commerce et de l'Industrie*, organe officiel de l'Union industrielle et commerciale », en attirant notre attention sur un article intitulé : *Les frais médicaux et l'assurance-accidents*.

L'auteur de l'article s'attaque au tarif Dubief qui, par l'effet « des abus d'un petit nombre de praticiens, toujours les mêmes, aujourd'hui bien connus », est « la principale cause de la cherté des assurances ». Cette thèse, elle aussi, est très connue, c'est celle des assureurs, et elle n'aurait pas retenu notre attention si elle n'était suivie d'une affirmation dont l'inexactitude montre que le rédacteur du *Moniteur du Commerce* a été bien mal documenté :

« Comment peut-il se faire, écrit-il, que le Ministre du travail n'ait pas encore révisé ce tarif de 1905 ? La vérité et la justice veulent que nous reconnaissions ici que cette révision du tarif des frais médicaux a été très sérieusement étudiée au Ministère. Mais il est de notoriété publique et il faut l'écrire aussi, que le Ministère a été dans l'impossibilité de faire aboutir cette refonte, reconnue par lui nécessaire et préparée par lui, en raison de la force d'inertie que lui oppose la commission des médecins chargée de la mise au point du nouveau tarif. Tel est le fait capital dont tout commentaire affaiblirait la portée et qui jette un jour singulier sur le sujet qui nous occupe. »

Nous qui savons à quelles oppositions nous nous sommes heurtés, il y a deux ans, dans les bureaux du Ministère, quand, à la demande de tous les Syndicats médicaux de France, nous avons réclamé la réunion de la Commission de revision du tarif ; nous qui savons de quelle façon systématique on a fait obstacle à nos réclamations ; comment l'administration s'est efforcée de chercher des représentants des médecins en dehors de la liste de l'Union des Syndicats médicaux de France pour susciter des divisions parmi nous, ce qu'elle n'a pas réussi à faire ; nous qui savons quelles démarches il a fallu faire auprès de la personne même du Ministre du travail, pour qu'il prît la décision de réunir la Commission de révision, dont des influences occultes ajournaient indéfiniment les séances, nous sommes en droit de nous demander où le rédacteur du *Moniteur du Commerce* est allé se renseigner sur les faits qu'il affirme être de notoriété publique. Comme toutes les démarches, auxquelles nous prîmes personnellement part, furent faites par des délégations de cinq ou six personnes ; comme il y a un an, au lendemain de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, nous fûmes au moins quinze, tant parisiens que provinciaux, réclamer au Ministère du travail la révision du tarif, il nous paraît malaisé de mettre en doute ce que nous avançons, et, s'il y a eu obstruction dans la réforme du tarif Dubief, nous ne craignons pas d'affirmer catégoriquement que c'est contre les désirs de tout le corps médical.

Le rédacteur du *Moniteur du Commerce* ne trouve pas en bloc le tarif mauvais, il ne lui concède que de nombreuses imperfections de détails. Il trouve raisonnable le prix de la visite à Paris qui est 2 fr. 50 pour le responsable ; le contraire nous surprendrait, car nul à ce jour n'ignore que l'ouvrier malade la paie directement 4 francs à son médecin ; mais il s'élève contre des abus dont les trois ou quatre prétendus exemples qu'il cite sont loin d'être démonstratifs. Prenant à partie le tribunal de paix de Mantes, il trouve étrange qu'un médecin ait obtenu 456 francs d'honoraires pour soins donnés à trois ouvriers qui n'ont touché à eux trois que 150 francs 20 d'indemnités.

En vérité, n'arrive-t-il jamais, en dehors du milieu ouvrier, de voir pratiquer des opérations qui nécessitent des frais chirurgicaux dix fois supérieurs aux revenus ou aux gains du patient pendant la période où il doit garder le repos ? L'argument ne tient pas debout, et, si l'auteur de l'article que nous discutons veut s'éclairer en toute sincérité, il doit le faire, non en acceptant quelques faits exceptionnels qu'on lui a soigneusement triés sur le volet, mais en comparant la totalité des frais médicaux aux frais d'un autre ordre engagés par les assureurs, frais que donnent les statistiques officielles.

Diverneresse a fait cet examen des frais occasionnés par les accidents du travail, et il a répondu par avance à ces observations d'assureurs, dans un tableau qui recevra d'ailleurs une large publicité.

Dans une note qui précède ce tableau, il indique que les frais d'assurance contre les accidents reviennent en moyenne à *deux sous* par jour et par ouvrier au patron (exactement 37 fr. 75 par an). Il note en passant que les sociétés d'assurances-accidents ne courent pas toutes à la ruine, puisqu'il peut en citer une, sans doute bien administrée, dont les actions, qui valaient 2.000 francs en 1910, valent à ce jour 2.500 francs.

Quant à la disproportion entre les frais médicaux et le 1/2 salaire, il suffit pour trouver

des cas de ce genre, de choisir un blessé dont le salaire est très faible (apprenti, manœuvre banal, femme, etc.) qui, gagnant 2 francs environ, touche un 1/2 salaire de 1 franc. Si cet ouvrier est atteint d'une plaie infectée voisine d'une articulation, cette plaie pourra demander des soins prolongés et onéreux qui ne seront certes pas en rapport avec le 1/2 salaire. Ceci, d'après Diverneresse, ne prouve qu'une chose, c'est que, le patron devant assurer à l'ouvrier blessé les dépenses du boulanger et du médecin, le premier coûte moins cher que le second ; mais n'en est-il pas toujours ainsi dans la classe ouvrière ?

Dans le tableau qu'a dressé Diverneresse avec les chiffres pris dans la statistique officielle, le coût moyen du médecin traitant par accident a atteint en 1908, dernière année de la statistique officielle, un maximum de 27 fr.716, ce qui n'est pas excessif. Il est piquant de mettre en parallèle les frais de gestion des assureurs (1) qui se sont élevés à 20.756.913 *francs* en 1908 en regard du total des honoraires des médecins traitants, 9.360.910 *francs*.

Décidément, si l'assurance coûte cher, ce n'est pas aux médecins qu'il faut en demander l'explication. L'article du *Moniteur du Commerce* avoue d'ailleurs que c'est *un petit nombre de praticiens et toujours les mêmes* qui sont les auteurs de ces frais excessifs. Comme ces frais se chiffrent par bien près de dix millions, ce petit nombre doit avoir à l'heure actuelle réalisé de fameux bénéfices.

Il paraît qu'une puissante association professionnelle (le *Sou médical*, évidemment, car quelle autre organisation médicale peut disposer de ressources suffisantes pour tenir tête aux assureurs ?) paralyse les bonnes intentions dont le Ministère du travail est pavé tout comme l'Enfer, malgré le lieu saint qu'il occupe ; qu'il faut que les chefs d'entreprise assujettis à la loi agissent avec vigueur, ou s'ils restent inactifs, « leur inaction équivaudra à un acquiescement aux excès » signalés, « et alors les assureurs pourront cesser de batailler pour l'amour de l'art dans les prétoires des justices de paix. »

A la lecture de cet article, nous nous sommes demandé si le journal qui le publiait n'était pas tout simplement l'organe d'une Compagnie d'assurances et nous ne nous serions alors, certes, pas donné la peine d'en relever les affirmations ; mais nous avons été éclairés par les pages précédentes où le *Moniteur du Commerce et de l'Industrie* pose quelques questions précises et gênantes à une société d'assureurs sur l'exagération de ses frais, le chiffre et les causes de son déficit, et reproduit un arrêt de la Cour d'appel de Bordeaux du 13 mars 1911 où, dans certains considérants, les mêmes assureurs sont accusés de pratiques qui, si la justice les approuvait, leur permettraient *trop facilement de se dégager de leurs obligations*. Cette note nous a donné à réfléchir. Evidemment, le *Moniteur du Commerce et de l'Industrie* a été mal documenté et son article méritait d'être discuté.

J. Noir.

(1) Traitement des directeurs, jetons des administrateurs, salaire des employés, courtage, publicité, entretien de luxueux immeubles, etc.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin.

Traitement de la tuberculose pulmonaire : traitement des foyers

Je vous parlerai aujourd'hui d'un des points très discutés du traitement de la tuberculose pulmonaire : l'emploi thérapeutique de la tuberculine. C'est là une des médications « spécifiques » de la tuberculose, médications qui, vous le savez, ont deux bases : la tuberculine et les sérums.

D'une manière générale, le traitement des maladies varie avec les idées que l'on se fait de celles-ci. On a enseigné comme aphorisme cette proposition : la thérapeutique sera pathogénique ou elle ne sera pas. Une telle formule serait parfaite si on connaissait la pathogénie des maladies. Malheureusement, on ne la connaît pas, et pour les affections les mieux éclairées, il reste encore tant d'incertitudes, dans les actions médicamenteuses, en particulier, que la thérapeutique pathogénique n'est pas près d'être réalisable.

Le traitement de la tuberculose a subi toutes les fluctuations des idées pathogéniques en la matière. Cela explique pourquoi beaucoup de médecins se découragent des médications spécifiques et tombent dans l'abstention, s'en tenant à l'expectation armée, prêts à frapper les symptômes dominants au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Jusqu'à la découverte du bacille de Koch, le mot tuberculose était synonyme de consomption. On concevait la tuberculose comme une impossibilité pour l'organisme de résister à certaines causes morbides inconnues. On la traitait par la médication tonique. En 1882, Koch découvre le bacille, la cause de cette consomption que Villemin, dès 1868, avait entrevue. La pathogénie de la maladie est alors complète. D'une part, le bacille agresseur ; d'autre part, l'organisme impuissant à résister. Il semble, dès lors, que le traitement se formule tout seul. Bacille égale antisepsie. On a fait de l'antisepsie des voies aériennes, mais on n'a pas réussi, et des innombrables antiseptiques proposés, aucun n'est resté. On s'est retourné vers l'immunisation, la sérothérapie, la tuberculinothérapie, que l'on a considérées comme des spécifiques de la tuberculose.

La découverte du bacille de Koch provoqua un tel enthousiasme pour les médications nouvelles, qu'on oublia tout l'acquit des siècles passés. Eh bien, le moment est venu, je crois, de faire une réaction. Pour créer une tuberculose, il faut deux choses, la graine (le bacille) et le terrain, de même que pour produire une plante il en faut la graine et un terrain convenable. Tout traitement qui ne tiendra pas compte de ces deux éléments est voué d'avance à l'impuissance. Il pourra éblouir un certain temps, mais il ne restera pas. Les anciens ne voyaient que le terrain, les modernes ne voient que le bacille.

Le terrain tuberculeux ou tuberculisable existe et on peut le déterminer. Il comprend deux éléments : une petite exagération des échanges respiratoires et une déminéralisation organique. Le bacille peut pénétrer dans un organisme, il ne provoque une phtisie que si le terrain s'y prête. C'est pourquoi on trouve tant de sujets ayant dans les poumons des tubercules guéris. A l'hospice des ménages, sur 1200 autopsies de vieillards, j'ai constaté des tubercules guéris dans plus de 70 % des cas. Brouardel, dans ses autopsies de la Morgue, est arrivé à la proportion de 85 %. Si tout le monde, ou presque, est tuberculeux, tout le monde ne devient pas phtisique. Cela prouve que, chez un grand nombre de personnes, la tuberculose évolue latente, sans se généraliser. Les sujets en question guérissent sans s'en apercevoir, n'ayant pas un terrain favorable au développement de la maladie.

Outre le terrain et le bacille, il faut considérer un troisième élément : le foyer tuberculeux. Ce foyer tuberculeux est la réaction de l'organisme vis-à-vis de l'agression bacillaire. Il est constitué par le tubercule avec les zones de réaction. On trouve dans ce foyer des tissus déminéralisés, alors que les tissus environnants (zone de réaction) sont, au contraire, surminéralisés.

Arrivons au schéma du traitement. Le tuberculeux est un individu, qui, déjà avant la maladie, se consume. L'agression bacillaire exagère cette consomption. Le premier acte thérapeutique sera donc de diminuer l'intensité des combustions. Le deuxième acte visera à reminéraliser les tissus en voie de déminéralisation. Le troisième acte tendra à combattre le bacille ainsi que toutes les associations microbiennes, celles-ci jouant un rôle indiscutable. Reste le foyer, la médication du foyer.

Je vous ai exposé, dans des leçons antérieures, les principes de la reminéralisation et de l'antisepsie pulmonaire. Je voudrais consacrer cette leçon au traitement du foyer.

Quel est le but du traitement du foyer ? Ce but est d'agir sur les tissus déjà en état de défense afin d'exalter leur activité et de modifier le foyer lui-même. Le premier moyen à utiliser est représenté par les révulsifs. Il ont pour effet de sécher les lésions, de diminuer la toux, l'expectoration, de faciliter la résorption des exsudats et d'améliorer le terrain local. Ces agents sont la teinture d'iode, le vésicatoire, les pointes de feu.

On doit savoir appliquer la teinture d'iode. Le mieux est de lui demander une action de résolution et d'absorption en l'employant à petites doses et en couches minces. Prenez de la teinture d'iode nouveau Codex additionnée de 2/10e d'alcool. Trempez un pinceau dedans et essuyez-le sur le goulot du flacon. Faites alors des raies de teinture d'iode sur la poitrine, chaque jour en différents endroits, pour revenir au point de départ au bout d'une semaine. Le malade sera toujours sous l'influence d'une légère absorption iodée, sans qu'il y ait d'irritation de la peau. Il absorbera de l'iode et aura une révulsion modérée. On sait que les iodiques provoquent des congestions des foyers. Avec cette méthode, vous produisez dans le foyer une petite excitation, sans crainte de poussée véritable.

Le deuxième moyen est le vésicatoire à la cantharide. Il agit comme révulsif et par la cantharide absorbée. Le cantharidate de soude a été, il y a quelques années, très en honneur en Allemagne. Il provoque du côté du foyer une réaction salutaire dans un certain nombre de circonstances. Vous appliquerez les vésicatoires petits, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à raison de deux par semaine.

Le troisième moyen est représenté par les pointes de feu fines, superficielles. Il s'adresse à des cas spéciaux, convient aux formes fibreuses.

Une autre médication du foyer tuberculeux, destinée également à leur donner une excitation légère, est la cure par les eaux minérales sulfureuses, aujourd'hui si injustement abandonnée.

Elles avaient acquis une haute renommée, sous l'influence de Pidoux, qui avait fait des Eaux-Bonnes un traitement héroïque de la tuberculose. Pidoux allait même jusqu'à provoquer une petite hémoptysie. Cependant, malgré les résultats remarquables que ce traitement donne entre des mains expertes, il est plein de dangers et demande à être manié avec maîtrise. Cette condition remplie, il procure des effets puissants.

Aujourd'hui, ces divers traitements sont presque abandonnés. On ne fait plus de révulsion, le vésicatoire est méprisé, tout est aux médications spécifiques, aux tuberculinothérapies et aux sérums.

Comment se fait-il que je vous parle de tuberculinothérapie comme traitement du foyer ?

La tuberculinothérapie locale est fondée sur ce fait que l'injection de tuberculine provoque dans le foyer une réaction locale avant la réaction générale. On en a conçu une méthode de traitement des foyers.

Deux mots sur la tuberculine. Lorsque Koch la présenta en 1890 au corps médical, l'enthousiasme fut sans bornes en Allemagne. Les Allemands n'hésitèrent pas à dire qu'ils venaient d'infliger aux Français un Sedan, un désastre scientifique. Il fallut vite en rabattre, et, après les essais faits à Paris, par Cornil à Laënnec, par Vidal à Saint-Louis, en particulier, la tuberculine tomba dans l'oubli. Cette période de silence durait depuis dix ans quand, en 1901, à Vienne, on eut l'idée d'essayer les doses minimes de tuberculine. Elles donnèrent un regain de faveur à cette médication. Depuis, de nombreuses tuberculines ont été employées, les unes contenant des toxines endo-bacillaires, les autres des toxines exo-bacillaires. Il existe ainsi 18 à 20 tuberculines connues. En France, nous employons la tuberculine de l'Institut Pasteur qui donne toujours les mêmes effets.

Dans la méthode de réaction des foyers que je propose, il est 4 principes directeurs qui sont : employer des solutions fraîches — les solutions de plus de 3 semaines étant déjà altérées et l'addition d'antiseptiques modifiant la tuberculine ; commencer avec des solutions faibles, extrêmement faibles même, au cent-millionnième, pour avoir précisément des réactions de foyer ; aller graduellement de la solution faible vers la solution forte ; s'attendre à des incertitudes, tout étant individuel, l'individualité du malade dominant. Tel mode qui a réussi chez l'un ne réussit pas toujours chez l'autre.

Vous prenez donc la solution au cent-millionnième ; vous en injectez successivement, à deux jours de distance, 2/10e de centim. cube, 3/10e de centim. cube, et ainsi de suite jusqu'à 10/10e de cent. cube. Vous vous arrêtez 1, 2, 3 jours, et vous recommencez avec la solution au 50 millionnième.

Les points de repère qui vous guideront sont les suivants : les réactions éprouvées par le malade, la réaction locale au niveau de l'injection (peu importante), les réactions générales, la réaction thermique, très importante au contraire, l'accélération du pouls, les palpitations, l'augmentation de la diurèse, l'albuminurie légère, l'anorexie, les troubles nerveux, un peu de lassitude, de céphalalgie, l'insomnie, l'urticaire.

Les réactions de foyer constituent la pierre de touche du traitement. Elles indiquent que vous avez obtenu l'excitation désirée.

C'est une sensibilité locale, une augmentation de la toux, une expectoration plus abondante. L'auscultation révèle des râles là où il n'en existait pas, ou bien elle montre que les râles qui étaient secs jusque-là deviennent humides, ou tendent à s'humidifier. Dès que vous observez cette réaction de foyer, vous devez immédiatement cesser tout traitement. Cette réaction précède toujours la réaction générale. L'idéal de la cure serait de s'arrêter aux réactions de foyer sans aller aux réactions générales. C'est possible avec de l'attention, une auscultation minutieuse. Bien entendu, dès que vous dépassez la réaction locale, que vous arrivez à la réaction thermique, arrêtez le traitement.

Lorsque vous n'avez pas obtenu de réactions de foyer, vous recommencez, après cinq ou six jours, avec une solution au 25 millionnième. Je n'ai jamais dépassé la solution au 10 millionnième.

Lorsque la réaction se produit, vous attendez. Je suppose que vous l'ayez obtenue avec la solution au 50 millionnième. Vous attendez un mois, tout en continuant le reste du traitement. Quand tout est éteint, vous recommencez avec la solution précédente, soit au 100 millionnième. De cette façon, avec de la patience et de la surveillance, vous ne courrez aucun danger.

Je ne vous parlerai pas de la durée du traitement. Elle est longue. Elle demande des mois et des années. Trois précautions sont à prendre : garder le repos pendant un jour après l'injection ; suspendre pendant la période menstruelle ; suspendre si une affection même légère intervient ou si le patient est contraint à une fatigue inévitable.

Quels tuberculeux faut-il traiter par cette méthode ? Ce point n'est pas facile à déterminer. Je ne connais pas de ligne de démarcation entre ceux qui peuvent être traités ainsi et ceux qui ne le peuvent pas. Voici néanmoins quelques indications. Supposons un tuberculeux au début, dyspnéique, ne s'améliorant pas ou cessant de s'améliorer : essayez la tuberculine. Un autre

avec un état général qui s'améliore, mais un foyer qui s'immobilise : essayez la tuberculine. Un autre, soi-disant guéri. A la moindre influence, il a une rechute : essayez la tuberculine. Un autre, avec des lésions avancées mais immobilisées, sans fièvre ; essayez la tuberculine.

Les contre-indications de la méthode sont les poussées évolutives actives, le nervosisme, l'excitabilité, la tachycardie, la cachexie, enfin l'hémoptysie.

En résumé, de tous les éléments du traitement du foyer, la tuberculinothérapie est le plus délicat, celui qui exige le plus de patience, d'attention et d'art.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'impotence fonctionnelle dans les fractures du col du fémur.

M. le Dr Auvray a récemment attiré l'attention sur la possibilité de constater l'intégrité presque complète des mouvements du membre inférieur avec une fracture du col du fémur.

C'est assurément là un fait exceptionnel en clinique, la règle étant que dans les fractures du col du fémur, l'impotence soit complète. Il est bon de ne pas méconnaître de telles exceptions, au point de vue du pronostic des traumatismes de la hanche.

Nous savons, en effet, que s'il est de règle, dans les contusions de la hanche, que le blessé puisse encore continuer à mouvoir le membre atteint, il est des cas, et ils ne sont pas absolument rares, où l'impotence fonctionnelle peut être absolue à la suite d'une simple contusion, comme s'il s'agissait d'une fracture. Il faut conclure de là, comme l'écrivait déjà Nélaton, *que l'abolition ou la conservation des fonctions du membre ne suffisent pas pour affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas fracture ; tout ce que l'on peut dire, c'est que l'impossibilité de se servir du membre est un signe de présomption en faveur de la fracture, car, c'est généralement en pareil cas, qu'on l'observe. L'impotence fonctionnelle n'a réellement de valeur diagnostique que si elle accompagne les autres signes.*

Dans les cas douteux, en l'absence de la radiographie, qui n'est pas toujours à la disposition du praticien, lorsqu'on hésitera entre une contusion simple et une fracture, c'est à la recherche des signes physiques propres à la fracture qu'il faudra s'attacher.

La spondylite traumatique.

Dans un récent travail publié par la *Clinique*, M, le Dr V. Pauchet, d'Amiens, signale à l'attention des praticiens une maladie peu connue, la spondylite traumatique, consécutive à un chute sur les ischions ou sur le rachis.

« Les causes de cette maladie, écrit l'auteur, sont celles qui produisent les fractures du rachis. Le traumatisme est insuffisant toutefois pour provoquer la fracture avec déplacement ; l'accident produit simplement un léger écrasement, un simple tassement d'un corps vertébral ; il s'agit d'une fracture limitée par pénétration dans un autre corps. Si à cette époque le diagnostic était posé, et si le malade était couché ou plâtré pendant plusieurs mois, la vertèbre se consoliderait, le cal osseux s'organiserait de façon à maintenir la résistance du rachis ; mais généralement le sujet reprend ses occupations au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Il en résulte une inflammation chronique, une ostéite raréfiante ; la résorption osseuse aboutit à la diminution de résistance et à l'effondrement du corps vertébral, comme au cours du mal de Pott.

Symptômes. — La maladie évolue en trois périodes : 1re *période* (immédiatement consécutive à l'accident.) — A la suite d'un traumatisme de faible importance, l'entorse vertébrale est constituée ; il n'existe aucune déformation locale, mais le palper revèle, en un point exact, une douleur aiguë ; le sujet doit garder le lit pendant quelques jours et son corps se fléchit légèrement en avant ; le rachis ne peut se redresser qu'au prix d'une vive souffrance ; la constipation, la rétention d'urine sont fréquentes ; l'exagération des réflexes rotuliens est presque constante. Au bout d'une semaine environ, les douleurs disparaissent et le malade se lève.

2e *période* (latente). — Les lésions évoluent, mais le malade ne s'en doute pas, il reprend sa profession ; cette période dure plusieurs semaines ou plusieurs mois.

3e *période* (spondylite traumatique constituée). — Le sujet souffre de nouveau ; son incapacité ouvrière s'accentue ; la gibbosité est évidente. Le malade éprouve des douleurs au siège de l'ancienne contusion, des crises névralgiques en ceinture, dans les paires nerveuses correspondant à la vertèbre lésée, des troubles de sensibilité et de motilité dans le territoire au-dessous : incontinence ou rétention d'urine, constipation opiniâtre ou diarrhée, diminution des réflexes rotuliens ; en outre, le patient se présente sous un aspect caractéristique ; le rachis montre une cyphose à large courbure, dont le sommet correspond à la vertèbre lésée et présente une saillie angulaire ; le malade marche penché en avant ; une pression légère exercée sur la saillie provoque des douleurs ; il en est de même, si on pèse sur la tête du sujet et sur ses épaules, ou si on le fait sauter sur ses talons.

Chaque fois donc qu'un ouvrier est atteint d'un traumatisme du rachis et qu'il présente une douleur vive, quelques vagues troubles médullaires, le chirurgien doit pratiquer la radiographie et faire la plus grande réserve sur l'avenir, avant de poser le diagnostic de lumbago ou de contusion :

« 1° On ne confondra pas la spondylite trau-

matique avec les *pseudo-fractures rachidiennes hystériques* ; celles-ci s'accompagnent, en effet, de stigmates névropathiques. Les douleurs sont vagues, s'irradient dans des orientations variables ; la motilité reste normale ; il n'y a pas de scoliose, ni de cyphose ; le rachis est insensible à la pression.

« 2° Ne pas confondre avec le *mal de Pott* : l'état général du sujet reste bon ; il n'y a pas d'abcès dans les fosses iliaques. L'examen radiographique, en cas de spondylite traumatique, donne des contours osseux nets, tandis que dans la tuberculose plusieurs vertèbres sont perméables aux rayons X et donnent un contour moins net, noyé dans une zone d'ombre renflée qui correspond à la poche d'un abcès.

« 3° Ne pas confondre avec la spondylite syphilitique, qui siège surtout dans la région cervicale et cède au traitement spécifique.

« Le diagnostic doit être posé, si possible, pendant chacune des trois périodes. Le malade qui est atteint de spondylite traumatique doit garder le repos horizontal pendant plusieurs mois et porter un corset plâtré pendant une longue période, de sorte qu'on ne peut évaluer les résultats de l'accident qu'un an après cet accident lui-même. Pendant toute cette période, le blessé est à surveiller et à soigner ; généralement, le blessé ne peut plus exercer une profession permettant le port d'objets lourds sur le dos. Il est donc forcé d'apprendre un métier moins fatigant ; sinon, les douleurs se produiraient et la gibbosité surviendrait. La spondylite traumatique donne par conséquent, au blessé une incapacité permanente et partielle, variant de 25 à 50 p. 100, mais susceptible de revision (Imbert).

« Le traitement de la spondylite est celui du mal de Pott. Après l'accident, le malade gardera le décubitus dorsal avec interposition d'un coussin sous les lombes ; puis, au bout d'un repos de un à deux mois, il pourra se lever en portant un corset plâtré ; ainsi la maladie se terminera par ankylose, et au bout d'un an environ le sujet pourra se passer d'appareil. »

Traumatisme et méningite

M. le prof. Merkel, d'Erlangen, a étudié dans le *Münch. med. Wochenschrift*, les relations des plaies infectées et des méningites suppurées. Il ne cherche, certes, pas à nier la possibilité de ces redoutables conséquences des plaies, mais il insiste sur la part que l'on doit attribuer à la prédisposition du sujet.

« Il est certain, cependant, ajoute-t-il, que cette formule n'est pas complète. Les cas de Waldeyer, Hoffmann et Lévy démontrent que des blessures ouvertes des extrémités peuvent, sans qu'il existe la moindre atteinte traumatique du crâne, entraîner une méningite suppurée secondaire, pour peu que ces plaies soient compliquées d'infection. C'est ainsi qu'un blessé, cité par Waldeyer, est mort de méningite suppurée quatre semaines après une blessure du tarse par écrasement, consécutive à une lésion par éclatement d'obus. De même, un enfant de sept ans (Hoffmann) est mort d'une complication semblable dix jours après une plaie contuse de la main. De même encore, deux blessés dont l'observation a été publiée par Lévy, sont morts de méningite suppurée après des blessures ouvertes des membres. » (*Bull. méd.*).

Il n'est pas inutile de signaler ces faits avec quelque insistance : ils justifient les restrictions que tout praticien prudent ne manquera jamais d'ajouter à ses certificats de blessures, au paragraphe « suites probables ». Naturellement les patrons ou les compagnies ne manqueraient pas de jeter les hauts cris et de disqualifier le médecin qui, pour une plaie contuse de la main, énumérerait comme suites possibles, après les lymphangites, phlegmons ou abcès, les atrophies ou les impotences permanentes, des complications telles que le tétanos, la pyohémie, le delirium tremens ou la méningite suppurée. On ne nous demande pas d'être aussi explicites : il suffit que nous écrivions en grosses lettres : « *Sous réserve* de complications parfois très graves, qui sont toujours possibles ». De cette manière, le médecin n'exagère rien, mais prévoit, sans les préciser, des catastrophes, qu'on ne pourra pas imputer à sa négligence ou à son ignorance, si par cette simple phrase de précaution, il montre clairement qu'il les croit malheureusement possibles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Etude expérimentale de l'hérédo-tuberculose. — Prurit tabétique. — Etat méningé au début d'une scarlatine. — Diagnostic de l'appendicite et douleur-signal. — Paralysie diphtérique chez un syphilitique : traitement. — Ascite lactescente. — Opération de Franke dans les crises gastriques du tabès.

MM. Landouzy et Laederich font à l'*Académie de médecine* une communication sur l'*hérédo-tuberculose étudiée expérimentalement.*

L'hérédité tuberculeuse mérite d'être envisagée à un double point de vue : d'une part, la transmission congénitale du bacille de Koch des générateurs au fœtus (hérédité bacillaire, hérédité de graine) ; d'autre part, la transmission congénitale de viciations humorales, organiques et fonctionnelles (hérédité dystrophiante, hérédité de terrain).

MM. Landouzy et Laederich ont pu observer, chez les animaux (cobayes, chiens, lapins) des exemples de l'une et l'autre forme d'hérédité tuberculeuse. Ils concluent que les médecins qui n'ont d'yeux que pour la contagion immédiate et acquise tombent dans l'excès, en ne sachant pas reconnaître, dans la débilité congénitale de l'enfant, souvent l'hérédité de constitution ou de tempérament, en n'apercevant pas, dans la lignée de certains phtisiques, l'abâtardissement

de l'individu, l'amoindrissement de la famille et la dégénérescence de la race.

La bacillo-tuberculose est, avec la syphilis et l'alcoolisme, une des trois forces destructrices de l'individu autant que de l'espèce.

— M. Milian rappelle, à la *Société médicale des hôpitaux*, qu'il a décrit il y a six ans un *prurit tabétique* et il en rapporte une nouvelle observation, dans laquelle le prurit a été accompagné de roséole urticarienne.

Le prurit tabétique peut être pur, sans manifestation cutanée, ou accompagné de lichénification, de roséole. C'est un symptôme assez commun. Il surviendrait souvent chez des tabétiques frustes ou incipientes, c'est-à-dire chez des sujets chez lesquels le tabès demande à être recherché.

— MM. Cayrel et André Weill rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*état méningé au début d'une scarlatine.*

M. Widal a donné le nom d'état méningé à un syndrome anatomo-clinique constitué cliniquement par un appareil fébrile et des symptômes d'irritation des méninges, anatomiquement par l'existence d'une lymphocytose rachidienne. Tantôt, ces états évoluent comme une maladie autonome, d'ailleurs bénigne. Tantôt, au contraire, ils apparaissent au début ou au cours d'infections déterminées, telles que fièvre typhoïde, pneumonie, grippe ou oreillons.

Au cours de la scarlatine, il n'existe que peu d'observations d'état méningé. Dans le cas de MM. Cayrel et Weill, un état méningé typique apparut au troisième jour d'une scarlatine. On put penser à une méningite avec rash scarlatiniforme. Les résultats de la ponction lombaire et l'évolution ultérieure ont seuls permis de rectifier le diagnostic. Il est donc important, en clinique, d'être prévenu de l'apparition possible, au cours de la scarlatine, de pareils états méningés. Le pronostic est le même que celui des états méningés que l'on voit apparaître au *cours d'infections* diverses. La ponction lombaire est le traitement de choix. Elle est suivie d'une sédation rapide des accidents.

— M. Caussade présente à la *Société médicale des hôpitaux* un travail de M. Leven sur le *diagnostic de l'appendicite et la douleur-signal.*

Pour l'auteur, il existe des crises épigastriques qui simulent l'appendicite. Ces crises sont liées à l'allongement et à la dilatation de l'estomac. Le diagnostic différentiel peut être posé rapidement et sûrement en utilisant le procédé de la *douleur-signal* qui repose sur le principe suivant : les hyperesthésies abdominales provoquées par l'allongement de l'estomac cessent aussitôt que l'estomac est soulevé.

Pour rechercher la « douleur-signal », le malade se placera debout, devant le médecin assis sur un siège un peu élevé. L'observateur délimitera tout d'abord, sur la ligne comprise entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, la région la plus douloureuse à la palpation profonde. Lorsque cette zone est trouvée, il placera les deux pouces du malade, ou mieux encore les deux doigts d'un aide au point sensible pour y exercer la pression douloureuse. Puis, de bas en haut, en commençant au-dessus du pubis, avec les deux pouces placés bout à bout sur la ligne médiane, il cherchera à relever le contenu abdominal par une pression profonde. Dès que l'estomac est soulevé, le creux épigastrique perd sa sensibilité à la pression et il en est de même du point de Mac Burney.

— MM. Legendre et Garsaux présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un malade atteint de *paralysie diphtérique du voile du palais et de chancre syphilitique de la verge.* A son sujet ils posent les questions de thérapeutique suivantes :

1° Doit on traiter la paralysie du voile par le sérum anti-diphtérique malgré la date éloignée de l'angine (celle-ci remonte à deux mois) et quelle dose de sérum faut-il employer ?

2° Doit-on traiter la syphilis dès maintenant, sans crainte de fatiguer davantage les reins par les influences combinées du sérum antidiphtérique, du mercure ou d'un composé arsenical ?

3° Faut-il différer le traitement antisyphilitique jusqu'au jour où aura été franchie la date des accidents sériques ?

M. Comby répond à la première question posée par M. Legendre qu'il faut injecter à son malade le plus tôt possible le sérum anti-diphtérique : trois injections de 20 centimètres cubes de sérum en trois jours. Il a été appelé à traiter un adulte atteint de paralysie diphtérique tardive qui a rapidement guéri par la sérothérapie ainsi pratiquée. Cependant, ce malade était artério-scléreux et aortique ; le sérum a été très bien toléré, sans accidents anaphylactiques, malgré la lésion artérielle. En clinique infantile, M. Comby a vu de nombreux cas de paralysie diphtérique tardive guérir rapidement par les injections répétées de sérum de Roux. Il ne croit pas, d'autre part, que la coexistence de la syphilis soit une contre-indication à l'emploi de ce traitement.

— MM. Macaigne et Pasteur-Vallery-Radot relatent, à la *Société médicale des hôpitaux*, une observation d'*ascite lactescente graisseuse.*

Dans la plupart des observations de ce genre, antérieurement publiées, le liquide passa sans transition du jaune-citron à la lactescence. Ici, il fut d'abord jaune citrin ; puis il se montra hémorrhagique dans une troisième ponction ; puis lactescent dans les ponctions suivantes. Même parallélisme et même évolution en 3 stades pour l'épanchement pleural concomitant.

Quant au mécanisme de la lactescence, après avoir rappelé l'explication de M. Letulle et de M. Jousset — pour qui la lactescence du liquide tient à la régression granulo-graisseuse de la fibrine et des leucocytes épanchés — les auteurs pensent que, dans nombre de cas, il y a lieu d'admettre un autre processus pathogénique, ou tout au moins un processus évoluant de pair avec le précédent, et de chercher l'origine de la graisse dans la dégénérescence graisseuse de la néo-membrane péritonéale elle-même.

— M. Guillain fait à la *Société médicale des hôpitaux* un rapport sur un travail de MM. Léon Maire et Parturier relatif à deux cas de *crises gastriques du tabès améliorées ou guéries par l'opération de Franke.*

Des pratiques thérapeutiques nombreuses ont été opposées aux crises gastriques du tabès. Celles-ci, dépassant en général les ressources de la médecine, on fut amené à proposer des interventions sanglantes. Forster pratiqua la résection des racines postérieures et obtint quelques résultats intéressants. Son opération comportait une technique délicate et un traumatisme considérable. Elle vient d'être simplifiée et mise à la portée de la chirurgie courante par Franke qui fit, de sa technique nouvelle, une tentative unique à Hanovre. M. Maire a apporté au procédé de Franke quelques modifications et y a eu recours chez deux malades. Les résultats obtenus lui font considérer cette opération comme une intervention peu grave, efficace, à conseiller dans les crises gastriques intenses, rebelles aux traitements médicaux.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

Le Zona.

Le zona ou herpès zoster est caractérisé : 1° par une névralgie aiguë ; 2° par une éruption à marche aiguë, du type érythémato-bulleux, à localisation limitée, hémilatérale.

On en distingue plusieurs sortes suivant le siège ; mais ces distinctions ne sont qu'apparentes, les symptômes en étant identiques. Ce sont :

a) Le zona thoracique ;
b) Le zona ophtalmique ;
c) Les zonas présentant des modalités différentes.

a) *Zona thoracique.* — Il est caractérisé par un point de côté de la région dorsale ou axillaire, en général très intense, très fixe, accompagné de lassitude générale, d'insomnie. Cette douleur présente des exacerbations nocturnes. Puis survient l'éruption caractéristique. Celle-ci est limitée à l'hémithorax sur une hauteur de 10 à 20 centimètres. Elle débute par des plaques rosées ou rouge vif, arrondies ou allongées, à surface légèrement saillante. Elles sont en général séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Quelques jours, parfois quelques heures seulement après l'apparition des plaques rosées, surviennent les vésicules, de couleur opaline, transparentes, groupées par bouquets de 50 à 100 éléments, entourées d'une bande érythémateuse. Au bout de quelques jours, la sérosité se trouble et devient louche ; parfois elle devient rougeâtre et hémorragique. Vers le 10e ou 12e jour, ces vésicules se flétrissent en formant des croûtelles brunâtres qui laissent parfois après elles des cicatrices indélébiles. Une adénopathie très douloureuse axillaire accompagne en général cette éruption.

b) *Zona ophtalmique.* — Comme le précédent, il est encore unilatéral ; mais au lieu d'être disposé en ceinture, ici il s'épanouit sur le trajet de la branche supérieure du trijumeau, au niveau du nerf ophtalmique de Willis. Il est le plus souvent précédé d'une névralgie hémicranienne violente, avec tension oculaire et photophobie. Les placards érythémateux se montrent au niveau de la paupière supérieure et de la région frontale sus-orbitaire. Cette modalité est la plus sérieuse en raison des complications graves qu'elle peut provoquer du côté de l'œil, telles que la conjonctivite doublée d'une kératite pouvant compromettre définitivement la cornée et amener la fonte de l'œil.

c) *Zonas à modalités différentes.* — Tels sont le zona occipito-cervical, cervico-brachial, dorso-abdominal, lumbo-inguinal, sacro-ischiatique, génital, le zona des nerfs maxillaires ; ces différentes variétés ne présentent aucun caractère spécial en dehors de leur localisation.

Toutefois le zona du nerf maxillaire supérieur est particulièrement intéressant, car les plaques érythémateuses se montrent non seulement au niveau du trou sous-orbitaire, de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, mais les vésicules d'herpès se développent encore sur le voile du palais et la voûte palatine, du côté correspondant (nerfs palatins et sphéno-palatin du ganglion de Meckel, tributaires du nerf maxillaire supérieur). L'amygdale et le pharynx sont épargnés, car ces organes sont innervés par le glosso-pharyngien et le pneumogastrique (Sicard).

Le zona du nerf maxillaire inférieur s'étend non seulement sur le trajet du nerf mentonnier, mais encore sur les deux tiers antérieurs de l'hémi-langue, sur la face interne des joues et les gencives du côté correspondant.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est en général bénin ; cependant il est bon de noter que l'intensité et la ténacité de la névralgie croissent en proportion de l'âge. Rare dans l'enfance, il devient plus fréquent chez l'adulte et le vieillard. Chez ces derniers la névralgie reste quelquefois rebelle à toute thérapeutique. Chez les diabétiques, cette éruption peut évoluer vers le type ulcéreux ou gangréneux et donne lieu à des complications très graves, parfois mortelles.

Etiologie. — On est encore peu fixé à l'heure actuelle sur l'étiologie du zona. Est-ce une affection de la peau, une lésion nerveuse ou une maladie infectieuse ? En raison même de ses localisations, l'étiologie nerveuse semble la plus justifiée. Les recherches bactériologiques n'ont encore rien donné de probant au sujet de sa nature infectieuse.

Brissaud a soutenu l'origine médullaire de certains zonas ; d'autres auteurs, s'appuyant sur de rares autopsies, invoquent des lésions des ganglions rachidiens.

Diagnostic. — La localisation bien spéciale du zona, l'hyperesthésie cutanée de la région atteinte, l'éruption caractéristique rendent ce diagnostic facile.

Traitement. — Deux points principaux doivent guider le praticien dans l'application du traitement. Il est nécessaire, il est urgent de calmer la douleur intolérable de certaines névralgies zostériennes ; il est non moins nécessaire de ne pas aggraver par un traitement intempestif, à l'aide de cataplasmes ou de pommades, l'éruption en transformant un zona simple en zona hémorragique ou ulcéré. Le traitement doit être local et général.

Localement, poudrez abondamment et fréquemment la région érythémateuse avec des poudres inertes, telles que le talc, l'amidon, la fécule de pommes de terre, le sous-nitrate de bismuth ; ou mieux un mélange de toutes ces poudres suivant la formule suivante :

Camphre pulvérisé	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Oxyde de zinc	10 gr.
Talc	20 gr.
Amidon pulvérisé	50 gr.

Si la douleur ne cède pas, il faut avoir recours soit au pansement humide et chaud en exigeant une asepsie aussi parfaite que possible, soit aux pulvérisations légères de chlorure d'éthyle, aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ou de stovaïne, soit aux badigeonnages de salicylate de méthyle, en recouvrant la surface malade d'ouate et de taffetas chiffon. Vider les vésicules à l'aide d'une aiguille flambée.

Le traitement général consistera en grands bains tièdes quotidiens et prolongés (40 à 50 minutes), en bains de lumière, effluves statiques.

On combattra la fièvre par la quinine, l'antipyrine, le pyramidon en condamnant le malade au repos complet au lit.

Contre l'insomnie on conseillera le véronal, le sirop de chloral ou une préparation bromurée.

Il est nécessaire de remonter les forces du malade au moyen de préparations toniques parmi lesquelles les préparations arsenicales tiennent le premier rang.

Arséniate de soude	0 gr. 10
Glycérophosphate de soude	10 gr.
Extrait fluide de kola / — de coca	àà 15 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	80 gr.
Vin de Banyuls q. s. pour	un litre.

Un verre à liqueur (deux cuillerées à soupe) après le repas de midi et du soir, ou bien on fera usage des injections hypodermiques de cacodylate de soude.

Pour compléter le traitement, on pourra conseiller les eaux de Néris, Lamalou, etc.

Dans le cas de zona ophtalmique, il sera prudent de faire appel aux conseils d'un spécialiste. Si cela est impossible, il faut instituer le repos complet ; désinfecter aussi minutieusement que possible la partie malade, soit à l'aide du protargol (10 pour 300) du permanganate de potasse (1 pour 4.000) ou du bleu de méthylène (1 pour 100) ; obturer l'œil, malade après instillation d'atropine, si le tonus est diminué, d'ésérine s'il est augmenté, de cocaïne si la douleur est vive et le saupoudrage de l'œil à l'aide de l'iodoforme finement pulvérisé.

Il pourra être utile d'exciser la phlyctène. Il faudra pour cela se servir de ciseaux et ne pas user du nitrate d'argent ou du galvano-cautère, qui donnent de mauvais résultats.

En cas de douleurs suraiguës, on soulagera le malade à l'aide d'un vésicatoire volant placé sur la tempe ou sur l'apophyse mastoïde correspondante.

Dr DELPEUT.

SYPHILIGRAPHIE

La réaction de Wassermann. Sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la syphilis,

Par le Dr LEREDDE.

II

Applications cliniques et thérapeutiques.

A. — LES FAITS.

Dans certaines infections bien déterminées, surtout tropicales, lèpre, frambœsia, affections à trypanosomes, dans la malaria, et, d'une manière éphémère, à la suite de la scarlatine, la réaction de Wassermann, *constatée selon le procédé de Wassermann,* peut être positive (1).

EN DEHORS DE CES INFECTIONS, ELLE IMPLIQUE L'EXISTENCE DE LA SYPHILIS et doit en être considérée actuellement comme le symptôme MAJEUR, celui que l'on peut rencontrer, quelles que soient les manifestations de la grande infection vénérienne, dans ses périodes latentes aussi bien que dans ses périodes actives.

Cette valeur, cette importance extrêmes de la réaction de Wassermann ont été établies par des recherches de contrôle portant sur un nombre de malades considérables. C'est ainsi que sur 1.060 individus, à Copenhague, Boas a trouvé *une seule fois* la réaction de Wassermann positive chez un non syphilitique. Il s'agissait d'un malade atteint récemment de scarlatine (2).

(1) Des recherches de contrôle, très minutieuses, ont été faites sur la présence de la réaction de Wassermann dans des maladies autres que la syphilis. D'après un travail récent du laboratoire de Wassermann (P. MEIER. *Folia serologira,* 15 août 1911), la réaction de Wassermann n'est pas positive dans la scarlatine ; les affirmations contraires semblent dues à des erreurs de technique. Elle est positive dans la lèpre tuberculeuse (et non dans la lèpre anesthésique). Elle est *très souvent* positive dans les formes aiguës de la malaria, ce qui peut donner lieu à des erreurs, dans les pays paludéens. Enfin elle est positive parfois chez des agonisants et sous l'influence de l'anesthésie chloroformique.

(2) HAROLD BOAS. — *Die Wassermannische Reaktion.* Berlin, 1911.)

Une statistique encore plus étendue a été réunie par C. Bruck.

Sur 5.028 cas publiés par différents auteurs, 59 seulement ont donné une réaction positive chez des malades ne présentant pas de commémoratifs ou de signes cliniques de syphilis. Ces 59 cas comprennent, outre des faits de lèpre, de scarlatine, de frambœsia, des cas de lésions aortiques, dont nous connaissons les rapports étiologiques avec la syphilis. Il faut se rappeler d'autre part — et Bruck ne manque pas de le faire — le fait connu et enregistré par tous les syphiligraphes que 10, 20 et même 30 % des malades atteints d'accidents syphilitiques ignorent l'existence de l'infection dont ils sont victimes.

L'ABSENCE DE LA RÉACTION DE WASSERMANN (constatée suivant le procédé de Wassermann) N'IMPLIQUE PAS, chez un malade, L'ABSENCE DE LA SYPHILIS. En premier lieu, elle manque habituellement à l'époque où paraît le chancre ; le diagnostic scientifique de celui-ci doit être établi d'abord par la découverte du spirochète à l'ultra-microscope.

Chez certains syphilitiques,elle paraît pouvoir, d'après nos observations, s'atténuer graduellement, en l'absence de tout traitement ; la syphilis humaine est peut-être susceptible de guérison spontanée (1).

Ce n'est là, malheureusement, qu'une exception, et chez l'homme syphilitique, la réaction reste normalement positive ; on peut la découvrir vingt, trente ans après le chancre ; l'infection syphilitique se modifie, se transforme, mais ne disparaît pas spontanément.

La disparition de la réaction de fixation, chez les syphilitiques, est liée, dans la grande majorité des cas, au traitement antisyphilitique.

Que la disparition soit spontanée ou qu'elle soit l'effet de l'action thérapeutique, des accidents peuvent se développer. On ne peut conclure d'une réaction ou même de plusieurs réactions négatives, non seulement à l'absence de la syphilis, mais à la nature non-syphilitique d'accidents cutanés, nerveux ou viscéraux ; on ne peut conclure à la guérison,à la stérilisation de la maladie. On peut cependant conclure à l'atténuation ; les lésions qui se développent chez des malades dont la réaction est négative atteignent parfois des organes importants ; dans la règle, elles restent des lésions limitées, localisées.

Réaction de Wassermann chez les syphilitiques non traités. — La valeur spécifique de la réaction de Wassermann serait confirmée, s'il en était besoin, par son apparition au cours de la période primaire. D'après Bruck, on l'observe six semaines après l'inoculation, c'est-à-dire en général trois à quatre semaines après le début du chancre induré et, d'après Levaditi et Yamanouchi, au moment même où s'établit l'immunité de la peau, où l'inoculation d'un nouveau chancre est devenue impossible. Elle pourrait précéder le chancre dans les cas où la période d'incubation est extrêmement prolongée. Ces faits sont contestés par H. Boas, d'après lequel la réaction de fixation deviendrait positive de la quatrième à la huitième semaine, et ne serait jamais positive avant l'apparition du chancre.

(1) C. BRUCK in A. NEISSER. — *Erforschung der Syphilis Séro-diagnostic.* Berlin, V. Springer, 1911.

D'abord faible, la réaction devient, en quelques jours, fortement positive.

A la période secondaire, au moment où apparaissent des accidents, la réaction semble constante. Toutefois, dans la syphilis maligne, la réaction est souvent négative (Hecht). Les statistiques publiées en 1907, 1908, 1909, ne donnent qu'un pourcentage de 90 % en moyenne, mais les chiffres s'élèvent dans les statistiques récentes, et parfois la réaction devient positive après avoir été négative lors d'un premier examen. Les résultats que j'ai obtenus dans mon laboratoire s'élèvent à 100 %.

A la période tertiaire, la réaction de Wassermann est positive dans 70 à 80 % des cas (Bruck), lorsqu'il existe des lésions étendues, dans 37 % des cas seulement lorsque la syphilis est limitée (monosymptomatique).

Lorsqu'il n'y a pas d'accidents en évolution, la réaction est positive dans 50 à 60 % des cas. Elle l'est plus souvent dans les permières années de la syphilis qu'au bout de quatre ou cinq ans.

Les résultats de l'examen du sang chez les malades atteints de syphilis nerveuse *ou de syphilis* viscérale sont les mêmes que dans la syphilis cutanée. Que l'infection attaque le poumon, le cœur et le système artériel (insuffisance aortique, aortites, anévrismes), le foie, qu'il s'agisse de lésions cérébrales ou spinales, osseuses ou ostéo-articulaires, *la présence de la réaction* de Wassermann est de règle, lorsque la syphilis est en jeu,et quand le malade, atteint de lésions en activité, n'a pas été traité récemment d'une manière méthodique.

Dans les affections oculaires, d'origine syphilitique, la réaction de Wassermann est souvent positive, mais elle peut être négative par le procédé de Wassermann et positive seulement par le procédé de Hecht modifié (Leredde et Rubinstein).

La réaction est habituellement positive dans les affections « parasyphilitiques » qui sont, en réalité, comme j'ai été le premier à l'affirmer, des affections de nature syphilitique. Elle se rencontre constamment chez les paralytiques généraux. Elle est constante chez les tabétiques non traités. Elle est en général positive dans la leucoplasie buccale (1).

D'après P. Meier (*loco citato*), la réaction du liquide céphalo-rachidien peut *quelquefois* être positive, alors que celle du sérum est négative. Meier aurait observé le fait dans cinq cas de lésions *limitées* de la moelle épinière.

Syphilis héréditaire. — L'étude de la réaction de Wassermann chez le nouveau-né syphilitique a été faite avec grand soin par de nombreux auteurs. Dans la syphilis héréditaire précoce, et la

(1) Il est assez curieux de constater que,dans la paralysie générale comme dans le tabès, la réaction du liquide céphalo-rachidien, souvent positive, n'est pas aussi constante que celle du sérum sanguin. Les chiffres, dans la paralysie générale, sont de 90 à 97 %.

syphilis héréditaire tardive, la réaction est habituellement plus forte que dans la syphilis acquise.

A la naissance même, on observe une série de faits qui semblent paradoxaux. Parfois, le sang présente à ce moment une réaction positive chez des nouveau-nés dont la mère est syphilitique, et, plus tard, la réaction devient négative, aucun signe de syphilis n'apparaît. Dans d'autres cas, au, contraire, la réaction, négative à la naissance, devient positive, et des accidents spécifiques se développent. On admet, dans le premier cas, que la réaction peut être due simplement au passage de produits d'origine syphilitique de la mère dans le sang du fœtus, sans que l'infection par le spirochète se développe chez celui-ci ; dans l'autre, que le sang ne contient pas, à la naissance, de substances capables de fixer le complément en présence d'un antigène ; elles se développent plus tard, sous l'influence de la germination du spirochète, comme elles font au cours de la période primaire che z l'adulte.

La réaction de Wassermann chez les syphilitiques traités. — La réaction de Wassermann subit l'action des agents antisyphilitiques, comme les lésions de la syphilis elles-mêmes. Mais celles-ci sont souvent curables, et dans un temps relativement court, par le mercure à doses quelconques ; elles cèdent à un traitement arsenical, parfois même à un traitement iodopotassique ; la réaction de Wassermann au contraire, symptôme de l'infection syphilitique est rebelle au premier chef ; elle peut s'atténuer sans disparaître, ou disparaître, puis récidiver ; elle ne cède habituellement qu'à des traitements longs et énergiques. Tous les agents anti-syphilitiques, mais d'une manière inégale, la modifient, l'atténuent, au moins d'une façon passagère, qu'elle accompagne de lésions cutanées, viscérales ou nerveuses, ou qu'elle soit le symptôme unique d'une syphilis latente.

L'action du traitement mercuriel est constante. Mais la cure mercurielle la plus intense peut diminuer la réaction, l'affaiblir sans la rendre négative, et souvent, au bout d'un certain temps, la fixation du complément se fait avec la même énergie qu'au début de la cure. La réaction est normalement positive au moment des récidives.

En dehors de quelques cas, dans lesquels l'infection s'atténue et disparaît facilement, la réaction ne devient et ne reste négative que chez des individus ayant subi des cures réitérées à doses élevées de mercure. Elle paraît souvent plus rebelle à la période tertiaire qu'à la période secondaire elle-même. Au moment du chancre, au contraire, un traitement mercuriel intensif semble dans quelques cas pouvoir prévenir l'apparition de la réaction, en même temps que celle des accidents secondaires.

La réaction de fixation, d'après Boas, est plus rebelle chez les malades qui présentent des lésions rebelles au mercure que chez les autres syphilitiques.

L'influence de l'action des cures mercurielles a été mise en évidence par Pürckhauer. Sur 44 malades atteints de syphilis secondaire, 3 seulement ont une Rw = 0 après une seule cure ; 3 sur 12 malades atteints de syphilis tertiaire, 35 sur 61 malades atteints de syphilis latente précoce ; 19 sur 38 malades atteints de syphilis latente tardive. Au bout de 6 cures, 33 malades sur 36 atteints de syphilis latente tardive ont une R w = 0 ; 25 sur 31 malades dans les mêmes conditions ont une réaction négative au bout de 7 cures, 30 sur 33 au bout de 8.

Une cure mercurielle, d'après Pürckhauer (1), représente au moins 10 cc. de calomel à 10 %, 15 cc. de salicylate de mercure à 10 % ; 2 cent. c. d'huile grise à 40 %, 30-40 cc. d'une solution de sublimé à 3 %, 30-40 frictions d'onguent napolitain de 4 à 5 grammes.

Le tableau suivant, dû à Bayet, montre également l'influence de la durée et de l'énergie du traitement (1)

	Positive	Atténués	Négative
Séroréaction après 1re cure	7	0	0
— 2e —	6	3	0
— 3e —	7	6	0
— 4e —	3	5	3
— 5e —	1	2	4
— 6e —	1	1	6
— 7e —	1	2	1
— 8e —	1	2	0
— 9e —	1	1	0
— 10e —	1	0	0

Les cures de Bayet sont de quinze injections de 10 centigrammes de salicylate de mercure par semaine, suivies d'un repos de trois mois.

J'ai publié une statistique portant sur 78 malades divisés en trois catégories. 27 malades avaient été soignés régulièrement par l'huile grise (quatre périodes de six injections hebdomadaires à 0 gr. 07 de Hg, les deux premières années de syphilis, trois ou deux périodes les deux années suivantes ; un certain nombre avaient subi également au début un traitement mercuriel intensif par injections solubles). 26 avaient été soignés irrégulièrement, c'est-à-dire par des pilules, des frictions, quelquefois des injections, sans ordre et sans méthode ; dans 25 cas enfin le traitement fait d'une manière plus sérieuse n'avait pas été un traitement régulier.

Dans la première série (27 malades), 21 ont une réaction négative, 8 seulement une réaction positive. *Sur ces 8 malades, 6 ne sont soignés que depuis deux années.*

Sur 26 malades traités régulièrement, 21 réactions sont positives

Dans la troisième série, de 25 malades, on trouve 14 réactions positives et 11 négatives.

L'action de l'iodure de potassium a été beaucoup moins étudiée que celle du mercure. L'opinion générale est que son action est beaucoup plus inconstante et plus passagère

L'action de l'atoxyl, de l'arsacétine, de l'arsénophénylglycine est mal connue. Ces trois corps peuvent faire disparaître la réaction de Wassermann d'une façon passagère, mais leur emploi a été abandonné, et on ne sait dans quelles conditions ils peuvent en amener la disparition définitive.

L'action de l'hectine a été à peine étudiée ju-

(1) PÜRCKHAUER cité par Bruck *in* Neisser. — *Erforschung der Syphilis.*

qu'ici. Par contre, celle de l'arsénobenzol a fait l'objet de nombreuses recherches, qui se précisent tous les jours, mais ne permettent pas encore d'arriver à des résultats définitifs, les plus anciennes n'ayant pas plus de quinze mois de date.

Les premiers travaux ont montré que le « 606 » supprime souvent la réaction de fixation, mais d'autres ont prouvé qu'elle reparaît avec la plus grande facilité à la suite d'une injection unique.

L'atténuation véritable de l'infection ne peut être amenée que par des doses élevées et par des injections réitérées.

A la période primaire, trois injections intraveineuses d'arsénobenzol à 0 gr. 60 rendent normalement la réaction de Wassermann négative ou l'empêchent d'apparaître (Leredde et Rubinstein), en même temps qu'elles préviennent l'apparition de tout accident secondaire.

Mais à la période secondaire et à la période tertiaire, l'action de l'arsénobenzol est beaucoup moins rapide, et nous ne savons encore combien de temps, combien d'injections seront nécessaires pour faire disparaître la réaction de Wassermann dans la moyenne des cas.

Les examens faits immédiatement à la suite des cures n'ont pas de valeur, et il ne faut se fier qu'aux résultats donnés par l'examen du sang un mois ou deux après la terminaison du traitement, et confirmés par de nouveaux examens à une période ultérieure.

B. — Les conséquences

a) Le domaine de la syphilis.

Le domaine de la syphilis n'est pas encore complètement exploré, nous ne connaissons aujourd'hui ni toutes ses formes, ni toutes ses lésions, ni toutes les affections qu'elle détermine, d'une manière directe ou indirecte. Les médecins, et en particulier les neurologistes, les ophtalmologistes, ont souvent reproché aux syphiligraphes de voir la syphilis « partout ». Or, il est prouvé aujourd'hui que les syphiligraphes eux-mêmes n'ont pas vu la syphilis partout où elle existe.

J'ai montré, il y a près de dix ans, qu'un grand nombre de médecins ont exigé, pour reconnaître la nature syphilitique d'une maladie, que les lésions en fussent conformes aux descriptions établies par les anatomopathologistes. Or, ces descriptions étaient appuyées elles-mêmes sur l'étude des processus reconnus par les cliniciens comme syphilitiques, chancres, tubercules, lésions sclérogommeuses, et leurs auteurs avaient laissé de côté toutes les lésions dont la nature était insoupçonnée. Déclarer, au nom de l'anatomie pathologique que les lésions, même les lésions actives du tabès n'étaient pas de nature syphilitique, c'était déclarer que l'étude anatomoclinique de la syphilis était terminée et que toutes les formes en étaient connues (1).

La réaction de Wassermann, recherchée d'une manière méthodique, permettra d'établir la liste complète des affections qui sont de nature ou simplement d'origine syphilitique.

Il est prouvé déjà qu'un grand nombre de vieillards atteints d'hémorragies ou de ramollissement cérébral sont des syphilitiques. Contrairement à l'opinion classique, la syphilis cérébrale existe après cinquante ans, elle est même commune et doit être recherchée toutes les fois que l'étiologie d'une affection cérébrale est indéterminée. La conséquence sera qu'un grand nombre de malades seront curables, quand ils seront soignés dès les prodromes, ou les premiers symtômes d'une hémorragie ou d'un ramollissement.

La nature syphilitique commune de l'aortite, celle des anévrismes, soupçonnée de plus en plus par les cliniciens, est aujourd'hui établie d'une manière définitive

La nature syphilitique des leucoplasies buccales contestée en Allemagne, est admise par l'école de Breslau depuis qu'on a constaté la présence de la réaction de Wassermann chez un grand nombre de malades qui en sont atteints.

La réaction de Wassermann doit être recherchée chez les peladiques, elle doit être recherchée dans les cas de vitiligo. Et elle doit être recherchée dans tous les cas de néphrite, si on en croit Letulle et Bergeron, qui l'ont rencontrée *six fois* sur 24 malades atteints de néphrite chronique (Académie de Médecine, 11 avril 1911).

Un champ étendu est encore ouvert aux recherches et celles-ci promettent des découvertes fécondes

b) Diagnostic de la syphilis.

La syphilis devant être recherchée dans toute affection à marche lente, dans tous les cas où un diagnostic *étiologique* ne peut être établi d'une manière positive, *et le médecin ne devant accorder aucune valeur à l'affirmation d'un malade qui déclare ne pas avoir eu la syphilis*, la réaction de Wassermann est devenue l'élément principal du diagnostic de celle-ci, en dehors du chancre induré, dont le diagnostic exige la mise en évidence du spirochète de Schaudinn

On ne peut imaginer à quel point sont fréquentes les erreurs dont sont victimes les syphilitiques. S'il existe des lésions bien étudiées et dont il semble facile de reconnaître la nature, ce sont bien celles de la syphilis cutanée ; elles sont directement accessibles à la vue, elles ont des caractères bien tranchés, et le médecin pense habituellement à la syphilis lorsqu'il existe une altération persistante de la peau. Tout malade atteint de lupus ou d'épithéliome de la face peut même être soigné comme syphilitique.

Cependant l'expérience démontre que les médecins les plus expérimentés passent à côté de la syphilis de la peau et que les dermatologistes eux-mêmes se trompent. J'ai vu, pour ma part, de nombreux malades considérés comme atteints de lupus, qui étaient des syphilitiques tertiaires. J'ai publié l'observation d'un médecin, auquel plusieurs chirurgiens avaient voulu couper le pied, le croyant atteint de tuberculose cutanée, et qui guérit par des injections de calomel ; j'ai vu,

(1) Leredde. — « *La nature syphilitique et la curabilité du tabès et de la paralysie générale* ». Paris 1902.

il y a quelques semaines, un malade soigné pendant plusieurs mois dans un hôpital de Paris pour un lupus du visage, et qui guérit par deux injections d'arsénobenzol. J'ai fait récemment le diagnostic de lupus tuberculeux chez une jeune femme chez laquelle je découvris, en cours de traitement, que la réaction de Wassermann était positive, et qui est maintenant guérie à la suite d'un traitement antisyphilitique. Des lésions syphilitiques peuvent être étiquetées eczéma, érythème, lichen, sycosis, ecthyma simple. Un ulcère variqueux est souvent une ulcération mixte, à la fois syphilitique et variqueuse des membres inférieurs. Les plus habiles y sont pris et je n'oublierai jamais le cas d'une malade soignée pendant plusieurs années par un des dermatologistes les plus éminents de Paris, considérée par lui comme atteinte de psoriasis de la paume des mains, alors qu'il s'agissait de syphilides tertiaires. Les syphiligraphes et les dermatologistes sont tellement convaincus de la difficulté d'établir un diagnostic, dans certains cas qu'ils ont conseillé aux médecins de faire des traitements d'épreuve, et qu'ils les emploient eux-mêmes. Après deux injections de calomel à 0 gr. 10, après une dizaine d'injections solubles à dose forte, un diagnostic peut être à peu près établi. Encore faut-il avoir pensé à la syphilis et ne pas avoir indiqué au malade une direction erronée, qu'il pourra suivre pendant des mois. Il est plus facile, plus pratique de faire faire un sérodiagnostic, toutes les fois qu'un doute est possible.

Combien plus communes doivent être les erreurs de diagnostic lorsque la syphilis atteint le système nerveux et les viscères ! Chez les jeunes gens, les adultes avant cinquante ans, le médecin pense à la syphilis dès qu'il y existe une monoplégie, une hémiplégie, une paraplégie ; il y pense lorsqu'il existe une paralysie oculaire.

Mais après cinquante ans, on ne pense plus à la syphilis des centres nerveux, il semble presque qu'elle n'existe pas. Or, la syphilis nerveuse n'est pas rare chez le vieillard, mais nous oublions que le diagnostic d'hémorragie, de ramollissement, n'est qu'un diagnostic anatomoclinique et qu'un diagnostic n'est pas complet tant que l'étiologie d'une affection n'est pas déterminée.

Dans l'enfance, un trouble de développement, une anomalie, une dystrophie, un trouble nerveux, peuvent éveiller l'idée de syphilis héréditaire, mais comment vérifier cette hypothèse, comment prescrire un traitement *énergique,* s'il n'y a pas de certitude. La réaction de Wassermann l'apporte au médecin et peut lui permettre d'obtenir des succès thérapeutiques *admirables.*

Si j'ai vu des cas de syphilis cutanée méconnus par des dermatologistes et si j'en ai méconnu moi-même, je dois ajouter que j'ai vu, comme tout syphiligraphe, des cas de syphilis oculaire méconnus par des ophtalmologistes ; il semble que le cadre des affections syphilitiques de l'œil ne soit pas absolument établi, et que les symptômes de certaines lésions de la choroïde ou de la rétine ne permettent pas toujours d'en déterminer l'origine. Or, une lésion syphilitique de l'œil est, à son origine, une lésion curable ; une lésion qui la simule et qui n'est pas syphilitique est, *souvent,* une lésion incurable.

Tout malade atteint d'anévrisme, aortique ou non aortique, d'aortite, d'insuffisance aortique, peut être un syphilitique. Toute sclérose pulmonaire peut être due à la syphilis, et certainement l'infection syphilitique du poumon est plus commune qu'on le croit, et confondue habituellement avec la tuberculose. Toute cirrhose peut être due à des lésions spécifiques du foie. Dans toute affection rénale, dans toute hypertrophie splénique, il faut penser à la syphilis et la rechercher, et il n'est pas jusqu'à certaines anémies qui ne puissent être la conséquence directe de la vérole.

Pour compléter cette énumération sommaire et incomplète, je rappellerai qu'une tumeur de l'estomac, de l'intestin, du petit bassin peut être une tumeur syphilitique, que toute affection ostéoarticulaire peut être de la même nature, et que tout chirurgien est exposé à opérer des lésions qui auraient guéri par le mercure ou un composé arsenical organique. Il est même à craindre que tout chirurgien ait enlevé des lésions syphilitiques. Chez l'enfant, des lésions dentaires, mal caractérisées, un retard dans le développement physique ou intellectuel sont parfois les seuls stigmates d'une syphilis héréditaire, et il existe des syphilis sans stigmates. Que le médecin qui conteste ces faits, qui discute la fréquence de la syphilis, qui n'imagine pas à quel point il est facile de la méconnaître, prenne seulement la peine de réfléchir qu'une fausse couche peut en être le seul symptôme chez une femme !

Le diagnostic de la syphilis doit être un diagnostic précoce. — Ceci en particulier lorsqu'elle atteint des organes tels que l'œil, tels que les centres nerveux. Une erreur de diagnostic, un *retard* dans le diagnostic, peuvent laisser à des lésions incurables le temps de se développer. Un homme sain, en pleine vigueur, devient un infirme. Nous savons maintenant que le tabès est curable, mais, seuls, les symptômes récents disparaissent par un traitement spécifique ; nous avons des raisons de croire que la paralysie générale est entièrement curable mais seulement lorsqu'elle est reconnue à son origine.

On comprend l'importance d'une réaction qui permet au médecin, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'établir un diagnostic étiologique, de déterminer la cause inconnue d'une lésion, la nature d'une affection dont l'origine est restée ignorée, puis de pouvoir diriger un traitement et d'amener la guérison d'une maladie qui peut être cause d'infirmités, quand elle n'est pas mortelle.

La découverte d'une réaction qui permet d'affirmer l'existence d'une des maladies les plus communes et les plus graves parmi celles qui affligent l'espèce humaine est une des plus précieuses que la science médicale ait faites depuis le début de la bactériologie.

Quelques réserves doivent être faites chez certains malades. Une affection est parfois liée par un lien étiologique à la syphilis sans être nécessairement de nature syphilitique. On a démontré récemment la fréquence de la réaction de Wasser-

mann chez les peladiques ; cependant la réaction reste négative chez la plupart de ceux-ci, et aucune différence clinique ne semble séparer, jusqu'à nouvel ordre, les peladiques d'une catégorie et ceux d'une autre. L'exemple le plus frappant est fourni par le cancer de la langue, qui est, normalement, une conséquence de la syphilis linguale, et constitue, cependant, une affection distincte. D'autre part, il existe des coïncidences et toute affection développée chez un syphilitique n'est pas syphilitique, car un syphilitique peut devenir tuberculeux, ou cancéreux, ou être atteint d'une lésion cardiaque, de lithiase biliaire ou d'un kyste hydatique. Le séro-diagnostic fournit au médecin un document que celui-ci doit interpréter dans chaque cas particulier.

Rappelons encore que la réaction de Wassermann est parfois négative chez les malades atteints de lésions syphilitiques. Cependant les procédés de Hecht, Bauer, Stern, révéleront parfois dans ces cas la présence de produits d'origine syphilitique dans le sérum sanguin. Parfois le traitement d'épreuve restera la suprême ressource du médecin.

C'est ici le lieu de signaler un fait dont nous n'avons pas parlé malgré son intérêt. Chez les syphilitiques dont la réaction est négative, une injection d'arsénobenzol à doses faibles, quelques injections mercurielles, peuvent, au bout de quelques jours, faire apparaître une réaction de Wassermann positive pendant quelques jours. Ce qui s'explique par la destruction de foyers de spirochètes en sommeil, avant l'intervention des agents spirillicides. Cette réaction passagère sera peut-être susceptible, comme l'a proposé Milian, d'être utilisée dans quelques cas au point de vue diagnostique.

c) *Traitement de la syphilis. Ses règles nouvelles.*

On ignore généralement, en France, que la découverte du sérodiagnostic de la syphilis a apporté une véritable révolution dans la *thérapeutique* de cette maladie et qu'elle oblige le médecin, quels que soient les moyens dont il se sert, à donner à son traitement, une direction précise.

Depuis longtemps, les syphiligraphes admettent et affirment que le traitement de la syphilis doit avoir pour but de supprimer les accidents et de combattre l'infection syphilitique elle-même. Mais comment juger de l'action d'un traitement sur l'infection et comment le médecin peut-il se convaincre qu'il a atténué, sinon supprimé, *d'une manière définitive,* l'infection elle-même ?

Sous l'impulsion puissante d'Alfred Fournier, les syphiligraphes ont admis la nécessité de soumettre les malades pendant quatre années, d'une manière interrompue mais régulière, au traitement mercuriel. Cinq ans après l'apparition du chancre, un syphilitique soigné de cette manière, et qui est resté pendant un an sans accident est autorisé à se marier. Ce qui veut dire qu'il est considéré comme n'offrant plus de danger de contagion, et aussi qu'il est certain de procréer des enfants sains, et enfin qu'il est à l'abri des risques les plus graves de la maladie.

On connaît cependant des malades traités suivant l'ancienne règle qui ont présenté, dix ans, quinze ans après le chancre, des plaques muqueuses, c'est-à-dire des accidents contagieux ; on connaît des malades traités pendant quatre ans, et atteints, au cours de la sixième, de la huitième année, de la dixième, d'accidents viscéraux. A ce point que le Prof. Fournier a conseillé le premier de modifier les principes qu'il avait établis, et de soumettre les malades à des cures mercurielles au cours de la sixième et de la septième année pour éviter l'apparition d'accidents tels que le tabès ou la paralysie générale.

Aux règles anciennes, des objections doivent être faites. En premier lieu, Fournier, ses élèves et ceux qui ont admis ces règles n'ont pas défini l'énergie du traitement. Les effets du mercure dans la syphilis dépendent de la durée de celui-ci, mais ils dépendent aussi des doses de mercure absorbées dans l'unité de temps.

La très grande erreur que les syphiligraphes ont commise dans le traitement de la syphilis a été d'établir les règles de celui-ci en se fondant sur les résultats obtenus dans les formes communes de la syphilis cutanée, qui sont curables par le mercure, à doses à peu près quelconques. Le traitement de l'infection exige des doses élevées, tout comme celui des accidents rebelles.

Un nombre considérable de syphilitiques traités par les pilules, par les frictions, présentent des *accidents, légers ou graves, au bout de dix, quinze* ou vingt ans. Le traitement régulier de la syphilis doit être fait au moyen d'injections, parce qu'elles permettent de connaître la dose de mercure absorbée par l'organisme, *et la dose absorbée doit être de 1 gr. 50, sinon de 2 grammes de mercure les deux premières années et de 1 gramme environ les deux suivantes,* CECI DANS LES SYPHILIS NORMALES.

Autre objection : La syphilis n'est pas égale à elle-même chez tous les malades. Chez certains, les accidents s'atténuent rapidement, chez d'autres, ils se prolongent ; chez d'autres, ils récidivent malgré des traitements énergiques. L'étude de la réaction de Wassermann démontre encore que l'infection est des plus variables dans sa virulence. Le traitement de la syphilis, je ne parle pas en ce moment des accidents, mais de l'infection, devrait être individualisé, si nous possédions un moyen d'apprécier, de mesurer en quelque sorte l'imprégnation de l'organisme

Ce moyen, la réaction de Wassermann le fournit. Tant qu'elle existe, nous sommes certains que l'infection syphilitique existe encore, quel que soit le traitement auquel le malade a été soumis. Lorsqu'elle est atténuée et lorsqu'elle reste atténuée, nous sommes certains que l'infection elle-même est modifiée dans son intensité. Lorsqu'elle est disparue, et surtout lorsque sa disparition a été constatée à plusieurs reprises, nous ne sommes pas autorisés à conclure que la syphilis est guérie et que le malade est définitivement à l'abri de tout accident ; mais nous pouvons admettre que l'infection a été atténuée d'une manière considérable, que des accidents graves sont improbables. Et, quand la disparition aura un an de date, le malade pourra se marier, avoir des enfants sains, avec une sécurité bien plus grande

que le malade traité pendant quatre ans suivant la formule ancienne, quelle que soit la virulence de l'infection dont il a été atteint.

Nous ne pouvons dire ou écrire que tout traitement est devenu inutile chez un malade dont la réaction de Wassermann est devenue négative. Ce malade peut être un syphilitique *guéri*, il peut n'être qu'un syphilitique *atténué* ; un traitement nouveau peut être nécessaire si des accidents nouveaux se développent.

Mais on peut affirmer que tout malade dont la réaction est positive doit etre traité, jusqu'a disparition, et disparition définitive, de la réaction de Wassermann. Telle est la règle que l'on doit substituer aux règles anciennes. Chez aucun malade on ne fera de traitement banal, et on ne se contentera de la guérison des accidents. Toute cure mercurielle doit être faite à doses suffisantes et pendant un temps assez long pour pouvoir supprimer la réaction de fixation.

L'étude de la réaction de Wassermann, chez les syphilitiques traités d'une manière énergique par le mercure, démontre, s'il était encore nécessaire de le faire, l'action préventive de cet agent ; elle démontre, ce que les faits cliniques ont prouvé depuis longtemps, que le mercure est un agent de stérilisation graduelle de la syphilis, à condition qu'il soit employé à doses suffisantes, et avec la régularité nécessaire. Par contre, l'iodure de potassium, dont les effets sur la réaction de Wassermann comme sur les lésions de la maladie sont inconstants, n'est pas un moyen de traitement de l'infection ; aucun argument ne permet de l'employer à ce titre chez les syphilitiques ; on ne comprend pas pourquoi tant de médecins le prescrivent encore à leurs malades en dehors de quelques accidents bien déterminés.

Les recherches sur l'action des arsenicaux organiques et la découverte de l'arsénobenzol par Ehrlich mettent aujourd'hui des armes nouvelles aux mains des syphiligraphes. Faut-il renoncer au mercure et soigner uniquement la syphilis par l'arsénobenzol, qui est le plus actif des dérivés organiques de l'arsenic ? Faut-il employer le mercure, sans nous préoccuper des découvertes récentes ? Devra-t-on combiner le traitement mercuriel au traitement arsenical, sous quelles formes, de quelle manière ? Toutes ces questions se posent en ce moment.

Au point de vue du traitement des *accidents*, la supériorité de l'arsénobenzol sur le mercure paraît établie, sous la réserve qu'il soit employé à doses suffisantes et de préférence en injections intraveineuses (1).

Régulièrement, les accidents de la syphilis, rebelles au mercure, guérissent par l'arsénobenzol, régulièrement, les accidents non rebelles cèdent beaucoup plus rapidement à l'arsénobenzol qu'au mercure. Il faut ajouter — ce qui peut surprendre encore de nombreux médecins — que l'arsénobenzol, aux doses moyennes, est mieux toléré par l'organisme que le mercure, qu'il est moins toxique que celui-ci.

L'action de l'arsénobenzol sur les accidents peut nous faire penser *a priori* que son efficacité, en ce qui concerne l'infection, sera supérieure à celle du mercure. Mais seuls les faits, et en premier lieu l'étude systématique de la réaction de Wassermann, permettront une conclusion.

Le problème est résolu au moment de la période primaire. Nous ignorons encore combien il faudra, à la période secondaire et à la période tertiaire, d'injections d'arsénobenzol et à quelles doses pour amener l'atténuation définitive de l'infection syphilitique ou sa guérison. Ce qui est certain, c'est que la stérilisation de la maladie est beaucoup plus difficile qu'à la première période. Peut-être serons-nous renseignés d'ici peu à ce sujet, et saurons-nous s'il convient de traiter systématiquement tous les syphilitiques par le sel d'Ehrlich, d'en combiner l'emploi à celui du mercure. L'étude de la réaction de Wassermann nous donnera une réponse précise que nous ne pourrions obtenir par aucun autre moyen.

Conclusions.

Quelques notions essentielles peuvent être dégagées à la fin de ce travail :

1° *La réaction de Wassermann, constatée suivant le procédé de Wassermann, indique l'existence de la syphilis chez tout malade qui n'est pas convalescent de scarlatine ou qui n'est pas affecté de lèpre, de frambœsia, d'affection à trypanosomes, ou de malaria.*

2° *Cette réaction doit être recherchée chez un nombre considérable de malades, quand le diagnostic, établi au point de vue anatomique, ne l'est pas au point de vue étiologique ; dans les lésions cardio-vasculaires, les néphrites, les cirrhoses hépatiques, les scléroses pulmonaires, chez des « phtisiques » qui ne sont pas des tuberculeux, dans un grand nombre d'affections oculaires et un nombre aussi grand d'affections nerveuses. Elle doit être recherchée chez l'enfant atteint de troubles de développement, chez des femmes enceintes qui ont fait des fausses couches, chez des nourrices. Elle doit même être recherchée dans des cas d'affections cutanées et dans les affections chirurgicales qui peuvent être de nature syphilitique méconnue (tumeurs, affections ostéo-articulaires).*

3° *Une réaction négative ne permet pas d'affirmer qu'un malade n'est pas syphilitique. Certaines formes de syphilis, qui sont* habituellement *des formes localisées, peuvent se développer sans qu'il y ait passage d'« anticorps » dans le sérum* (1). *Le diagnostic de la syphilis par le traitement d'épreuve ne peut être encore complètement exclu de la pratique médicale.*

4° *Toute affection développée chez un malade dont la réaction de Wassermann est positive, peut être d'origine et de nature syphilitique. Il est bien évident que toute affection développée chez un sy-*

(1) Voir Leredde. — *Les accidents de l'arsénobenzol et la question des doses.* Société de Dermatologie, février 1911.

(1) Le mot « anticorps » est pris ici sous les réserves indiquées dans le texte (voir Considérations théoriques).

philitique, ne reconnaît pas nécessairement une cause syphilitique. Mais la constatation de la réaction de Wassermann permet de poser le problème et oblige à le résoudre.

5° *Tout individu dont la réaction de Wassermann est positive doit être traité, la réaction étant le signe indiscutable d'une syphilis* en activité. *Les effets de tout traitement doivent être contrôlés par la recherche des modifications apportées à la réaction de fixation.*

6° *Chez tout syphilitique, le traitement doit avoir pour but la disparition* définitive *de la réaction de fixation.* Les règles anciennes (traitement de quatre ans) *doivent être modifiées.*

7° *A un point de vue général, l'étude de la réaction de Wassermann, qui nous permettra de connaître le domaine entier de la syphilis, nous permet aussi de comparer les agents antisyphilitiques et de connaître les moyens les plus efficaces de stérilisation de cette maladie.*

Petite correspondance de médecine pratique

Traitement du hoquet rebelle.

Avaler la fumée de cigarette. Ce traitement m'a réussi 2 fois, et une fois en particulier chez un malheureux qui souffrait depuis une semaine d'un hoquet qui ne lui laissait de repos, ni jour, ni nuit.

La moitié, puis le quart de la fumée d'une cigarette a suffi pour procurer quelques heures de repos ; et la guérison complète est survenue le 2e jour du traitement. Les 2 malades observés attribuaient leur hoquet à un refroidissement contracté pendant le travail de la digestion, et il s'agissait, cela va sans dire, de fumeurs endurcis.

Dr A. Greuell,
de Blainville-sur-Meurthe.

PARTIE PROFESSIONNELLE

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX

Le relèvement des honoraires. Faut-il réviser le Tarif Jeanne ?

Monsieur le Dr Jeanne.

Je possède votre « Tarif général minimum », 3e édition 1904.

Or, depuis cette époque, le coût de la vie a sensiblement augmenté en toutes choses ; seul le tarif médical est resté stationnaire.

Il me semblerait donc équitable que, dans votre prochaine édition du « Tarif », vous y introduisiez quelques modifications de rehaussement des honoraires.

Depuis principalement 3 à 4 ans, le prix de la vie a augmenté : denrées alimentaires, domestiques, ouvriers, tarifs des commerçants quels qu'ils soient.

Le chiffre d'affaires, que faisait autrefois un médecin (tarif 1904) et qui lui permettait de vivre, lui rend la chose beaucoup plus difficile actuellement en conservant le tarif de 1904.

Les ouvriers gagnant beaucoup plus qu'en 1904, il est logique qu'ils payent plus cher la visite actuellement.

En 1904, avec un gain peu élevé, les ouvriers donnaient 2 frs ; actuellement ils gagnent largement 1/3 en plus : donc le prix de la visite doit augmenter de 1/3 ; donc 3 francs. En agissant autrement, la proportion n'est plus gardée entre médecin et ouvrier, et la balance penche en faveur de l'ouvrier.

J'habite un chef-lieu de canton de 1.200 habitants (les denrées alimentaires y sont aussi chères qu'en ville) ...

Il y a quelques années, les femmes de ménage demandaient 0 fr. 25 l'heure, actuellement 0 fr.30 Les manœuvres 2 fr. 50 à 3 frs, actuellement 4 fr. à 4 fr. 50 à la journée, et 0 fr. 50 à l'heure. Les ouvriers maçons, menuisiers, etc., qui étaient payés 3 à 4 frs sont payés actuellement 5 frs et *5 francs 50, ou 0 fr. 50 l'heure. Je soigne actuelle*ment un maçon de 20 ans (accident du travail), il gagne 5 fr. 50 par jour. Les domestiques femmes gagnaient 200 à *300 francs maximum par an ;* actuellement une gamine de 15 ans demande 20 fr. par mois, soit 240 francs par an, et une fille de 20 ans, 400 par an (bonne ou fille de ferme). Les domestiques hommes avaient 400 jadis, actuellement 600 francs, etc...

Personnellement, j'ai élevé mon tarif et je demande 3 francs (au cabinet et à domicile) aux ouvriers et domestiques. Dans les premiers temps, cela a stupéfait le pays ; mais on s'y est rapidement fait. Actuellement domestiques et ouvriers viennent chez moi (ils payent sans hésiter 3 frs), aussi bien que chez mes deux confrères qui ont gardé le tarif à 2 francs. Cependant, personnellement, je n'ai aucun titre scientifique qui puisse porter les clients à venir chez moi ; je n'ai jamais été interne d'aucun hôpital de grande ville ni de petite ville ; je suis simple docteur.

1° Vu les considérations générales précédentes, il me semble donc que, dans votre prochaine édition du « Tarif » vous devriez faire fixer à 3 francs le prix de la consultation et visite (cabinet et domicile) pour la première catégorie (ouvriers, domestiques, etc.).

2° Vous divisez la clientèle en 4 classes. Cela, me semble-t-il, pourrait se ramener à 3 classes.

En effet, la 2e classe est définie : « Les personnes qui vivent avec un peu d'aisance et que ne ruineront pas plusieurs mois d'incapacité de travail ».

C'est une classification bien subtile que celle

établissant cette classe et l'on doit trouver bien rarement ce genre de clientèle.

Cette classe ne pourrait comprendre en effet que : de petits employés, petits retraités, petits cultivateurs, boutiquiers en activité ou en retraite ; donc petites gens qui vivotent ou ne vivent pas plus à l'aise que l'ouvrier, qui gagne chaque jour sa journée à plein tarif ; ils ne peuvent donc pas payer plus cher que l'ouvrier (1re classe); autrement dit l'ouvrier (1re classe) doit payer aussi cher qu'eux : donc 3 francs.

Si au contraire, ils sont réellement un peu à leur aise et ont de l'aisance pour voir venir sans crainte les événements, ils méritent d'être classés dans la 3e classe, des rentiers, commerçants, etc., à 4 francs.

Personnellement, je supprimerais donc la 2e classe, et le genre de clients que vous voulez y mettre : je les rangerais soit dans la 1re classe (3 francs), soit dans votre 3e classe (4 francs).

Je ne formerais donc que 4 classes de clients au lieu de 5.

Comme je vous propose d'augmenter le tarif ouvrier (1re classe de 2 à 3 frs), votre 2e classe actuelle ne serait donc pas augmentée : elle serait supprimée, absorbée par la 1re classe dont le tarif deviendrait 3 francs.

L'ouvrier, domestique (1re classe) est en effet un individu en état de travailler et de regagner l'argent dépensé dans la maladie. Au contraire, votre 2e classe de clients ne peut comprendre en général que des gens âgés, qui vivent de leurs économies et ne peuvent donc plus augmenter ces économies (l'intérêt de l'argent restant le même et tendant plutôt à baisser de plus en plus) ou des petits employés dont le traitement reste stationnaire. Ils ne peuvent donc pas contrebalancer par un travail supplémentaire, comme l'ouvrier, la perte d'argent occasionnée pendant la maladie. S'ils sont petits employés, retraités, petits rentiers ! (ironie), c'est une perte sèche sans espoir de compensation.

Cette ancienne deuxième classe (2e classe) resterait donc tarifée à 3 francs.

La 3e classe de clients comprend, d'après vous : « Rentiers, commerçants importants, industriels pouvant déjà établir d'une façon permanente un crédit pour la maladie ».

J'estime que cette catégorie, telle que vous la définissez, pourrait, dans l'état actuel des choses, payer 5 francs, donc tarif de votre 4e classe.

S'ils pensent à établir un crédit pour la maladie, c'est qu'avec les goûts actuels de luxe, ils ont réglé un crédit de luxe double ou triple. Donc, ils n'auraient qu'à rogner un peu sur le luxe et payer 5 francs.

Je reporterais donc à la 4e classe : les rentiers, commerçants importants, industriels, et mettrais dans la 3e classe les clients désignés simplement rentiers, commerçants, petits industriels.

Personnellement, je diviserais ainsi les clients :

1re *classe à* 3 *francs*. — Ouvriers, domestiques, petits employés, petits cultivateurs, boutiquiers, petits retraités, petits rentiers. Il y a des gens qui vivent en rentiers, mais dont le budget est plus faible que celui d'un *boutiquier ou ouvrier ;* ils tirent littéralement le diable par la queue pendant toute l'annee, autrement dit, ils vivotent.

2e *classe à* 4 *francs*. — Rentiers, commerçants, petits industriels, retraités, employés, etc., qui vivent avec un peu d'aisance et que ne ruineront pas plusieurs mois d'incapacité de travail.

3e *classe à* 5 *francs*. — Les rentiers riches, commerçants et industriels importants dont le budget peut déjà porter d'une façon permanente un crédit pour la maladie.

4e *classe à* 10 *francs*. — Les millionnaires qui dépensent sans compter.

L'échelle de la clientèle serait donc la suivante :

1re classe :	3 fr.	(au cabinet et domicile).
2e classe :	4 francs	—
3e classe :	5 francs	—
4e classe :	10 francs	—

Si vous estimez que l'échelle des 5 classes doit être maintenue, voici comment je la classerais :

1re classe à 3 francs : Ouvriers et domestiques.

2e classe à 3 francs ou 4 frs (tarif à apprécier par le médecin suivant le cas). — Le médecin jugerait suivant les circonstances si le client devrait être rangé dans la 1re classe ou dans la 3e classe, donc payer 3 ou 4 francs. Cette classe comprendrait : petits cultivateurs, boutiquiers, petits rentiers, petits employés, etc.

3e classe à 4 francs. — Rentiers, commerçants ordinaires, petits industriels, retraités, employés, etc. qui vivent avec un peu d'aisance et que ne ruinent pas plusieurs mois de maladie.

4e *classe à* 5 *francs*. — Rentiers riches, commerçants et industriels importants, etc., dont le budget peut déjà porter d'une façon permanente un crédit pour la maladie.

5e *classe à* 10 *francs*. — Les millionnaires.

Dans une note de la page 7 de votre tarif, vous signalez que dans les grandes villes, le prix de la visite de l'ouvrier est de 3 francs. C'est ce qui existait en effet encore généralement en 1904.

Actuellement, sauf les quartiers très pauvres de grandes villes, le tarif est de 5 francs pour les ouvriers et domestiques.

Je connais en effet des médecins de quartier du centre de Lyon. Or les ouvriers et domestiques payent 5 francs sans hésiter et sans se récrier. Ces mêmes ouvriers et domestiques vont même assez facilement chez les spécialistes (sur l'avis de leur médecin de quartier) et payent dix francs sans hésitation à ce spécialiste ; ils trouvent la chose naturelle.

A ce sujet, il faudrait modifier les tarifs de spécialistes, pages 27 et 28 de votre tarif. Il faudrait supprimer le prix de 4 fr. et toujours le remplacer par le prix de 10 fr. ou au moins de 5 francs.

Du reste, dans les grandes villes, ces mêmes ouvriers et domestiques, s'ils ne peuvent pas payer 5 et 10 *francs, se mettent d'une Société de*

secours mutuels, ou bien vont aux consultations gratuites des hôpitaux.

De Thoissey, j'adresse souvent à Mâcon des malades à deux confrères qui prennent chacun 5 francs comme spécialistes de chirurgie et de laryngologie. Les ouvriers trouvent ce tarif naturel et me demandent même quelquefois l'adresse d'un spécialiste de Lyon à 10 francs, déclarant qu'ils préfèrent payer un peu plus cher et avoir un médecin qui soit « bien savant » dans la question.

Donc dans le tarif, page 12, paragraphe B, vous pourriez remplacer le tarif de 4 francs par celui de 5 francs, ce dernier chiffre étant trouvé très naturel et raisonnable comme je vous le signale plus haut

Tarif page 12.

B. — Visite d'un médecin spécialisé, mais d'une notoriété encore locale :

Au lieu de : 4 fr. ; 6 fr. ; 8 fr. ; 10 fr. ; 20 fr. ;
Mettre : 5 fr. ; 6 fr. ; 8 fr. ; 10 fr. ; 20 frs.

3° *Distance à parcourir.* — Vous déclarez que la question indemnité de déplacements « peut être convenablement tranchée par l'adoption du chiffre invariable de 0 fr. 25 par kilomètre parcouru tant au retour qu'à l'aller ».

Ce tarif de 0 fr. 25 a été abandonné presque complètement.

Actuellement le tarif le plus courant est celui de : 0 fr. 50 centimes par kilomètre parcouru tant au retour qu'à l'aller ; soit donc 1 fr. par kilomètre aller simple. Autrement dit, un malade habitant à 2 kilomètres payera 2 fr. pour les 2 kilomètres, plus le prix de la visite : donc 5 francs, si c'est un ouvrier (kilomètre 2 francs, plus visite 3 francs).

Dans votre prochaine édition, vous devriez donc supprimer complètement le chiffre de 0 fr. 25 centimes et le remplacer par celui de 0 fr. 50 centimes, adopté généralement depuis quelques années et qui va en se généralisant de plus en plus.

Il reste bien entendu naturellement que le prix de la visite est toujours compté en plus du prix des kilomètres.

4° Il est naturel, comme vous le dites, que toute visite de jour exigée à heure fixe (soit en ville, soit à la campagne) doit être doublée de prix. Donc une visite à heure fixe pour ouvrier sera de 6 francs en ville. S'il habite la campagne, les prix de la visite et des kilomètres seront doublés ; s'il habite à 2 kilomètres, la visite sera de 10 frs pour ouvrier (6 francs pour la visite et 4 frs pour les kilomètres). Bien spécifier la chose, qu'il n'y ait pas d'erreur.

Le tableau de la page 17 du tarif serait donc à corriger. Il faudrait le modifier, en prenant pour base le chiffre 3 au lieu du chiffre 2.

Il est de même de toute évidence que la nuit le tarif est aussi doublé pour la visite et les kilomètres.

Visite nocturne à un ouvrier habitant en ville, 6 francs. S'il habite à 2 kilomètres, à la campagne, la visite sera de 10 fr. (visite 6 francs plus 4 frs pour les 2 kilomètres.)

Donc spécifier page 17 du tarif que : « les indemnités de déplacements nocturnes sont doublées en prenant pour base le tarif de jour de 0 fr. 50 par kilomètre parcouru à l'aller et au retour ; donc, 1 franc la nuit par kilomètre parcouru à l'aller et au retour (donc 2 francs le kilomètre aller simple).

5° *Interventions spéciales.* — A. — *Certificats* engageant peu la responsabilité. — Ils pourraient rester tarifés à 2 francs, plus le prix de la visite.

Dans votre tarif, un certificat de vaccination pour ouvrier est tarifé 4 francs (visite 2 francs, plus certificat 2 francs) ; d'après le nouveau tarif, le prix serait de 5 francs (visite 3 francs, plus certificat 2 francs).

A moins que vous ne vouliez établir, avec le nouveau tarif à 3 francs, le même raisonnement qu'avec celui de 2 francs ; ce qui ferait alors 6 frs pour une visite avec certificat de vaccination pour ouvrier. Ce serait peut-être augmenter trop rapidement les tarifs.

B. — Il en serait de même pour *les opérations de petite chirurgie.*

D'après votre tarif, les pointes de feu, pour ouvrier coûtent 4 francs (visite 2 francs, pointes de feu 2 fr.). D'après le nouveau tarif ce serait 5 francs (visite 3 francs, plus pointes de feu, 2 frs).

Actuellement je fais payer 5 francs à des ouvriers la visite avec pointes de feu et 5 francs les visites avec injections hypodermiques : jamais personne n'a réclamé.

L'échelle de la petite chirurgie serait donc la même que dans votre tarif, mais en y substituant le chiffre 3 pour la visite auquel on ajouterait, comme vous l'indiquez 2 frs ou 4 francs pour la petite chirurgie, suivant le genre d'opération.

Pour la *chirurgie courante,* quelques opérations pourraient peut-être être légèrement augmentées, par rapport à votre ancien tarif.

6° *Accouchements.* — Vous tarifez un accouchement normal pour ouvrier 40 francs, c'est un tarif bien faible, vu que les sages-femmes demandent actuellement 20 francs.

L'accouchement normal devrait dans le nouveau tarif être porté à 50 francs ; prix de l'accouchement en lui-même naturellement ; les visites consécutives étant comptées en plus.

J'ai toujours pris 50 francs sans que les clients m'aient jamais trouvé à redire.

Un accouchement avec traitement hémostatique serait de 60 francs minimum ou 70 suivant la gravité du cas, au lieu de 50, prix de votre tarif.

De même l'accouchement avec traitement de l'asphyxie de l'enfant serait de 60 ou 70, au lieu de 60, prix unique de votre tarif.

Vous ne parlez pas dans votre tarif de l'accouchement simple avec gémellité.

Il faudrait le tarifer 60 frs minimum ou 70 suivant le cas. Ceci est une petite lacune.

Durée de l'accouchement. — Vous dites ceci : « Si l'accouchement dure plus de cinq heures, il

y aura lieu de compter, en plus, 2 francs par vacation d'une demi-heure ».

Ce délai de 5 heures est beaucoup trop long ; c'est faire perdre son temps au médecin, sans compensation.

Je vous signale à ce sujet, la décision acceptée par les Syndicats de l'Ain ; elle est la suivante :

« Nombre d'heures supplémentaires, supérieur à 2 heures, passées auprès de la parturiente ; par heure, 5 francs minimum »

Ce laps de temps de 2 heures, adopté par les Syndicats de l'Ain, est suffisant. Il serait à désirer que vous le substituiez au vôtre. Le délai de 5 heures est trop considérable, il est abusif.

De plus, au lieu de calculer 4 francs par heure supplémentaire, il faudrait calculer 5 francs par heure, ce qui serait en harmonie avec le nouveau tarif de 3 francs la visite ordinaire.

Vous ne signalez pas du tout de tarif pour les avortements (fausse-couche).

Avortement simple : 30 à 40 francs.

Avortement avec curetage et délivrance artificielle : 80 à 100 francs.

Accouchement prématuré par le médecin (artificiel) : 80 à 100 francs.

De même, vous ne signalez aucun tarif gynécologique.

7° Vous pourriez donner quelques indications sur les différents points suivants :

A. *Nuit passée auprès d'un malade.* Vous signalez le cas d'une visite de nuit durant 1 heure 1/2 que vous calculez triple visite.

Mais il faut songer au cas d'un client très malade pour lequel on ne fera aucune visite ni intervention chirurgicale. Le médecin, sur la demande de la famille, passera la nuit seulement pour surveiller l'état du malade (rôle de garde-malade). Dans ce cas, on ne peut pas tarifer à la visite, il faut adopter un chiffre défini pour la nuit.

Le syndicat de l'Ain tarife ainsi : « Nuit passée auprès d'un malade : 50 à 100 frs ».

B. — Vous signalez le cas d'*accompagnement de malade* par le médecin traitant, pour le conduire vers un autre médecin consultant.

Il y a d'autres circonstances : par exemple : accompagner un malade de sa propriété de campagne à la ville (résidence d'hiver) ; accompagner un malade en voyage.

Un de mes amis avait été demandé, cet été, par une famille pour accompagner un malade à Londres. Ce cas est donc à tarifer. (Le malade est mort avant le voyage.)

Les syndicats de l'Ain ont établi le tarif suivant :

« Accompagnement d'un malade dans une ville ou voyage : minimum de 30 francs par demi-journée ; frais de voyage à la charge du malade ».

C. — *Visites dans la même famille* avec libellé d'ordonnances pour plusieurs personnes.

Il m'est arrivé quelquefois d'être appelé dans une famille pour un malade et que, profitant de ma présence, on me fasse examiner 2 ou 3 enfants ou adultes.

Dans ce cas-là, que faire ? Rédigeant une ordonnance pour chaque malade, doit-on compter (ouvrier) autant de visites à 3 francs qu'il y a d'ordonnances ?

Ou bien doit-on seulement calculer une visite prolongée, telle que vous les tarifez, en comptant 3 francs par demi-heure. Donc 9 francs si l'on passe 1 heure 1/2 à examiner ces malades.

La question n'est pas du tout signalée dans votre tarif. Le cas se présente cependant souvent.

Je vous ai signalé plusieurs prix du tarif des Syndicats de l'Ain. Ce tarif ayant été établi il y a plusieurs années, un certain nombre des prix ont déjà été relevés peu à peu, chacun modifiant sur son carnet les prix relevés.

8° Reste la question des *Sociétés de secours mutuels.*

(*A suivre.*)

Dr MARICHAL,
(Thoissez, Ain)

CHRONIQUE SYNDICALE

La vraie déontologie et les situations acquises

Cher confrère,

Permettez-moi de vous poser la question suivante. Vous m'obligerez en y répondant publiquement.

Un médecin, soi-disant *syndicaliste*, est titulaire du service de l'assistance publique d'une commune distante de 10 kilomètres de son domicile.

Deux confrères à 3 kilom. et à 6 kilom. demandent à remplir ces fonctions.

Ce faisant, commettent-ils un gros crime déontologique ? Ou bien *ne pouvant obtenir le libre choix*, ont-ils le droit strict de solliciter cette fonction qui leur revient par raison de voisinage ?

En un mot, commet-on un acte anticonfraternel en essayant correctement de priver un confrère d'une *situation acquise* contre toute justice, fusse la justice... kilométrique ?

Répondez par voie du *Concours*, car la question se pose chaque jour, surtout dans les départements où le libre choix n'est pas observé, et où les confrères, présidents et secrétaires de syndicats et associations générales, se sont emparés des petites sinécures.

Bien entendu, ils crient au voleur lorsqu'on tente de se mettre à leur place.

Confraternellement. Dr S.

Réponse

Nous sommes les défenseurs convaincus du principe du libre choix, car nous prétendons que tout malade, quelle que soit sa condition de fortune, a le droit absolu de confier sa peau au médecin en qui il place sa confiance.

Par conséquent, nous n'admettons pas les situations dites acquises, qui ne sont que des mo-

nopoles établis au profit d'un petit nombre de médecins. Ceux-ci payent ce droit, d'avoir pour eux seuls toute une catégorie de malades, par l'aliénation de leur liberté, puisqu'ils sont les salariés d'un patron, qui les a nommés selon son bon plaisir, mais qui les révoquera de même selon son bon plaisir. Ils acquièrent aussi le droit au monopole en consentant un traitement à forfait, traitement à bas prix.

Ce faisant, les détenteurs de situations acquises lèsent les intérêts sacrés et primordiaux de nos malades, en les obligeant à se faire soigner par un praticien accapareur, en vertu d'une convention passée en dehors d'eux.

Ils lèsent les intérêts des médecins, en soignant, à des tarifs dérisoires, des malades qui devraient rapporter plus au corps médical.

Ils lèsent la collectivité qui les paie, car, mal rétribués, ces accapareurs ont tendance à saboter l'ouvrage. Il faut être vraiment très consciencieux pour faire correctement un travail qui est mal rétribué, alors que le prix de la vie augmente.

Dans votre cas particulier, la déontologie n'a rien à voir avec ces fixes, puisque tous les syndicats et les Congrès des praticiens ont déclaré que seul, le libre choix devait être notre règle syndicale et déontologique, que tout bon syndiqué devrait respecter. P. B.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Sociétés du « franc au décès ».

Cette question des Sociétés du *Franc au décès* a été fréquemment mise en cause par nombre de nos confrères et est assez mal connue des médecins qui s'occupent de mutualité. Nous ne saurions mieux faire, pour les éclairer, que de reproduire le remarquable rapport présenté au Congrès des Sociétés savantes en 1909, par M. Achille Provost, actuaire, au nom de la Ligue de la Prévoyance et de la Mutualité. Nos confrères pourront juger ce genre de combinaison, après avoir lu ce mémoire, en toute connaissance de cause.

Les sociétés dites du *Franc au Décès* ont pour objet de réaliser, au profit des ayants droit de leurs membres décédés, le paiement d'un capital déterminé.

« Pour la constitution de ce capital, chaque sociétaire, survivant à l'un de ses co-associés, verse un franc lors du décès de celui-ci ».

Telle est la clause fondamentale des statuts des sociétés du *Franc au Décès*.

Nous nous proposons de démontrer :

1° Qu'une conception en apparence si simple de l'assurance au décès, si elle n'exige de la part des adhérents, au cours des premières années d'existence de la Société, qu'un faible sacrifice, ne tarde pas à entraîner pour eux une dépense supérieure à celle que nécessiterait, pour le même objet, leur entrée dans une compagnie d'assurances établie sur des bases rationnelles ;

2° Que la durée à laquelle peuvent prétendre ces institutions ne peut guère dépasser une quarantaine d'années et même qu'en général l'époque de leur dissolution précédera notablement cette limite ;

3° Que le principe de leur existence est l'opposé du principe mutualiste : « à charges égales, droits égaux » et qu'ainsi elles se réclament à tort de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

I

Disons tout d'abord que nous n'avons point en vue les sociétés de la nature de celles fondées par certaines grandes administrations au bénéfice exclusif de leurs employés et pour lesquelles un âge, statutairement fixé, limite la durée maximum de la participation du sociétaire. Au contraire, nos conclusions sont établies pour les institutions du *Franc au Décès* qui prétendent réaliser à bas prix l'assurance au décès *pour la vie entière.* Nous les déduisons par un raisonnement *a fortiori*, des résultats présentés par une société idéale réunissant théoriquement toutes conditions à l'avantage, pour elle, d'un maximum de durée.

Cette société, nous la supposons, en effet, à partir du moment où nous l'étudions, disons à son origine, composée d'adhérents de vingt et un à quarante-cinq ans. — Ces limites sont celles statutairement fixées pour l'admission dans les sociétés actuellement existantes. — Nous groupons aux âges différents dans cet intervalle, les adhérents d'après la loi même observée à la table C R de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse. A l'inverse des nombres de cette table, il est logiquement à présumer que les groupes sont, dans la réalité, d'importance numérique d'autant plus grande que l'âge est plus élevé, car, avec l'âge, croît pour l'individu son intérêt à l'admission dans la société. A cette constitution initiale supposée, nous ajoutons les hypothèses suivantes favorables, comme elle, à la durée de la société ;

1° L'application légitime de la loi de mortalité de la table C R. Nous rappelons que cette table, par la nature même des éléments qui la forment, présente un caractère spécial de mortalité lente. On peut le constater d'ailleurs par comparaison, soit avec la table AF des compagnies françaises d'assurances adoptée pour le calcul du tarif minimum prescrit par le Ministère du Commerce, soit avec la table de Deparcieux en usage à la Caisse nationale d'assurances en cas de décès ;

2° Le remplacement des sociétaires décédés par de nouveaux, d'âge minimum : vingt et un ans ;

3° L'absence de cotisations spéciales, exigées dans la pratique pour frais de recouvrement et d'administration.

Avec de tels avantages pour notre société théorique, les décès présumés et les cotisations annuelles réclamées par elle seront inférieurs aux décès et aux cotisations d'une société réelle. Rappelons encore qu'au préjudice de cette dernière s'exerce la sélection des mauvais risques consécutive à l'absence d'examen médical

qui est de règle, en général, dans toutes les sociétés du *Franc au Décès*. Donc, pour celles-ci, la preuve de leur impossibilité à subsister sera faite quand elle aura été établie pour notre société théorique.

II

Avant d'aborder l'étude de cette société théorique, nous croyons nécessaire d'attirer l'attention sur l'identité de deux organisations du *Franc au Décès* en apparence différentes. Nous voulons parler des sociétés à recrutement limité ou illimité.

1° *Sociétés à recrutement limité.* — Ce sont celles ui disposent leurs adhérents en groupes auxquels, tant qu'ils ne sont pas complétés à un nombre limité, 1.200 par exemple, elles n'attribuent, pour chaque décès, que le montant des cotisations recueillies dans le groupe ; mais, dès qu'ils sont complets, les rend solidaires, c'est-à-dire répartit entre eux tous le total annuel des décès qu'ils présentent. Il suit de là que pour 10 groupes complets, par exemple, le nombre des têtes soumises au risque étant de 12.000, la répartition égale entre ces groupes de la charge totale des décès est équivalente en fait de l'application à un groupe de 1.200 de la loi de mortalité, d'un ensemble de 12.000.

2° *Sociétés à recrutement illimité.* — Ce sont celles où il n'existe pas de groupes à nombre limité d'adhérents. Quelle est la loi de leur recrutement?

Le faire moins rapide que l'accroissement des décès, c'est placer la société dans une situation défavorable.

Le faire plus rapide nous conduirait à supposer qu'elle peut indéfiniment se recruter par des promotions de têtes jeunes de plus en plus nombreuses ; hypothèse inadmissible.

Donc, au mieux de son existence, nous devons admettre le remplacement des décédés par un même nombre de nouveaux membres.

Donc, identité de la Société à recrutement illimité avec la Société à recrutement limité.

III

Nous arrivons maintenant à l'étude de la Société idéale qui doit nous servir de terme de comparaison. Nous la supposons de 1.200 membres. Du tableau dressé en conformité des hypothèses précédemment exposées, présentant année par année, le total des décès survenus parmi les premiers adhérents et les nouveaux, nous extrayons les résultats suivants :

ANNÉES D'AGE DE LA SOCIÉTÉ	DÉCÈS	ANNÉES D'AGE DE LA SOCIÉTÉ	DÉCÈS
1re année......	9	30e année......	28
5e —	10	35e —	3?
10e —	11	40e —	37
15e —	13	45e —	37
21e —	16	50e —	31
25e —	22	55e —	28

Le nombre de décès inscrits ici exprime aussi en France le montant des cotisations annuelles variables demandées à chaque adhérent, quel que soit son âge, au cours de l'existence de la Société.

Il y a lieu alors de remarquer que les Sociétés du *Franc au Décès* se distinguent en deux classes suivant qu'elles instituent ou non un fonds de prévoyance. Etudions successivement chacune d'elles.

1° *Société sans fonds de prévoyance.* — Le capital promis est alors de 1.200 francs pour un groupe de 1.200 membres. En rapprochant la cotisation du franc au décès (F. D.) des primes brutes viagères du tarif minimum (T. M.) et de celles de la Caisse nationale d'assurance en cas de décès (A. D), nous obtenons le tableau comparatif suivant :

AGE de LA SOCIÉTÉ	COTISATION VARIABLE F. D.	AGE de L'ASSURÉ	PRIME VIAGÈRE T. M.	PRIME VIAGÈRE A. D.
21	16	21	22,68	20,99
25	22	25	24,72	22,75
30	28	30	28,20	25,43
35	33	35	32,52	28,84
40	37	40	38,04	33,73
45	37	45	45,36	40,80

De ce tableau, nous tirons un double enseignement :

1° De la vingt-cinquième à la quarante-cinquième année d'existence de la Société, c'est-à-dire pendant vingt ans, les nouvelles recrues de vingt et un ans paient, pour le franc au décès, plus cher qu'à la caisse de l'Etat ou même aux grandes compagnies d'assurances.

2° Les individus de trente, trente-cinq, quarante ans, auront seuls et *successivement avantage* à entrer dans la Société. Ainsi, par comparaison avec le tarif minimum, les têtes d'âge inférieur à trente ans n'ont aucun intérêt à se faire admettre après la trentième année d'existence de la Société. Pour la Caisse de l'Etat, ce sont les têtes d'âge supérieur à 35 ans qui sont intéressées à leur admission dans la Société.— A la quarante-cinquième année, les têtes d'âge inférieur à quarante n'auront aussi aucun intérêt à entrer.

De tels résultats laissent prévoir avec quelles causes de perturbation va se trouver aux prises l'avenir de la Société. Dès la trentième année au plus de son existence elles apparaîtront.

Les cotisants d'âge inférieur à celui pour lequel il sera demandé plus que dans une compagnie ordinaire se retireront. Le recrutement ne pourra plus se faire que par des têtes âgées et, citant le Rapport du Bureau fédéral suisse des assurances, pour 1894, nous dirons avec lui que « rien n'arrêtera plus alors l'accroissement de la mortalité ; les sorties deviendront de plus en plus nombreuses à cause des chiffres trop élevés et toujours croissants des cotisations, et la Société se dissoudra piteusement avant que le moment soit venu où, à la mort du dernier survivant, personne n'aurait plus été là pour payer des cotisa-

tions alors qu'il aurait, lui, payé... pour tous ceux qui l'auraient précédé dans le tombeau ».

On comprend que le vice originel du système qu'on vient d'examiner est l'absence de réserves mathématiques, lesquelles, dans les établissements d'assurance établis sur des bases rationnelles, compensent, par les excédents laissés par les primes viagères des premières années, les insuffisances des dernières. Pour y remédier, certaines sociétés du franc au décès ont créé un fonds de prévoyance. Nous allons maintenant les étudier.

2° *Sociétés avec fonds de prévoyance.* — Ce fonds, disons-le d'abord, n'est en aucune façon comparable aux réserves mathématiques. Il est formé par prélèvement, sur le montant total des cotisations du groupe, de l'excès de ces cotisations sur la somme promise au décès.

Bornons notre examen au cas d'un groupe de 1200 membres où l'âge d'entrée est fixé de 21 à 45 ans. Le capital assuré est de 1.000 francs, 200 francs sont versés au fonds de prévoyance. — C'est là une combinaison actuellement adoptée par certaines sociétés.

Un tableau analogue à celui déjà dressé dans le cas précédent nous fournit les termes de comparaison suivants :

AGE de LA SOCIÉTÉ	COTISATION VARIABLE F. D.	AGE de L'ASSURÉ	PRIME VIAGÈRE T. M.	PRIME VIAGÈRE A. D.
21	16	21	18.90	17,49
25	22	25	20,60	18,96
30	2[illegible]	30	23,50	21,19
35	3[illegible]	35	27,10	24,03
4	37	40	31,70	23,11
40	37	45	37,80	34, »
45	35	48	42,40	38,41
8				

Des chiffres inscrits à ce tableau il ressort manifestement que si, à partir de la 25e année au plus tard, le fonds de prévoyance n'intervient pas pour diminuer les cotisations, les têtes de 30, 35, 40 et même 45 ans (c'est-à-dire pour celles-ci ayant dépassé l'âge statutaire) auront seules et *successivement* intérêt à entrer dans la société.

Le jeu du fonds de prévoyance doit donc s'exercer assez à temps pour maintenir la cotisation annuelle au-dessous d'un certain maximum ; au delà, la société ne pourrait plus recruter que des adhérents d'âge élevé qui ne pourraient trouver ailleurs et à meilleur compte les avantages qu'elle leur offre.

Quelle est cette cotisation maxima ? — Le tableau ci-dessus, limité à la 48e année d'existence de notre société (ce qui suffit pour notre démonstration), nous montre qu'à partir de la 25e année, pendant 23 ans au moins, le Franc au décès sera plus onéreux pour les têtes de 21 à 25 ans que la prime viagère du tarif minimum ; il faut même dépasser 30 ans pour trouver à la Caisse de l'Etat un chiffre supérieur à celui du Franc au décès.

Il résulte de là que, pour maintenir son recrutement possible à 21 ans, la société ne peut demander aux nouveaux membres de cet âge une cotisation supérieure à celle marquée dans les deux dernières colonnes du tableau, savoir 18.90 ou 17,49. Supposons même 19 francs. C'est la cotisation maximum.

Dans cette hypothèse et avec un taux de capitalisation de 4 1/2 %, celui imposé à la Caisse des dépôts et consignations pour les fonds libres des sociétés de secours mutuels, nous avons, en suivant le fonds de prévoyance année par année, obtenu les résultats suivants :

25e année....	22 décès....	102.000 francs.
30e —	28 —	125.000 —
35e —	33 —	124.000 —
40e —	37 —	94.000 —
45e —	37 —	44.412 —
48e —	35 —	*déficit.* —

Jusqu'à la 25e année d'existence de la Société, le fonds de prévoyance s'accroîtra sans avoir été mis à contribution, mais avant la 50e année il ne pourra suffire au maintien de la cotisation maximum, fixe jusqu'alors. Celle-ci devra être relevée. Mais cette mesure sera en fait le relèvement de l'âge minimum d'entrée, car un appel de 21 francs, 24 francs, etc., éloignera de la Caisse les têtes de moins de 25 ans, de 30 ans, etc.

La société se fermera ainsi aux têtes jeunes, sa mortalité croîtra, une nouvelle cotisation maximum s'imposera, et, les mêmes causes produisant les mêmes effets, au bout d'un temps que l'on pressent de courte durée, elle sera condamnée à disparaître, après avoir vainement cherché un équilibre irréalisable.

IV

Ainsi, ce n'est point aux sociétés du « Franc au décès » sous les deux formes où nous les connaissons, que sont permis « les longs espoirs et les vastes pensées ». Quarante ou cinquante ans au plus limitent leur durée ; leur existence, aussi bien que les intérêts de leurs membres sont, bien avant ce temps, sérieusement compromis ; et, ce qui est digne de remarque, ces membres ne peuvent obtenir ni le rachat de leur contrat ni la réduction du capital assuré dans le cas où ils voudraient, soit abandonner la société, soit rester assurés pour une portion du capital primitif et cesser de payer leurs primes. A l'inverse des compagnies d'assurances, les sociétés du Franc au décès ne permettent rien de semblable, et c'est logique, car, dépourvues de réserves mathématiques, elles n'ont rien à produire en représentation de leurs engagements.

Une interprétation erronée des tables de mortalité fait croire aux fondateurs des sociétés du Franc au décès qu'une prévision de 1 % de décès suffit pour établir une organisation financière stable. Il n'en est rien. Des taux de 2 %, et même de 3 % sont à prévoir avant d'arriver à un régime normal estimé à 2,7 % environ.

En toute certitude, les sociétés ne peuvent rencontrer, sur leur route d'abord facile, que difficultés prochaines et insurmontables.

Si nous les considérons maintenant au point de vue mutualiste, nous les voyons en contra-

diction avec le principe : « A charges égales, droits égaux ». Il est injuste de demander au jeune homme même cotisation qu'au vieillard. Des deux risques qu'ils apportent, celui du premier est le moindre. Demander pour ces deux têtes un même versement, c'est, sous une apparente égalité, leur imposer des charges différentes.

Que les mutualistes se gardent donc d'établir de telles combinaisons ; qu'ils évitent de se laisser prendre aux belles pro esses du Franc au décès.

« Entrez, entrez », disent les prospectus de certaines de ces institutions, vous n'avez rien à « payer d'avance ; vous ne paierez que si un dé- « cès se produit — pas de décès, pas de versement. « Et même, ajoute-t-on quelquefois, au bout de « vingt ans de sociétariat, nous vous ferons une « petite retraite ».

Les résultats que nous avons ci-dessus obtenus mesurent la valeur de telles promesses, dont la dernière peut être qualifiée au moins d'audacieuse.

Nous condamnons donc sans réserve les sociétés du Franc au décès établies sur les deux modèles que nous avons étudiés.

Pour donner, en outre, à nos conclusions l'appui d'une autorité dont la compétence est indiscutée, nous terminerons en citant quelques extraits des rapports du Bureau Fédéral suisse d'assurances. On sait que, sous le nom de fraternités, de solidarités, de 'Frankenvereine, les sociétés du Franc au décès se sont considérablement développées en Suisse. Voici comment les rapports s'expriment à leur sujet :

« Ces Fraternités à contribution au décès s'imaginent que, dans l'assurance sur la vie, comme dans l'assurance des choses, une prime qui a suffi pendant quelques années, pour une caisse jeune et essentiellement composée de jeunes membres, suffira pour tout avenir, au moins approximativement.

« Une caisse de secours où l'on ne pense pas plus loin peut en effet se réjouir pendant un temps. Mais sa joie sera de courte durée. Nous avons appris à connaître mainte caisse semblable où les membres, après dix, quinze ans d'affiliation, faisaient toute autre figure une fois qu'ils constataient que l'âge moyen des membres s'était élevé très notablement et que le nombre des décès et, par suite, le coût net de l'assurance ascendait à 20 et 25 pour mille et plus » (Rapport de 1898.)

« Les fondateurs de ces caisses et les citoyens qui ont mis le prestige de leur nom et de leur autorité au service de ces fondations sans fonds s'excuseront en disant qu'ils avaient agi de bonne foi, mais qu'ils ne s'étaient pas rendu un compte exact de la chose. Cette excuse n'arrêtera pas les malédictions de ceux qui en seront sortis les mains vides ». (Rapport de 1895.)

« Les membres qui ont payé le plus longtemps en sont pour leur argent et peuvent réfléchir à la valeur des garanties que leur ont données les mots de Fraternité et de Solidarité. » (Rapport de 1897.)

Nous nous associons à ce jugement sévère, et nous souhaitons que de telles associations ne puissent prendre naissance à l'abri de la loi du 1er avril 1898 et se développer, en créant des germes de mécontentement et de méfiance contre la mutualité, manifestation la plus noble de l'alliance du devoir social et de la dignité de l'individu.

Achille PROVOST.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Médecin de la prison de la Santé.** — Un concours est ouvert à la faculté de médecine de Paris, le 1er décembre 1911 à neuf heures du matin (foyer des professeurs), pour un emploi de médecin de la prison de la Santé.

Les candidats qui désireront se faire inscrire : devront :

1° Avoir la qualité de Français ;

2° Etre titulaires du diplôme de docteur en médecine d'Etat ;

3° Etre âgés de vingt-cinq ans au moins, lors de l'ouverture du concours.

Le registre d'inscription sera ouvert à partir du 7 novembre et clos le 20 novembre 1911.

— **Hôtel Dieu.** — Service de M. le Professeur ROGER. — M. le Docteur P. Emile Weil, médecin des hôpitaux, fera tous les lundis matin à 10 heures 1/2, à *l'amphithéâtre Trousseau*, une leçon clinique.

La première leçon aura lieu le 13 *novembre* 1911.

— **Conseil supérieur d'hygiène publique.** — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le Conseil supérieur. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeur sont réparties entre diverses catégories de savants, savoir : 1° les médecins ; 2° les bactériologistes ; 3° les chimistes, physiciens et pharmaciens : 4° les fonctionnaires sanitaires ; 5° les hydrologues et géologues ; 6° les ingénieurs et architectes.

La vacance actuelle s'est produite, par la mort de M. le Dr Griffon, parmi les places d'auditeur réservées aux médecins ; c'est donc parmi les médecins que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le Conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres dans un délai expirant le 12 novembre 1911, au ministère de l'Intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) (4e bureau).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 48 Dimanche 26 NOVEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

La journée du 19 novembre fut aussi réconfortante et féconde que celles de toutes les Assemblées générales.

Pendant la matinée, nos dévoués *correspondants* passèrent en revue, avec le Conseil de Direction, l'état de toutes les œuvres dans les mille détails qu'ils ont à bien connaître, et furent mis au courant, d'après les registres, de toute l'organisation du journal et de la Société civile, au cours des trente-deux ans qui viennent de s'écouler.

Nous étions plus de cinquante au déjeuner qui réunit ensuite *correspondants* et *collaborateurs de tous les jours*, véritable état-major de conseillers dévoués, qui suivant l'exemple du fondateur Cézilly, sacrifient temps, clientèle et intérêts particuliers à la mission d'apôtres de la confraternité agissante, et haussent les épaules quand on tourne de leur côté l'arme impuissante des malpropres suspicions.

A deux heures, Maurat, assisté des présidents d'honneur, MM. Lande et Gairal, de M. Fleury, actuaire, de M. Darras, représentant l'A. G., et de tout le Bureau, ouvrit la première assemblée de la « *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical Français* », dont le nom de baptême indique le large domaine de protection. L'intérêt que prirent tous les membres présents aux débats un peu rébarbatifs qui ont pour base des chiffres et des calculs prouva mieux que tout autre signe combien a été goûtée la création nouvelle, combien la haute portée future en a été parfaitement comprise par les praticiens qui ont assez le souci des devoirs de famille pour ne pas vivre au jour le jour leur vie professionnelle.

L'Assemblée générale du *Concours médical*, qui s'ouvrit ensuite, se constitua d'abord en séance extraordinaire pour augmenter, par ratification unanime, le Conseil de Direction d'un membre : M. le Dr Maurice Vimont, qu'un stage de plusieurs années et une collaboration remarquable à toutes les œuvres de défense et de prévoyance désignaient, depuis longtemps, comme un élément de force et d'activité à joindre à ceux que nous possédons.

Puis, l'Assemblée ordinaire nous ramena sur le terrain des études qui sont notre raison d'être. Avec le rapport du Dr Boudin, l'auditoire se passionna pour l'organisation d'une propagande toujours plus active ; avec notre si aimé rédacteu en chef, J. Noir, nous vîmes passer, mais définitivement fixé en un document à revoir chaque jour, le tableau des études à suivre, des revendications à formuler, des initiatives à réaliser en matière d'intérêt professionnel ; avec le Dr M. Vimont nous préparâmes la création pour l'an prochain de branches nouvelles dans la *Mutualité familiale*, pour nous doter de l'assurance-décès et de l'assurance dotale.

Le « Sou Médical », toujours réservé pour la fin de la journée, parce que la fatigue s'oublie dans l'atmosphère des saines luttes, eut son entrain accoutumé. Diverneresse y ajouta un clou très apprécié en nous montrant comment on peut faire partout, et à peu de frais, les conférences avec projections qui furent, dans sa campagne, une arme si puissante. Inutile de dire que cet intermède prépara bien les esprits à s'échauffer au point voulu pour obtenir la gaieté communicative de notre banquet.

Celui-ci eut son caractère familial de tous les ans, plus accentué encore par la présence, à la place d'honneur, d'un confrère féminin, Mlle le Dr Roussel (de Rouen) qui fut toujours l'une des premières à s'inscrire aux œuvres du *Concours médical.*

On toasta sans apprêt à la santé de toutes les Sociétés professionnelles représentées à notre table, et, tout en devisant et en prenant le café, on déposa entre les mains de Mlle Roussel, quêtant avec M. le Dr Huguenin, une jolie petite somme de 180 francs à partager entre les œuvres de Secours immédiat.

Pouvait-on mieux terminer cette fête annuelle de la bonne confraternité.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Prof. Pierre DELBET.

Tuberculose du sein

Voici une malade qui se présente à nous, atteinte d'une ulcération du sein offrant des caractères auxquels nous ne sommes pas habitués. Cette femme déclare avoir reçu, il y a un an, à ce niveau, un coup de porte qui aurait amené une ecchymose. Toutefois, elle ne se ressentait plus de ce traumatisme, depuis longtemps déjà, lorsque l'affection actuelle a commencé. Bien que le traumatisme soit ici précis, il paraît difficile d'établir s'il a eu ou non une relation avec les lésions que nous voyons aujourd'hui.

La maladie aurait débuté par une grosseur ; puis, au bout d'un temps très long (une année environ), une ouverture se fit tout à coup, et il s'en est suivi une ulcération qui ne s'est pas guérie.

La lésion siège à la partie inférieure et interne du sein, en dedans du mamelon. Elle occupe le sillon pectoro-mammaire. C'est une ulcération étendue, à grand axe transversal de deux centimètres, et à petit axe d'un centimètre. L'ulcère est profond. Il y a excavation véritable. Autour, la peau est rouge. Les bords de l'ulcération paraissent un peu épaissis. Ces bords sont légèrement décollés sur une étendue appréciable et l'on peut introduire, au-dessous, une sonde cannelée à 4 ou 5 millimètres. Le fond de l'ulcération est grisâtre dans son ensemble, avec deux bourgeons charnus plus rosés.

Nous allons rechercher les connexions de la lésion. La peau se laisse plisser autour de l'ulcère, et on ne note pas le phénomène de la peau d'orange. Il n'existe pas d'infiltration de ce côté. On ne sent pas non plus de partie pénétrant dans la glande, pas de prolongement, de ramification glandulaire.

Voyons la mobilité. L'ensemble est mobile sur les parties profondes. Le sein est mobile dans le sens transversal, moins que du côté opposé, cependant. Il existe donc quelques adhérences profondes, assez lâches. Dans le sens vertical, la mobilité est peut-être plus accusée.

Y a-t-il quelque autre chose chez la malade ?

Cherchons les ganglions de l'aisselle. Je trouve un petit cordon lymphatique, difficile à sentir, pas très dur, pas très mobile non plus, ayant plutôt les caractères d'une lésion inflammatoire chronique que d'un néoplasme. Rien d'anormal au creux sous-claviculaire et au creux sus-claviculaire.

Je vais vous dessiner la coupe de cette ulcération. Voici le décollement sous la peau. Il a une grande importance. Je vais, à côté, vous représenter comment un néoplasme parti de la profondeur, s'ulcère après avoir envahi la peau. Voici la peau, le derme, l'hypoderme, au-dessous la tumeur. Que se passe-t-il quand il s'agit d'une tumeur bénigne ? L'augmentation de volume d'une tumeur bénigne est due à la multiplication des cellules dans l'intérieur même de la masse. Dans les tumeurs malignes, au contraire, la multiplication des cellules est excentrique. Il existe donc une différence totale entre la manière dont grossit une tumeur bénigne et celle des tumeurs malignes.

Supposons un néoplasme bénin arrivé à un développement énorme. En grossissant, il amincit mécaniquement la peau. Celle-ci, dans ces conditions, peut être insuffisamment vascularisée ; elle se sphacèle et il se forme une ulcération. La peau cède par sphacèle et l'on trouve, au-dessous, la tumeur, indépendante, non ulcérée. La peau s'étant de plus en plus amincie et ayant fini par céder, on peut glisser entre elle et la tumeur sous-jacente un stylet ou une sonde cannelée.

Que se passe-t-il pour les néoplasies malignes ? Il n'y a plus dé distension mécanique. Le travail ulcératif se fait par envahissement du revêtement cutané. Le premier stade de cet envahissement se traduit par le phénomène de la peau d'orange ; le second est l'immobilisation de la peau par des tractus ; le troisième est l'envahissement du derme par les cellules néoplasiques. La prolifération des cellules se fait ainsi en remontant. La peau n'est pas ulcérée à proprement parler ; c'est la tumeur qui a gagné le revêtement cutané et il n'y a jamais de décollement. Ultérieurement, la masse néoplasique peut s'éliminer, fondre, laissant une perte de substance plus ou moins profonde, mais sur les bords on trouve toujours la tumeur.

Voyez combien les deux processus diffèrent. Dans l'un, la peau n'est pas envahie ; sur les bords, il y a décollement. Dans l'autre, c'est tout autre chose.

Chez notre malade, les caractères de l'ulcération ne sont pas ceux des tumeurs malignes. Faut-il admettre une tumeur maligne qui se serait secondairement nécrosée ? Ce n'est pas impossible ; toutefois, la malade raconte qu'il s'est produit une issue de liquide hématique et purulent. Tenez compte également du décollement de la peau. Dans les cas où une tumeur maligne se sphacèle il peut y avoir excavation, mais pas sous la peau. L'excavation se produit dans l'intérieur du néoplasme.

Nous ne trouvons pas, en définitive, les caractères des ulcérations propres aux tumeurs malignes. Il n'y a pas eu de tumeur volumineuse, par conséquent pas de tumeur bénigne.

Qui peut donc donner lieu à une affection de ce genre ? Nous devons penser à une gomme, syphilitique, tuberculeuse, ou sporotrichosique. Représentons la peau, et, au-dessous, une gomme sous-cutanée. Cette gomme se développe excentriquement. Elle arrive au contact du derme, s'enflamme, s'ulcère, et il se produit une ouverture au point culminant, ouverture qui n'a jamais les dimensions de la lésion. Il y a une cavité plus considérable et des bords décollés. L'ulcération de la gomme a précisément les caractères que nous trouvons chez notre malade. Nous sommes ainsi conduits à penser qu'il ne s'agit pas d'une tumeur, mais plutôt d'une lésion d'origine inflammatoire.

Les autres constatations sont-elles en faveur d'une lésion inflammatoire chronique ? L'évolution de la maladie a été bien longue puisque le début remonte à plus de 4 ans. D'autre part, c'est seulement depuis 3 mois que l'ouverture s'est produite. Cette lenteur est-elle pour faire rejeter le diagnostic de *lésion inflammatoire ? Je crois qu'elle peut faire rejeter certaines catégories de* lésions. Ainsi, il est difficile d'admettre qu'une gomme syphilitique puisse rester 4 ans pour arriver à ce stade. Pour la sporotrichose, nous sommes moins renseignés. Pour la tuberculose, par contre, nous savons que l'évolution des gommes tuberculeuses peut demander des années. Il conviendrait aussi de préciser où cette tuberculose s'est développée, si elle est sous-cutanée, si elle siège dans l'épaisseur de la glande ou, enfin, si elle a son origine dans la paroi thoracique, constituant une variété d'abcès froid.

Le développement dans le tissu cellulaire sous-cutané est invraisemblable. Le développement dans la glande est possible et cette question de la tuberculose mammaire est intéressante. Elle se pose sous divers aspects. Tout d'abord, il s'agit de savoir si la lésion primitive siège dans le tissu cellulaire de la glande, forme banale, rentrant dans le cadre de la tuberculose du tissu cellulaire ou si, au contraire, elle a son point de départ dans les éléments glandulaires, forme beaucoup plus spéciale. Jadis, j'étais arrivé à la conviction que l'abcès froid siégeait dans le tissu cellulaire et n'avait rien à faire avec la glande. Je crois que j'ai poussé un peu loin cette opinion. Ceci nous conduit à une autre question, à nous demander si certaines tuberculoses mammaires ne peuvent

++

pas donner le syndrome de la mammite chronique et de l'adénome. On admet couramment que la mammite chronique et l'adénome sont d'ogine inflammatoire. A l'ensemencement, on y trouve habituellement du staphylocoque. Il est possible que le staphylocoque donne les formes fibreuse ou kystique de la mammite. M. Poncet a soutenu récemment que les mammites chroniques étaient le plus souvent d'origine tuberculeuse. M. Poncet, il est vrai, cherche volontiers à faire rentrer la pathologie tout entière dans le cadre de la tuberculose. A la vérité, nous ne sommes en droit ni d'affirmer, ni de nier l'origine bacillaire de la mammite chronique. Il est possible qu'il en soit ainsi dans quelques cas et que nous soyons chez notre malade en présence de lésions de ce genre.

Peut-on penser à des lésions plus profondes? A l'abcès froid de la paroi thoracique? Il faut connaître son origine.

Là-dessus, deux opinions ont été défendues. On a eu tendance, d'abord, à attribuer l'abcès froid au squelette, à en faire une ostéite primitive costale. Et de fait, quand on pratique des interventions, on trouve des altérations osseuses costales. Une autre opinion, soutenue par Leplat, considère les lésions costales comme secondaires, ses lésions primitives étant pleurales, la pleurésie bacillaire envoyant alors un prolongement à travers l'espace intercostal. Duplay, d'autre part, avait insisté sur le voisinage des articulations chondro-costales et il pensait à une tumeur blanche de ces articulations.

A l'heure actuelle, on croit de plus en plus à l'origine pleurale. On trouve dans les antécédents des malades souvent des pleurésies. D'autre part, quand on intervient d'une manière assez complète, on reconnaît qu'il existe, en dehors des côtes, des lésions plus étendues que les lésions superficielles constatées tout d'abord. La communication est, il est vrai, fréquemment étroite et peut passer inaperçue. Si on la cherche avec soin, on la découvre généralement et elle conduit à réséquer une, deux, trois côtes.

Donc, la majorité, sinon la totalité de ces abcès froids ont une origine pleurale, profonde. Le résultat, c'est que ces abcès froids ne peuvent guère être mobiles sur les parties sous-jacentes.

Nous sommes donc conduits à penser, chez notre malade, à une lésion bacillaire ayant laissé un abcès froid et une ulcération. Permettez-moi cependant, de faire une réserve. Ce diagnostic ne me satisfait pas complètement. Il y a des symptômes en faveur de la bacillose, mais le fond de l'ulcération n'a pas beaucoup les caractères de la bacillose. Il est assez régulier. On ne trouve pas là les lésions en train de se nécroser, de sorte que, malgré tout, je me demande si nous n'avons pas affaire à une forme tout à fait anormale de néoplasme. Logiquement, cliniquement, nous devons faire le diagnostic de tuberculose, mais nous n'avons pas une certitude. Avant de prendre un parti, une biopsie est nécessaire et je ne serais pas autrement surpris qu'il s'agisse d'un néoplasme, de variété tout à fait anormale. C'est peut-être même, malgré la logique qui me dicte le diagnostic de tuberculose, le fond de ma pensée. Vous voyez ainsi, et c'est le but de mon enseignement de le montrer, toutes les délicatesses de la pratique.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Enseignements hygiéniques fournis par la période des grandes chaleurs de l'été 1911.

De l'étude de nombreuses observations cliniques, M. le Dr M. de Fleury a tiré les conclusions suivantes qu'il a développées à l'Académie de médecine :

« On attribue généralement, dit-il, les accidents dits « de chaleur » à l'abus des boissons glacées et il est probable que cette cause joue un rôle important.

« Mais, d'autres causes entrent probablement en jeu :

« 1° La grande chaleur doit agir sur les aliments d'origine animale, en hâtant leur faisandage ;

« 2° Elle agit à la façon d'un surmenage sur les appareils glandulaires et diminue ainsi nos moyens de protection ;

« 3° Elle exalte, sans doute, la virulence des microbes pathogènes de l'intestin ;

« 4° La grande chaleur provoque une substitution presque totale de la transpiration à la miction ; or la sueur, très pauvre en matières extractives, très peu toxique, ne peut suppléer à l'insuffisance rénale. Il doit donc se produire, de ce fait, une intoxication par insuffisance d'élimination. »

Pour remédier à cet ensemble pathologique, M. de Fleury propose : 1° le régime supprimant tous les aliments d'origine animale : lait, œufs, poisson et viande ; 2° l'antisepsie gastro-intestinale au moyen des ferments lactiques ; 3° le relèvement de la pression sanguine dans l'artère rénale par la théobromine associée à de petites doses de caféine.

Diagnostic différentiel entre la pleurésie sèche et la névralgie intercostale.

Le journal « la *Pratique des agents physiques* » analyse un article de M. E. *Schepelmann* dans le *Berlin Klin. Wochens.*, juin 1911, sur le dia-

gnostic différentiel de la pleurésie sèche et de la névralgie intercostale.

« Ce diagnostic, dit-il, est basé sur la *réaction douloureuse* ou mieux sur le *degré de douleur éprouvée à la suite des inflexions latérales du tronc* chez les sujets atteints de *points de côté*.

« Dans les névralgies intercostales, la douleur augmente, quand on fait pencher latéralement le sujet sur le côté malade. Par contre, dans la pleurésie sèche, la douleur augmente, quand le thorax est incliné vers le côté sain.

« Il est facile d'expliquer ce fait. En effet, quand la partie supérieure du corps est fléchie latéralement, *la plèvre subit une tension du côté de la convexité*, tension qui réveille la douleur s'il y a pleurite à ce niveau. Au contraire, la plèvre se relâchant dans la position de concavité, il y a diminution de la douleur dans le cas de lésion pleurale du côté infléchi.

« On comprend également que les nerfs *intercostaux* situés sous le bord inférieur des côtes ne peuvent pas être influencés longitudinalement par les mouvements latéraux du thorax qui ne peuvent les étirer dans ce sens. Au contraire, ils peuvent être *comprimés* du côté de la concavité du fait du rapprochement des côtes et dans ce sens la douleur est augmentée. Du côté de la convexité, il y a élargissement des espaces intercostaux et distension des tissus périnerveux. Les nerfs malades se trouvent alors allégés et la douleur est moins vive.

« Dans la pleurodynie, le malade éprouve une douleur plus ou moins massive soit dans les muscles intercostaux, soit dans une partie ou la totalité des couches musculaires de la *poitrine*.

« On la rencontre dans certains cas de rhumatisme musculaire, dans la fluxion de poitrine. Il faut, dans ces cas, pour établir le diagnostic, bien constater l'impression vive de la douleur à chaque mouvement, quel qu'il soit, de la cage thoracique et même simplement après les mouvements des bras. La sensibilité des muscles à la pression, l'amélioration de la douleur après une contraction durable des muscles produite par l'électricité, la non-fixité du siège de la sensation douloureuse seront à noter. Ici donc, le signe de Schepelmann conserve toute son importance. »

Désinfection du linge des malades.

Depuis longtemps déjà, les hygiénistes ont insisté sur les dangers, que fait courir aux blanchisseuses et laveuses la négligence des familles, qui donnent, sans observer aucune précaution de désinfection, le linge de leurs malades à laver. Il est facile cependant d'éviter à ces malheureuses la tuberculose et la fièvre typhoïde qu'on leur distribue si criminellement.

On a proposé pour cela l'emploi de solutions de sulfate de cuivre ou de zinc dans lesquelles on trempe le linge ; mais ces sels peuvent altérer les fibres du linge. C'est pourquoi il convient de préférer les antiseptiques organiques.

« Le Dr Barillé recommande l'emploi d'une émulsion composée de :

Crésyline............	200 gr.
Savon vert..........	100 —
Cristaux de soude.....	500 —
Eau.................	20 litres

« Emulsionner la crésyline dans l'eau de savon ; ajouter ensuite le carbonate sodique dissous.

« Le linge à désinfecter est immergé pendant douze heures dans l'émulsion portée à 60° C. L'opération servant d'essangeage, il suffit ensuite de lessiver comme à l'ordinaire. » (*Paris médical.*)

Les essais bactériologiques de l'auteur lui ont montré que l'effet ainsi produit est absolument sûr ; aucun microbe pathogène ne résiste au traitement.

Résultats éloignés du traitement classique des luxations de l'épaule.

Entre autres erreurs léguées par le Dr Malgaigne à sa postérité chirurgicale, il en est une, grossière, qui ne saurait s'éterniser de nos jours sans constituer un sérieux danger pour la responsabilité des praticiens vis-à-vis des victimes du travail.

« Une luxation simple, dit Malgaigne, quand elle est récente, est généralement facile à réduire. Réduite, elle ne demande guère plus d'un mois pour la consolidation de l'articulation et le rétablissement des mouvements ».

C'est là une opinion commune et, même quand on admet qu'un traitement consécutif doit être fait, on croit à une efficacité définitive de ce traitement.

Or, des enquêtes précises, rendues fort intéressantes par les lois sur les accidents du travail, ont été faites sur ce sujet.

Récemment, M. le Dr Lenormant a résumé ces enquêtes, il les a interprétées et finalement il a insisté sur l'absolue nécessité de réformer complètement la pratique chirurgicale classique.

La meilleure méthode à mettre en œuvre est incontestablement celle que préconise depuis longtemps notre maître le Dr Just Championnière.

« L'immobilisation est la grande coupable des infirmités consécutives à la réduction des luxations de l'épaule, dit-il. Il faut y ajouter la brutalité des manœuvres de réduction puis de mobilisation.

« Le massage tel qu'il est admis généralement est une mauvaise pratique, et la mécanothérapie telle qu'elle est appliquée n'est pas meilleure.

« La mobilisation immédiate, bien dosée, avec le *massage anesthésiant, doux et progressif* sont les seules manœuvres utiles et profitables.

« Avant le massage, la réduction brutale est une des pires opérations. Selon moi, la réduction à la Kocher est parmi les plus mauvaises pratiques. Elle est propre à achever les destructions ligamenteuses, les arrachements osseux commencés par la luxation. Je ne connais

pas de méthode qui soit plus contraire aux intérêts de la réparation articulaire, et je suis toujours surpris qu'elle ait obtenu quelque crédit parmi les chirurgiens, qui suivent attentivement leurs blessés. Manifestement, elle ajoute aux lésions traumatiques, suites de l'accident.

Pour ma part, je ne comprends le traitement des luxations de l'épaule que de la façon suivante :

« Tentative de réduction de la luxation par une *méthode de douceur véritable* et non par la manœuvre de Kocher, qui est une des plus brutales que l'on puisse rêver, quand on connaît la constitution de l'articulation scapulo-humérale.

« Emploi de la méthode d'abduction par l'élévation lente du bras ou de la méthode du massage anesthésiant comme dans le procédé Dagron (voyez : *La réduction des luxations de l'épaule simplifiée par le massage*, par le Dr Dagron, *Journal de méd. et de chirurgie pratiques*, art. 23016, 10 octobre 1910).

« En cas d'échec de cette méthode de douceur, *aucune manœuvre brutale sans anesthésie*. Faire immédiatement, l'anesthésie générale, toujours pour amener une réduction *sans brutalité*.

Après réduction, le jour même, ou dès *le lendemain*, massage et mobilisation.

« La récidive de la luxation due à ces mouvements bien méthodiquement dirigés est une légende que personne n'a jamais vérifiée. Quand une réduction est bien faite, elle ne s'observe pas, sauf certaines complications graves. »

M. Championnière a toujours insisté sur la nécessité de n'appliquer à l'épaule que les mouvements utiles et de ne pas lui faire exécuter les mouvements d'exploration ou de réduction qui exposent à des violences nouvelles et à des fractures partielles de la tête humérale.

Il a souvent attiré l'attention des observateurs sur les désastres secondaires qu'on pouvait redouter chez les sujets auxquels on a appliqué cette méthode de Kocher qui, *dite méthode de douceur*, est une méthode d'une *extrême brutalité* puisque, pour réduire la luxation, elle doit prendre son point d'appui sur les ligaments dont l'attache passe pour être restée intacte.

Dans un grand nombre de cas, elle ne réussit qu'à ajouter aux désordres osseux, articulaires et nerveux.

« La thérapeutique vraiment conservatrice de l'intégrité de l'articulation et des muscles doit consister dans la réduction la *moins traumatisante possible*, l'application d'une *véritable méthode de douceur* sans anesthésie, ou l'anesthésie générale bien complète permettant une *réduction sans efforts*, sans lutte avec les muscles et les tendons, sans dégradation osseuse ou nerveuse nouvelle ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Désobstruction opératoire des artères embolisées. — Rétrécissement de l'œsophage. — Traitement du spina-bifida. — Arthrectomie dans les arthrites blennorrhagiques interminables. — Greffes ovariennes.

M. Lejars présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. Robert Proust relatif à un cas *d'embolie de l'artère fémorale traité par la désobstruction opératoire*.

La malade, cardiaque invétérée, atteinte d'un rétrécissement mitral, fut prise un soir de vives douleurs dans le membre inférieur droit qu'on trouva, le lendemain matin, cyanosé et refroidi jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. On put préciser, à trois travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, une localisation douloureuse sur le trajet de l'artère fémorale, qu'on sentait dure et sans battements à ce niveau et au-dessous. M. Proust intervint douze heures après le début des accidents et fit une artériotomie suivie d'extraction par morcellement d'un caillot long de 12 centim. La lumière du vaisseau fut ainsi rétablie et une atténuation de la cyanose du membre s'ensuivit quelques heures après. Mais, des accidents de thrombose, avec formation d'un nouveau caillot, ne tardèrent pas à apparaître, et la malade succomba le lendemain à la myocardite.

M. Lejars fait remarquer que, dans tous les faits de désobstruction d'une artère périphérique embolisée, le résultat final a été constamment mauvais, la thrombose s'étant reproduite. La légère amélioration, quelquefois notée après l'intervention, ne dure pas, et le traitement en question ne semble pas avoir de base suffisante pour qu'on puisse y recourir avec quelque confiance. Malgré que l'opération paraisse simple et logique, les résultats pratiques jusqu'ici obtenus laissent peu d'espoir de réaliser un jour la désobstruction artérielle utile et durable, qui lèverait l'obstacle mécanique de l'embolie et ne serait pas suivie d'une thrombose nouvelle.

— M. Sébileau montre, à la *Société de chirurgie*, un enfant de 3 ans atteint de *rétrécissement cicatriciel de l'œsophage*, traité par une gastrotomie temporaire et la dilatation œsophagienne sous le contrôle œsophagoscopique.

Le petit malade fut conduit à l'hôpital dans un tel état de déchéance (due à l'inanition) que M. Sébileau pratiqua d'abord une gastrostomie rapide comme moyen d'urgence visant l'alimentation de l'enfant. Puis, après amélioration de l'état général, il dilata le rétrécissement sous le contrôle de l'œsophagoscope et il se propose d'essayer la cure par électrolyse, dans l'espoir d'obtenir une action moins éphémère que celle de la simple dilatation. Le résultat déjà obtenu est satisfaisant : le petit malade se nourrit bien et il est gras et frais.

— M. Savariaud présente, à la *Société de chirurgie*, un rapport sur une communication de M. Douriez (d'Abbeville) intitulée : *cure de spina bifida chez un enfant de vingt jours.*

M. Douriez a opéré un enfant de vingt jours, dont le spina était recouvert à moitié de peau saine et s'est servi de cette peau pour remplacer le tissu de cicatrice qui adhérait par sa face profonde à la moelle et aux nerfs.

Ce cas, dit M. Savariaud, pose à nouveau devant la Société de chirurgie la question des indications et des contre-indications opératoires en matière de spina bifida.

En thèse générale, l'opération est passible de graves reproches ; la mortalité opératoire est élevée (choc, hémorrhagie, écoulement de liquide céphalo-rachidien et méningite consécutive) ; mais, ce qui tend surtout à la faire condamner par de nombreux auteurs, ce sont les suites éloignées, trop souvent lamentables (hydrocéphalie, idiotie, troubles paralytiques, troubles trophiques.)

Pour M. Savariaud, les indications et les contre-indications opératoires sont les suivantes : opérer d'urgence les spina bifida prêts à se rompre ou déjà rompus, chez des enfants bien constitués et paraissant vouloir vivre ; opérer à tête reposée ceux dont le volume ou la situation sont gênants, lorsqu'il n'existe ni paralysies ni troubles trophiques ; ne pas toucher aux sujets suspects d'hydrocéphalie, aux hydrocéphales confirmés ni à ceux qui ont des lésions médullaires graves, des difformités concomitantes ou qui sont simplement cachectiques.

M. Kirmisson distingue les résul ats immédiats et les résultats éloignés de l'opération. Les résultats immédiats sont souvent peu favorables. La cause en est dans l'irritation des méninges et l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. Quant aux résultats éloignés, M. Kirmisson a obtenu deux fois sur quatre une guérison complète. Il faudrait que les cas soient plus nombreux po r pouvoir donner des conclusions précises.

— M. Morestin rapporte à la *Société de chirurgie* deux observations *d'arthrectomie dans des arthrites blennorrhagiques interminables du genou.*

L'arthrectomie du genou, dit-il, peut être une opération utile, nécessaire même, dans quelques circonstances, fort rares à la vérité, pour mettre un terme à certaines arthrites blennorrhagiques particulièrement tenaces et douloureuses. Ces arthrites, soit que l'infection ait été extrêmement sévère, soit qu'elle ait rencontré un organisme ou un organe en état de moindre résistance, soit que le traitement ait été défectueux, ne veulent pas guérir et semblent se refuser à la terminaison par ankylose complète. Le sujet est un véritable infirme ; il est impotent et souffre à chaque tentative de mobilisation. Dans ces conditions, l'opération, qui peut supprimer les masses fibreuses péri-articulaires, les débris de la synoviale, et procure avec certitude une rapide ankylose, constitue une ressource précieuse, l'ankylose étant désormais ce qui semble de meilleur pour le malade.

— M. Tuffier communique à la *Société de chirurgie* une étude sur les *greffes ovariennes.*

Depuis cinq ans, l'auteur a pratiqué 130 greffes d'ovaires, par auto-greffe ou hétéro-greffe. L'auto greffe a consisté à insérer dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale un ou deux ovaires enlevés chez la malade au cours d'une ablation des annexes. L'hétéro-greffe est la greffe d'un ovaire d'une femme à une autre femme, la transplantation étant faite aussitôt que possible après la prise du greffon. Il faut tenir compte dans ce dernier cas de la valeur du greffon, du prête-greffe et du porte greffon. Le prête-greffe doit avant tout ne présenter aucune tare organique susceptible de rendre l'ovaire nuisible au porte-greffe.

L'ovaire greffé peut être éliminé (3 cas), mais il est ordinairement toléré. Lorsque l'ovaire est toléré, la glande reste souvent à l'état indifférent et elle s'atrophie, se résorbe. Dans 27 cas, M. Tuffier a vu l'ovaire persister et, de deux à cinq mois après l'opération, offrir des phénomènes de congestion périodique mensuelle.

Les troubles généraux après castration et greffes ont varié suivant que l'utérus avait été ou non conservé. Lorsqu'il y avait eu hystérectomie totale, les accidents de ménopause anticipée (bouffées de chaleur, transpirations, malaises), ont eu lieu avec la même intensité ou à peu près. Lorsqu'il y avait eu conservation de l'utérus, on a noté les faits suivants. Après une période variant de deux à cinq mois, pendant lesquels tous les troubles de la ménopause anticipée ont sévi, l'auto-greffe devint le siège de phénomènes congestifs ; puis, quelques jours après, les malades eurent leurs règles et tous les accidents disparurent.

Au point de vue thérapeutique, les greffes ovariennes n'ont que de très rares indications, car si elles ne sont pas accompagnées de menstruation, elles laissent les malades en proie aux accidents aigus de la ménopause anticipée. La question de l'auto-greffe offre donc surtout un intérêt de physiologie pathologique.

— *A la Société des chirurgiens de Paris,* M. Thévenard rapporte *trois observations de lithiase biliaire.* Dans un premier cas, la vésicule s'ouvrit, sans grands phénomènes réactionnels, dans la gaine du grand droit, d'où éventration pour laquelle il intervint : le trajet de la perforation le mena dans la vésicule, renfermant 114 calculs. Dans un second cas, la perforation de la vésicule amena un abcès sous-phrénique antéro-inférieur ; à l'intervention on trouva une large perforation du cholédoque par un calcul : pas de fistule biliaire persistante, ni d'atrésie consécutive du cholédoque. Enfin, il présente une énorme vésicule bourrée de calculs enlevée par cholécystectomie sous-séreuse ; il y avait dans ce cas coexistence d'appendicite.

M. Noguès présente des *bougies en gomme conduites* et dont l'armature ne risque pas de se

séparer : elles sont précieuses dans la cure de certains rétrécissements, dans lesquels la dilatation lente est préférable à l'uréthrotomie interne.

M. Paul Delbet, au sujet du *traitement sanglant des fractures,* insiste sur la difficulté qu'on éprouve, après ouverture, à lever les obstacles s'opposant à la réduction et à obtenir une réduction anatomique parfaite.

M. Delaunay présente un *fibrome développé dans le ligament large* du poids de 8 kgr. 500, enlevé par hystérectomie abdominale totale. Ce fibrome, qui étalait et attirait en haut la vessie, était fortement œdémateux et de ce fait donnait une sensation de fluctuation véritable.

M. Dartigues pense que dans ces cas le diagnostic d'une tumeur du ligament large avec un kyste de l'ovaire peut être fait par le cathétérisme vésical montrant la vessie attirée en haut et dont les dimensions sont fortement augmentées.

M. Thévenard présente en son nom et au nom de M. Bruneau de Laborie un cas de tuberculose ganglionnaire très étendue (axillaire, sus et sous-claviculaire) avec vaste ulcération, traitée et guérie en 10 séances de rayons X. Ils établissent un parallèle entre ce traitement et les applications de radium qui n'est nullement au désavantage des rayons de Rœntgen.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement des adénopathies trachéo-bronchiques.

Quelle que soit la cause provocatrice de l'adénopathie, le traitement ne varie pas beaucoup. En effet selon la remarque du Dr G. Lyon, toute adénopathie doit être suspecte *a priori* et être traitée comme si elle était une manifestation de la tuberculose.

I. Traitement médicamenteux.

A. *Traitement général.*

Le traitement général comprend l'usage de l'iode et de l'arsenic.

L'iode sera ordonné sous forme de :

Teinture fraîche, III à V gouttes suivant l'âge,

Sirop iodo-tannique ou sirop de raifort iodé, 1 à 2 cuillerées à café par jour chez les nourrissons, 2 à 4 cuillerées à dessert chez les enfants de 3 à 10 ans.

Sirop d'iodure de fer (à condition qu'il n'y ait pas en même temps de tuberculose pulmonaire), mêmes doses que pour le sirop iodo-tannique.

L'arsenic sera recommandé sous forme de :

Liqueur de Fowler à la dose de IV à X gouttes suivant l'âge ;

Arséniate de soude, 1 à 4 milligrammes en solution.

Granules de Dioscoride, un à six par jour ;

Liqueur de Boudin, un à trois grammes par jour à partir de trois ans.

Cacodylate de soude en injections hypodermiques d'un centigramme par année d'âge à partir de deux ans, jusqu'à cinq centigrammes par jour.

L'arrhénal peut également être ordonné, soit par la bouche soit en injections sous-cutanées, et aux mêmes doses que le cacodylate.

Quelle que soit la préparation utilisée, il ne faut pas oublier que le traitement arsenical doit être intermittent. Ainsi on pourra formuler huit jours de traitement, dix jours de repos et reprendre ensuite.

On peut enfin prescrire l'iodure d'arsenic ;

Iodure d'arsenic..........	0 gr. 20
Eau distillée..............	20 gr.

III gouttes deux fois par jour pour un enfant de 3 ans. Augmenter de I goutte suivant l'âge jusqu'à X ou XV gouttes.

Pour l'hiver, l'*huile de foie de morue* reste toujours le traitement de choix. On l'ordonnera d'abord par cuillerées à café pour arriver peu à peu à quatre cuillerées à soupe par jour. En cas d'intolérance, on associera la pancréatine.

Tous ces traitements sont longs à agir ; il est bon d'ailleurs de les alterner.

B. *Traitement local.*

Révulsion à l'aide de badigeonnages de teinture d'iode, de coton iodé, de cataplasmes sinapisés ;

Pointes de feu ;

Emplâtres de ciguë ;

Petits vésicatoires ;

Frictions à la pommade iodo-iodurée.

Traitement symptomatique.

Le traitement symptomatique est dirigé contre les quintes de toux, la dyspnée, etc. Pour combattre la toux, on s'adressera soit à la belladone, soit à l'aconit, au grindelia, à la codéine, au drosera ou au narcyl. Ainsi on pourra formuler :

Teinture de belladone.......	ãã 10 gr.
Teinture de racine d'aconit...	ãã 10 gr.

De V à VI gouttes deux ou trois fois par jour suivant l'âge.

ou :

Teinture de belladone.......	XXX gouttes
Sirop de codéine...........	10 gr.
Sirop de fleurs d'oranger....	40 gr.
Eau distillée...............	50 gr.

Une cuillerée à dessert toutes les 2 heures. A prendre en 2 jours pour un enfant de cinq à six ans.

ou :

Teinture de grindelia robusta.	2 gr. 50
Alcoolature de racines d'aconit....................	1 gr. 25
Sirop de belladone.........	50 gr.
Sirop de tolu.............	100 gr.

1 à 4 cuillerées à café par jour suivant l'âge.

ou :

Teinture de drosera........	15 gr.
Teinture de lobelia.........	10 gr.
Sirop de codéine...........	60 gr.
Hydrolat de camomille. Q. S.	
pour.....................	150 gr.

1 à 4 cuillerées à café par jour suivant l'âge.

ou :

Narcyl .... 0 gr. 01	à 0 gr. 05
Sirop de tolu..............	60 gr.

à prendre dans la journée.

Le Dr G. Lemoine recommande le soufre lavé, à la dose quotidienne de 0.05, à 0,10 centigrammes par année d'âge.

Pour lutter contre la dyspnée, on prescrira au moment des accès le repos absolu, les inhalations d'éther, d'oxygène, d'iodure d'éthyle, l'application de ventouses sèches ou de sinapismes sur le thorax.

Contre le spasme glottique, le tubage ou la trachéotomie d'urgence peuvent s'imposer dans certains cas.

Enfin, pour diminuer les phénomènes de compression, on pourra s'adresser à la radiothérapie.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE.

Aussi important que le traitement médicamenteux. Une alimentation riche, de digestion aisée, la vie au grand air, ou mieux le séjour prolongé au bord de la mer, formeront les bases du traitement hygiénique. Il est bon également de prescrire chaque année une saison aux stations arsenicales ou sulfureuses (Bourboule, Cauterets, Eaux-Bonnes, Mont-Dore, Challes, Saint-Honoré, etc.)

Pour les malades qui ne peuvent se déplacer on instituera la cure à domicile et si l'évolution de la maladie est torpide, on ordonnera des bains salés chauds avec 3 à 5 kilog. de sel marin, ou 3 à 5 litres d'eaux mères de Salies-de-Béarn, Salins, etc.

Dr G. SIGURET.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

LES VERRES DE LUNETTES.

(*Suite*)

II. — Hypermétropie.

Contrairement à l'œil myope, l'*hypermétrope* est représenté schématiquement par une sphère O" aplatie dans le sens du faisceau lumineux. Ce faisceau *r* a son foyer toujours en R, soit en arrière de la nouvelle rétine R" (figure 3).

Théoriquement, au repos, il ne voit ni à l'infini, ni de près. Pratiquement, l'accommodation intervient pour ramener le point R" au point R et l'œil hypermétrope voit au loin si la puissance d'accommodation est supérieure à son hypermétropie.

Pour voir de près, il mettra en jeu ce qui lui reste d'accommodation, absolument comme si, au lieu d'être hypermétrope, il avait perdu avec l'âge une partie de cette accommodation et il ne pourra lire qu'à une certaine distance comme les presbytes. Il faudra donc, pour corriger son amétropie suppléer à son déficit de réfraction par un verre convexe qui ramène en R" le foyer R des rayons venus de l'infini et qui, permettant de voir au loin sans accommoder, lui laisse toute son amplitude d'accommodation pour la vision de près.

L'hypermétropie sera donc corrigée par un verre convexe. Et il est facile de voir que, contrairement à ce qui se passe pour la myopie, un verre moins fort peut paraître correcteur parce que l'accommodation intervient, mais qu'un verre plus fort, en ramenant le point R en deçà de R" donnerait un excès de correction et troublerait la vue au lieu de l'améliorer.

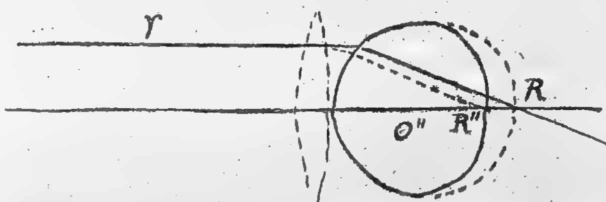


FIG. 3

Pratiquement : Placer l'hypermétrope à 5 m. de l'échelle optométrique, noter l'acuité visuelle sans verre. Puis présenter devant l'œil un verre sphérique convexe de + 0,50 D (le signe + indiquant les verres convexes), *le fait seul que la vision*, sans être améliorée, *n'est pas troublée, indique l'hypermétropie.* Passer aux verres + 1.50 D, + 2 D, etc. *jusqu'à celui qui trouble la vision.* Celui-là est trop fort, le *verre immédiatement inférieur à* + 0,50 *D près est le bon. C'est* le verre qui mesure et corrige l'hypermétropie.

Contrairement à ce qui se passe pour la myopie, un seul verre est correcteur pour toutes les distances en transformant l'hypermétrope au repos en emmétrope et en lui laissant pour la vue de près la libre disposition de son accommodation.

Les mêmes remarques sur la nature et la quotité de la correction sont applicables à l'hypermétropie et à la myopie. Mais dans l'hypermétropie, il existe souvent après correction une amblyopie due en même temps qu'à l'astigmatisme, à un strabisme ancien d'origine hypermétropique, qui a exclu l'œil dévié de la vision par défaut d'usage, et que les verres ne sauraient modifier.

Dans les hypermétropies faibles, chez les jeunes sujets qui ont encore une assez grande amplitude d'accommodation, le port des verres ne sera utile que pour la vue de près et fera disparaître

l'asthénopie accommodatrice si fatigante et souvent compliquée de blépharo-conjonctivite.

Cependant chez les enfants atteints de strabisme d'origine hypermétropique (strabisme convergent provenant d'un spasme de la convergence qui est synergique de l'accommodation), le port des verres correcteurs sera permanent pendant des années, car il aura pour but d'amener par le repos de l'accommodation la cessation du spasme de la convergence et la disparition du strabisme.

Dans les hypermétropies fortes et avec une amplitude d'accommodation diminuée, les verres seront indispensables pour la vision de loin. Pour la vision de près, il faudra leur adjoindre les verres correcteurs de la presbytie.

Le rôle spontané de l'accommodation dans l'état hypermétropique crée ce qu'on appelle une hypermétropie *latente*, ne laissant paraître qu'une hypermétropie *manifeste*, la somme des deux formant l'hypermétropie *totale*.

Il est naturel de constater l'hypermétropie latente chez les enfants, à l'âge où l'accommodation est intacte, et il est nécessaire pour un bon résultat, surtout dans le cas de strabisme, de connaître l'hypermétropie totale. Plusieurs examens successifs permettront de reconnaître par la variation des résultats l'hypermétropie latente, et le plus souvent l'instillation d'atropine seule la rendra complètement manifeste.

L'hypermétropie latente diminue avec l'âge et devient nulle bien avant le moment où l'accommodation a complètement disparu.

Il faudra donc le plus souvent soumettre l'hypermétrope à plusieurs examens successifs, avant de faire la mesure exacte de son amétropie.

MÉDECINE SOCIALE

Contribution à l'étude pathogénique du nystagmus des houilleurs, (1)

par le docteur RUTTEN,

Médecin en chef de l'Institut ophtalmologique de Liége, Oculiste agréé des Chemins de fer de l'Etat Belge.

Pour expliquer la genèse de cette maladie professionnelle, deux théories sont en présence, l'une émise par ROMIÉE, qui invoque l'influence de la lumière, l'autre, celle du docteur DRANSART, qui lui attribue une origine myopathique.

Avant de les discuter, il convient de signaler les points sur lesquels on a pu se mettre d'accord.

D'abord, quant à la cause efficiente du nystagmus, tout le monde admet actuellement que cette maladie oculaire, propre aux mineurs, provient de la fatigue de l'œil occasionnée par le travail dans la fosse. Commençant par les muscles, cette fatigue s'étend ensuite à l'appareil nerveux. C'est donc un surmenage neuro-musculaire qui produit les mouvements oscillatoires et rotatoires des globes oculaires, mouvements involontaires et inimitables, mais rythmiques. C'est par là que le nystagmus se distingue de la chorée. Comme je l'ai démontré dans ma brochure sur *Le Nystagmus*, il se rencontre, en plus du tremblement des yeux : le blépharospasme nystagmique, les tremblements de la tête, du cou et du corps, auxquels s'ajoutent à la fin des troubles secondaires de la vision : tels l'amblyopie et l'héméralopie nystagmiques et le rétrécissement du champ visuel. Ce sont là, à vrai dire, des symptômes du nystagmus, et non des complications, des accidents propres, et non de la névrose surajoutée, comme on l'a prétendu.

Le trouble nerveux atteint toute la musculature de l'œil, aussi bien les obliques que les autres muscles. Il est également hors de doute que la cause incontestée de la fatigue réside dans les conditions spéciales du travail du houilleur ; c'est-à-dire dans l'attitude courbée que celui-ci, seul, doit garder au fond de la mine, particulièrement dans notre pays, à cause du peu de hauteur des galeries et des chantiers. C'est la thèse que j'ai toujours soutenue et que MM. les députés Troclet et Hector Denis ont défendue à la Chambre des représentants.

« Les galeries, écrit le docteur Stassen, aux environs immédiats du puits d'extraction, sont ordinairement assez hautes (1 m. 80 à 2 mètres de hauteur) ; le houilleur peut donc y marcher debout ; mais au fur et à mesure que l'on s'éloigne, l'ouverture des galeries se rétrécit de plus en plus : leur hauteur atteint 1 mètre et même moins, et dans ces conditions le houilleur est obligé de prendre une position spéciale ; il fléchit les genoux, penche le corps en avant tandis que la tête est inclinée et rejetée en arrière, le regard ordinairement dirigé vers le haut et de côté.

Certains ouvriers, pour arriver au chantier où ils abattent le charbon, doivent ainsi parcourir des chemins variant de 100 à 1.000 mètres et plus. Dans la veine, le houilleur prendra la position que lui permettra la puissance de la couche de charbon. Si la couche a plusieurs mètres de hauteur, comme c'est le cas en Allemagne, l'ouvrier pourra abattre le charbon dans la position debout. Mais, dans notre pays, il n'en va pas de même ; la moyenne des couches est de 70 centimètres, on exploite même des couches n'ayant que 30 centimètres d'épaisseur. Dans de tels chantiers, le houilleur doit travailler accroupi. Si la couche est assez haute, il est couché soit sur le côté, soit sur le ventre et même sur le dos dans les couches peu élevées. En tous

(1) Qu'il nous soit permis de remercier M. le Dr Rutten, qui a bien voulu nous autoriser de publier ici cet intéressant travail et l'a même modifié sur certains points à notre intention. Pour des raisons qui pour nous restent mystérieuses, ce mémoire, présenté à une Société savante, n'a pas reçu toute la publicité qu'il méritait à nos yeux. J. N.

cas, et surtout dans les petites couches, *il doit exécuter constamment des mouvements de la tête, tantôt l'inclinant sur le côté, tantôt la rejetant en arrière, ou bien il doit combiner ensemble ces deux mouvements* ; tout cela est réglé d'après l'allure de la veine et la difficulté du travail. Etudiés physiologiquement, continue le docteur Stassen, tous ces mouvements de la tête ont pour effet d'amener des changements continuels dans l'équilibre des liquides labyrinthiques. D'un autre côté, les yeux participent aussi tout naturellement à ce mouvement constant de va-et-vient et l'appareil moteur des globes oculaires de l'ouvrier abatteur est soumis à une rude épreuve. »

On voit déjà l'importance qu'attache aux mouvements de l'œil notre confrère Stassen, dont la compétence ressort de ce fait qu'il a été chargé par le gouvernement, de concert avec le docteur Roger, de procéder à une enquête officielle sur le nystagmus professionnel. Ce dernier, lui-même médecin des charbonnages de Bois-du-Luc, déclarait tout récemment à la dernière séance de la Société des accidents du travail, que, d'après lui, le nystagmus réside beaucoup plus dans la position vicieuse imposée au mineur que dans l'éclairage plus ou moins défectueux des lampes de Davy. D'ailleurs si l'obscurité constituait le facteur essentiel de la maladie, tous les ouvriers, non seulement des charbonnages, mais des autres industries souterraines en seraient également atteints. L'éclairage se fait à la chandelle, dont l'insuffisance est patente, dans les mines métalliques, dans les extractions de terres plastiques, de phosphate et de sable. Notez que les charbonnages, possédant des galeries et des chantiers à plafond très élevé, ignorent à peu près complètement le nystagmus. Si l'obscurité intervenait seule, sûrement les ouvriers occupés à la confection des produits photographiques en souffriraient au moins autant que les houilleurs. Ce n'est nullement le cas. Ensuite, comme je l'ai fait observer déjà, il est acquis que les chevaux, qui ne sortent de la mine qu'après un service de dix et quinze ans, ne sont jamais atteints de ce trouble oculaire, alors qu'ils devraient l'être si l'obscurité en était l'unique cause.

Une dernière preuve, d'ordre également négatif, nous est fournie par cette remarque, confirmée un peu partout, que les nystagmiques graves guérissent parfaitement dans le fond de la mine, quand on les fait travailler tout près du puits d'extraction, le seul endroit de la mine où le houilleur puisse conserver l'attitude verticale. Observez enfin que le charbonnage est la seule mine où l'ouvrier est obligé de prendre une position autre que celle-ci et la seule aussi où il ait à souffrir du nystagmus. Partout ailleurs, il travaille *debout* et peut se tenir droit dans les galeries et les chantiers. L'ouverture en est suffisamment grande pour rendre inutile le boutage par bacs.

La preuve est donc faite qu'on ne devient nystagmique que si l'on est continuellement et longtemps dans une attitude qui s'éloigne de la station verticale. D'où l'on doit conclure qu'il faut chercher la cause du mal dans la rupture de l'équilibre du corps. Longtemps maintenue, cette attitude anormale amène le surmenage neuro-musculaire oculaire et le désarroi des muscles moteurs de l'œil qui constitue le nystagmus. Ni la fatigue accommodative ni la fatigue rétinienne, fût-elle poussée jusqu'à l'héméralopie, ne sont en état de provoquer des troubles de cette espèce. Comment le feraient-elles ? Ce n'est pas en invoquant la vision binoculaire ni une lutte entre deux champs visuels, ni des orages d'innervations inconscientes que l'on finirait par établir cette filiation. Mais quel est, dans ce déséquilibrement du corps, l'agent essentiel du nystagmus ?

Voici ce que le professeur Nued écrit à ce sujet :

« La presque généralité des auteurs, et nous sommes de ce nombre, admettent avec Dransart que ce second facteur producteur du nystagmus, c'est l'élévation du regard dans la tête. Or, le regard relevé est anormal et *fatigant* ; il en résulte un surmenage neuro-musculaire des muscles élévateurs du regard et cette fatigue tend à désorienter le jeu des muscles. L'élévation *volontaire* du regard et la *fatigue* qui en résulte constitueraient d'après cela des éléments pathogéniques actifs du nystagmus. »

Il ne m'est pas possible de partager cette opinion. Ici la lutte antagonistique entre tous les muscles de l'œil fait défaut. A la contraction forcée du regard en haut volontaire correspond toujours un relâchement musculaire du côté opposé. La fatigue est ici limitée. L'assimilation du trouble nystagmique à la crampe des écrivains, par laquelle conclut notre éminent confrère, ne paraîtra guère légitime, si l'on considère que la dysgraphie n'atteint guère que des sujets névropathiques, que l'accès du nystagmus est *inconscient*, et que les sclauneurs, les traîneurs et les hiercheurs, lesquels regardent plutôt en bas, n'en sont nullement indemnes. L'abatteur lui-même ne regarde que rarement en haut. Quel est donc ce facteur inconnu ? Je n'étais pas loin de la vérité lorsque j'écrivais dans ma brochure sur le *Nystagmus* :

« Chez les traîneurs des berlines, l'affection professionnelle est fréquente et force souvent le jeune mineur d'abandonner le travail du fond. Ici encore, ajoutais je, *l'élévation prolongée du regard afin de compenser la position penchée, est le facteur pathogénique du nystagmus.* »

En même temps, j'écrivais à Hector Denis :

« C'est dans le mouvement de boussole de l'œil provoqué par la position inclinée du corps, qu'on doit chercher la cause pathogénique principale du nystagmus. Quand la direction principale du corps s'écarte de l'ordinaire dans de certaines limites, il se produit alors un acte *réflexe inconscient* dont la valeur pathogénique a été jusqu'ici méconnue : le mouvement compensateur de l'œil qui se traduit par une rotation des yeux en sens contraire de l'inclinaison du corps et de la tête, ce que les Allemands dési-

gnent sous le nom de « Gegenrollung ». Ce réflexe est de nature labyrinthienne.

On entend par Gegenrollung, écrit Buys dans son travail intitulé : *Comment on interroge actuellement l'appareil vestibulaire de l'oreille*, et publié dans le *Bulletin des accidents du travail*, n° 9, 15 mars 1910, « les variations de situation qu'affecte le globe oculaire par rapport à l'orbite lorsque la tête se trouve dans une position qui s'écarte de la position droite normale. En d'autres termes, lorsque la tête est inclinée d'une manière quelconque, l'œil prend dans l'orbite une position différente de celle qu'il avait lorsque la tête était droite. Cette position est fixe et constante pour une même position de la tête. Elle se mesure à l'aide d'un appareil optique (1) dont l'usage mériterait d'être universellement répandu. Ce procédé d'exploration offre, en effet, une importance toute spéciale chez les accidentés qui souffrent du vertige, car la Gegenrollung des vertigineux vrais affecte des particularités caractéristiques qu'il est impossible de simuler ».

Qu'il faille chercher dans cette viciation de la motricité oculaire la raison du nystagmus, nous en trouvons la preuve dans cette circonstance que, contrairement à l'opinion générale, on peut, sans éloigner le malade de la fosse, obtenir sa guérison en le faisant travailler *debout* dans la mine même où il a contracté son mal.

Dès que j'ai eu connaissance de ce fait, force m'a été d'abandonner la théorie de mon ami Dransart. Le nystagmus ne pourrait plus s'expliquer par l'acte volontaire de l'élévation prolongée du regard. J'acquis en plus la certitude que le houilleur n'abuse que rarement de cette direction de l'œil. Les plafonneurs et les peintres sont astreints comme lui à cette élévation des yeux et à la fatigue qu'elle cause, et néanmoins ils ne deviennent jamais nystagmiques. Je ne sache pas non plus que la danse des yeux ait été signalée chez les artistes du moyen âge, qui passaient leur vie à décorer de leurs fresques et de leur sculptures les voûtes des basiliques. On sait au surplus que l'accès nystagmique, une fois déclanché, échappe totalement à la volonté, qui non plus ne parvient à le provoquer. De la qualité réflexe de l'acte ne doit-on pas déduire que la cause réside dans un phénomène du même ordre, lequel ne peut être que la Gegenrollung ? Quant au mécanisme de cette dernière, voici à mon avis comment il faut le comprendre :

La position courbée pousse l'œil en haut et aussi sur le côté, si la tête est en rotation sur le cou. Les conditions du travail, qui obligent le houilleur à regarder en bas et sur le côté, dévient l'œil du côté opposé dans le sens vertical. Une rotation des globes se produit en plus autour de l'axe. Il se manifeste là un antagonisme, ou tout au moins une dissociation d'action non seulement entre les quatre muscles droits, mais aussi entre les obliques, dissociation que contrarient par surcroît les connexions tendineuses et les adhérences aponévrotiques unissant entre eux les muscles oculaires.

Les houilleurs, qui le tronc courbé, remueront le plus souvent la tête, subiront le plus activement les effets de cet antagonisme inconscient, et l'on se demande comment le dérèglement oculaire ne s'établit pas plus promptement chez eux. On conçoit aussi que le degré de nystagmus varie avec la catégorie d'ouvriers. Rappelez-vous la description si précise du travail de l'abatteur faite par le Dr Stassen et vous vous expliquerez facilement pourquoi le mal est chez lui plus intense et plus fréquent. A cause de sa position accroupie, l'œil roulera davantage. Si l'abatteur est couché sur le côté ou s'il tourne seulement la tête, la rotation de l'œil se fera vers ce côté.

Quoiqu'on ait dit que les ingénieurs confondaient la ligne topographique avec la ligne horizontale physiologique, il n'y a point de doute que l'abatteur ne travaille presque continuellement avec le regard en bas et sur le côté. Qu'en résulte-t-il ? A cause de la position inclinée, la Gegenrollung commencera par diriger l'œil en haut et vers le côté dévié, qui sera l'opposé du regard normalement adopté. Cette lutte antiphysiologique entre l'innervation musculaire labyrinthienne et la volontaire, exigée par la fixation du regard, soit pour la marche, soit pour le travail dans les galeries basses n'ira pas sans une fatigue extrême, sans un énervement des plus préjudiciable à la motricité de l'œil. Le nystagmus n'est donc, en somme, qu'une névrose motrice, qu'un tremblement oculaire, semblable aux autres tremblements nystagmiques. Le relâchement musculaire antagoniste de l'œil est ici remplacé par une contraction.

Conclusions : 1° La théorie que je viens d'exposer, celle de la Gegenrollung, paraît être la seule qui réponde à toutes les objections ;

2° Mieux et plus que l'élévation prolongée volontaire, où ne sont intéressés que les élévateurs et le muscle oblique inférieur, elle invoque la participation antagonistique de tous les muscles moteurs de l'œil ;

3° L'acte du nystagmus étant un acte inconscient, une cause inconsciente peut seule l'occasionner. Or, la Gegenrollung est d'origine inconsciente et nerveuse ;

4° Le remède que le nystagmique oppose inconsciemment, instinctivement à son trouble oculaire, confirme ma théorie. En effet, pour éviter la Gegenrollung, Barany m'écrit que le renversement de la tête en arrière suspend complètement la Rollbewegung, mouvements de l'œil. Les craquements de la colonne vertébrale, le renversement de la tête en arrière chez le mineur, attitude caractéristique qui n'a échappé à l'observation de personne, trouvent ainsi dans ma théorie une explication toute naturelle. L'attitude renversée en arrière n'est pas une attitude compensatrice de la parésie. La demi-ptose ne l'est pas non plus ;

5° L'oculiste anglais Kiliam nous apprend qu'on évite le nystagmus chez le houilleur en le

(1) De Barany, de Vienne.

faisant travailler sur tabouret. Assis, le houilleur ne se penche pas, il ne fait pas de la Gegenrollung ;

6° Des arguments indirects viennent en outre à l'appui de ma thèse. Les chevaux, par exemple, ne sont pas nystagmiques parce qu'ils ne font pas de la Gegenrollung ; tandis qu'un homme qu'on gardera enfermé dans une cage très basse, comme celle des prisonniers qu'on exhibe aux visiteurs dans le Palais des Doges, deviendrait très vraisemblablement nystagmique, s'il était contraint d'exécuter continuellement, à la lumière du jour, le simulacre du travail de l'abatteur ;

7° Les déplacements apportés à la position de l'œil dans les diverses positions de la tête et du corps sont assez compliqués. J'ai déjà dit que l'inclinaison de la tête en avant provoquait la forme de Gegenrollung qu'on pourrait appeler directe et que le renversement de la tête arrêtait les mouvements nystagmiques, mais si la tête, portée d'abord en arrière, est ramenée en avant, la rotation cesse pour faire place à un simple relèvement de la paupière ; tandis que si l'on penche le corps en avant en gardant la tête renversée, il ne se produit qu'un abaissement du voile palpébral (Barany).

Nonobstant cette curieuse complication, je me crois autorisé à tirer du tracé sphygmographique du nystagmus professionnel une conclusion favorable à ma théorie de la Gerenrollung. De tous les nystagmus oculaires (je laisse de côté le nystagmus labyrinthique), le nystagmus acquis professionnel se distingue *seul* par son tracé *nettement* pendulaire. Les autres nystagmus sont à ressort ; ce caractère seul exclut l'intervention du cerveau. Si les partisans de l'élévation volontaire étaient dans le vrai, le tracé nystagmique serait alors à ressort, comme celui des autres nystagmus oculaires, par exemple dans le nystagmus dû au leucome adhérent, à la cataracte congénitale, à l'hypermétropie excessive, à l'atrophie du faisceau maculaire, à l'héméralopie et à la microphtalmie. La fatigue, en d'autres mots, comme je l'ai prouvé, serait restée musculaire, mais ne serait jamais devenue nerveuse. Nous en avons la preuve dans le tracé du nystagmus professionnel. Si vous n'aviez, m'écrit Baramy, que la forme, le caractère pendulaire du tracé, ce symptôme seul serait suffisant pour prouver l'origine cérébrale et non labyrinthique du nystagmus des houilleurs. Et, en effet, tous les nystagmus, y compris ceux de la sclérose en plaques et de l'ataxie héréditaire de Friedrich, sont des nystagmus à ressort. Le regard volontaire de l'homme prime les réflexes auriculaires et oculaires, mais pas le nystagmus des houilleurs.

C'est une nouvelle preuve que le nystagmus des mines de charbon est le seul vrai.

8° Une dernière confirmation de ma thèse peut être cherchée dans la façon de provoquer l'accès nystagmique. Les docteurs Dransart et Romié admettent tous deux que si, dans les cas latents, les oscillations oculaires ne se manifestent pas ou difficilement par le regard en haut, le nystagmique n'a qu'à faire le simulacre du travail ou simplement se baisser et se relever plusieurs fois de suite pour que le clonisme apparaisse. Nieden a donné l'appui de son autorité à cette expérience et tout récemment encore, dit Dransart, S.-C. Reid écrivait qu'un changement dans l'équilibre du corps, à la lumière du jour rend apparent un nystagmus latent. J'ai présenté pour ma part à la Société des accidents du travail à Bruxelles le 23 mars 1910, un nystagmus professionnel grave chez lequel tout déplacement rompant l'équilibre normal, même la plus insignifiante inclinaison de tête, provoquait l'accident nystagmique.

Un belge, le professeur Noël, de Louvain, avait le premier signalé ce fait dans les *Annales oculistiques*, de 1874, p. 241 ;

9° Le même aspect pendulaire exclut le nystagmus professionnel des houilleurs de la catégorie de nystagmus à origine labyrinthique. L'absence des symptômes irradiés du bulbe — le labyrinthe semble en être le vestibule, tellement les symptômes de vertiges et de nystagmus se confondent — le faisait déjà soupçonner. Mais j'ai essayé personnellement l'épreuve de la rotation, l'épreuve pneumatique au moyen du raréfacteur de Delstanche et me suis assuré que le nystagmus ainsi produit, s'il se manifestait, n'était jamais *net* ; il ne survient d'ailleurs, dans ce dernier cas, que quand il existe une lésion labyrinthique. J'ai également tenté l'épreuve thermique à l'eau froide et à l'eau chaude chez mon nystagmique très sensible au moindre trouble de l'équilibre. Cette dernière épreuve m'intéressait parce que j'ai attiré le premier l'attention sur un trouble de l'endolymphe comme cause inédite de mort par submersion (le vertige auriculaire dans le bain, *Presse médicale belge,* 1892). Le résultat de l'expérience est demeuré négatif.

A. Le nystagmus des houilleurs constitue une entité morbide tout à fait distincte de toutes les autres. Pendant l'accès nystagmique la vue est troublée seule chez les mineurs à cause de l'oscillation des objets vus. L'acuité visuelle est réduite ici, elle ne l'est pas dans les nystagmus d'origine auriculaire ou oculaire. D'après Alt les oscillations du nystagmus oculaire se produiraient uniquement dans l'intérêt de la vision.

B. La caractéristique du nystagmus des mines de charbon est la mise en train par l'élévation du regard volontaire ou inconsciente par Gegenrollung. Dans aucune des autres variétés de nystagmus on ne rencontre ce symptôme pathognomonique.

L'origine labyrinthique du nystagmus professionnel, quoique intervenant au début, doit donc être écartée.

Parlerons-nous de l'héméralopie ? Le changement brusque : le heurt de la rétine à la sortie et à la remonte, a-t-on dit, provoque le nystagmus chez le houilleur. Tous les mineurs sont dans le même cas. Ils ne sont pas nystagmiques, mais ils peuvent devenir héméralopes à cause des changements trop brusques et trop répétés des cônes rétiniens par les bâtonnets. C'est dans les cinémas que les auteurs de cette théorie de-

vront exécuter leurs recherches. Dans ces spectacles, certainement nuisibles à la vue, il y a changement de vision des centaines de fois par jour. Ils y rencontreront des héméralopies et même des décollements parmi les employés et les admirateurs trop zélés de ces divertissements ;

10° Puis-je invoquer enfin l'opinion affirmative d'un des promoteurs d'une des théories que j'ai essayé de combattre ? Voici ce que, tout récemment, m'écrivait mon confrère et ami Dransard, de Somain :

« La Gegenrollung oculaire, correctrice des positions diversement inclinées et fatigantes prises par le mineur forcément dans son travail, surtout dans les veines peu élevées, *est certainement la grande cause de la fatigue* et du surmenage des centres nerveux qui président aux mouvements oculaires et à leur équilibre normal. La Gegenrollung varie naturellement avec la position du mineur. Aussi certains nystagmiques n'ont leur accès au maximum que dans certaines directions obliques du regard vers le haut. »

Au risque de soulever de nouvelles difficultés, je terminerai par quelques considérations relatives à la prophylaxie du nystagmus professionnel.

Si l'on veut prévenir le mal professionnel et en diminuer la gravité, la réduction des heures de travail sera et restera le seul remède. On ne peut éviter la Gegenrollung dans les mines belges. Agrandir l'ouverture des chantiers et des galeries est chose impossible. Le labeur de nos charbonniers est et demeurera donc un travail de taupe.

A cause de la fatigue spéciale qu'il occasionne la limitation des heures dans le fond s'impose. Pour le houilleur surtout, ce principe reste vrai : la fatigue ne s'accroît pas proportionnellement, mais plus que proportionnellement à la durée du travail. En dehors de la limitation des heures de travail, le remède préventif devrait être cherché dans l'introduction des pauses intelligemment réparties pendant le travail et dans l'amélioration des moyens de transport. En le rendant mécanique, au moyen de l'air comprimé, on préviendrait déjà le nystagmus des sclauneurs, et si l'on amenait sur wagonnet l'abatteur à son chantier, on lui épargnerait une partie de cette fatigue qui constitue la cause incontestée du nystagmus.

Qu'on ne perde pas de vue que la position verticale droite est la position normale de l'homme. La tête et les organes des sens sont placés, dans la structure humaine, en conséquence de cette position. Altérez cette position et il se produira un trouble dans toute l'harmonie corporelle. Le mineur doit faire en plus un effort spécial et constant pour maintenir l'équilibre dans cette position anormale. Et cet effort engendre une fatigue correspondante, qui, jointe à la vulgaire fatigue, qu'on rencontre dans tout travail, est la cause principale de la déchéance prématurée chez le houilleur, tant physique que nerveuse et psychique. La responsabilité de l'ouvrier nystagmique est donc amoindrie.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Les dangers du transport de la glace en été.

L'usage de plus en plus répandu de la glace dans les cafés et restaurants et l'éloignement souvent considérable des établissements de fabrication des lieux de consommation obligent le producteur à faire véhiculer ses produits sur route, à défaut de voies ferrées.

Certains établissements, particulièrement bien outillés, emploient, pour leurs transports sur routes, des camions spécialement aménagés et fermés. A part ces exceptions, il n'est pas rare de voir circuler les *blocs* de glace, à peine couverts pour les soustraire à l'action des rayons solaires et exposés aux nuages de poussière soulevée surtout par les automobiles. J'ai vu des charretiers, au moment de la distribution de la glace aux débitants, prendre des *blocs* à pleines mains, les charger sur leurs épaules simplement recouvertes de vulgaires toiles d'emballage reléguées, ensuite, sur leurs charrettes, comme pour recueillir le plus possible de la poussière de l'air ambiant !

Aux dangers, trop peu connus, de l'action propre de la glace ingérée inconsidérément viennent donc s'ajouter les risques, non moins considérables, pour l'infortuné consommateur, de la contamination variable et possible par les nombreux germes pathogènes véhiculés par la poussière des routes (bacilles de la tuberculose, microbes de la pneumonie, bacilles de la fièvre typhoïde, etc., etc.). Les troubles gastro-intestinaux et hépatiques ouvrent habituellement la scène. Déjà mis en moindre résistance par la chaleur de l'été ou par les autres influences cosmiques, l'organisme humain fléchit d'autant plus facilement sous l'action *anti-hygiénique* de la glace susceptible de réveiller un *microbisme latent* et d'exalter la virulence des microbes, nos hôtes habituels

Sous le bénéfice de ces considérations, je dis qu'on devrait réserver la glace pour les usages thérapeutiques où elle rend de grands services. Je ne parle pas, bien entendu, de la conservation des matières alimentaires par cet agent physique. Les avantages multiples de son emploi sont incontestables. Par leur généralisation dans l'industrie frigorifique, on peut dire que la possibilité de la contamination par la glace constituerait un véritable danger public.

Le consommateur a bien quelques droits d'exiger qu'avec les boissons qu'il ingère, le plus souvent inutilement, par occasion ou par habitude en dehors des repas, on évite de lui distribuer la maladie et peut-être la mort à plus ou moins brève échéance, sous les espèces des *infiniment petits* embusqués un peu partout.

Il faudrait savoir que, sans ces derniers, la vie ne se terminerait habituellement que par l'usure de notre machine humaine, ou par accident.

Par un triste privilège, l'homme est le seul animal de la création qui peut boire, à tous mo-

ments sans soif, et par conséquent, sans nécessité. Il ne devrait pas ignorer ou oublier qu'il ne doit absorber que le liquide *aqueux* en quantité strictement nécessaire à l'*hydratation* de ses tissus et au jeu de ses organes, et s'abstenir des liquides alcoolisés, artificiels, qui sont de véritables poisons.

Pour éviter, dans la mesure du possible, les dangers que je signale, j'appelle de mes vœux une innovation consistant en la préparation de la glace, en morceaux analogues à ceux du *sucre cassé*. On obtiendrait ceux-ci au moyen de moules rectangulaires, constitués par des lames métalliques très minces dans des boîtes métalliques, à plusieurs étages. On conserverait ces glaçons dans ces récipients, à fermeture hermétique, où les débitants les puiseraient au moyen de pinces, ce qui éviterait les manipulations et les distributions *septiques* actuellement en usage, au grand détriment de la santé publique. Ces vases seraient repris, vides, par les fabricants de glace qui les rempliraient de nouveau, après *aseptisation*, comme cela se pratique, du reste, pour les siphons d'eau de Seltz et les bouteilles spéciales à limonade gazeuse.

Il est bien entendu que, le cas échéant, il faut supposer l'eau employée pour la fabrication de la glace exempte de tous germes pathogènes et les appareils frigorifiques générateurs *aseptiques* au sens rigoureux du mot.

Je ne demande pas, pour parer aux dangers indiqués, l'intervention des pouvoirs publics. Cette action est le plus souvent hélas ! aussi inefficace que tracassière et coûteuse pour les assujettis. Ce soin incombe surtout au principal intéressé, le consommateur qui paye et qui n'a qu'à commander pour être obéi. Du reste, c'est une petite révolution hygiénique qui s'impose. Il suffira, je l'espère, d'en signaler l'urgente utilité, pour la voir se réaliser à bref délai.

Dr Ed. Crouzel,
de la Réole.

Petite correspondance de médecine pratique

La convalescence de la coxalgie.

Un de nos confrères nous prie de le renseigner sur l'époque à laquelle on peut enlever à un enfant coxalgique un appareil plâtré, et nous demande quand on peut permettre sans imprudence à un coxalgique convalescent de faire des mouvements et de reprendre la vie normale.

L'enlèvement définitif de l'appareil plâtré dans la coxalgie, appareil qui doit être remplacé tous les quatre ou cinq mois, aura lieu quand, le plâtre ôté, on ne pourra plus constater de douleur au niveau de la hanche.

La seconde question est celle de la convalescence de la coxalgie et nous renverrons ceux qui veulent étudier la question en détail à l'excellent ouvrage du Dr Calot : « Technique du traitement de la coxalgie », page 201 (Masson, édit., Paris, 1904).

M. Calot, pour porter le diagnostic de la guérison, examine deux cas :

1° Les mouvements sont conservés. — Les signes de guérison sont alors :

L'absence de toute douleur spontanée ou résultant de la pression sur la tête fémorale ;

La liberté des mouvements de la hanche et leur indolence absolue ;

La symétrie et l'égalité parfaite des deux membres. On tiendra compte de la légère atrophie et même d'une infime limitation des mouvements qui pourra persister.

Mais, ajoute le Dr Calot, avant de conclure à la guérison anatomique, il faut encore attendre dix, douze mois et même davantage.

Ne mettre l'enfant sur pied qu'un an environ après la disparition de tout signe clinique.

2° La hanche est ankylosée.

Le diagnostic de la guérison se fait alors par l'absence de toute douleur spontanée ou provoquée par la pression des extrémités articulaires.

Dans ce cas, *à partir du jour où l'indolence es acquise une attente de quatre à huit mois suffit avan de faire marcher le malade.* J. N.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des inhalations de formol.

Monay, près Sellières (Jura),
12 novembre 1911,

Mon cher Confrère,

Pour répondre collectivement à des demandes trop nombreuses de renseignements sur l'application de ma méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire, voulez-vous avoir l'obligeance de me prêter l'hospitalité de vos colonnes.

Mon traitement est basé sur l'action antiseptique des vapeurs de formol ; pratiquement il peut se résumer ainsi : versez dans une assiette 20 grammes de solution de formol à 40 % de la Pharmacie Centrale et placez cette assiette sous le lit du malade ; même quantité de la solution est versée dans le crachoir.

Maintenir la température de la pièce occupée par le malade à 18° ; suroxygénez légèrement l'atmosphère en plaçant au chevet du malade un bol d'eau très chaude dans lequel vous ferez verser de temps en temps une ou *deux* cuillerées d'eau oxygénée à 12 volumes.

Renouvelez la charge du formol tous les jours.

Maintenez votre malade dans cette atmosphère chargée de formol, le jour seulement ou la nuit seulement, et au besoin, dans un cas particulièrement pressant jour et nuit.

Veillez à la selle quotidienne et surveillez le fonctionnement du cœur et du rein.

Ne vous laissez arrêter ni par la résistance du malade, résistance qui cesse vite, ni par la fièvre ou l'hémoptysie qui cèdent rapidement.

Au bout d'un temps variant de quelques jours à 15 ou 20 au plus, un grand changement favorable se produit.

J'affirme que guérissent tous ceux qui mangent et qui ne sont pas encore dans la période de consomption. *Ne pas craindre l'usage du vin vieux.*

Avec mes remerciements, croyez à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr A. POIRSON.

A propos de l'efficacité de l'hectine.

Monsieur le Rédacteur en chef
et très honoré Confrère,

Je lis avec grand intérêt et profit le *Concours médical,* auquel je me félicite toujours davantage de m'être abonné. Revenant de voyage, je n'ai pu que tout récemment me mettre au courant des journaux en retard ; et c'est ainsi que j'ai trouvé hier à mon sujet, dans le numéro du 1er octobre (page 980), une petite coquille, très bénigne du reste, que je prends la liberté de vous signaler. J'ai, dit le journal, publié des observations sur l'hectine et l'hydrargyre dans ma *thèse de doctorat*. J'ai en effet publié mes observations mais dans le *Courrier médical,* et le petit article à ce sujet a été reproduit (les conclusions tout au moins) dans plusieurs journaux ; de plus, un opuscule sur l'hectine et l'hydrargyre dans la syphilis a été édité chez Maloine. Mais ma thèse de doctorat, je l'ai soutenue, il y a plus de trente ans déjà (mars 1881). A propos de l'hectine de Mouneyrat et de son succédané, l'hectargyre, je maintiens, plus énergiquement que jamais, mes conclusions sur sa très grande efficacité et son innocuité dans le traitement de la syphilis à toutes ses périodes. Le 606, d'une indéniable activité, certes, présente dans son emploi un danger réel, et ses méfaits se multiplient : mais il a cet avantage (hélas !) de nous venir de l'étranger, alors que l'hectine est une découverte française ! Je n'en demeure pas moins convaincu que la lutte entre les deux « spécifiques » se terminera par une victoire française.

Veuillez croire, très honoré confrère, à mes sentiments les plus cordiaux.

Dr SCHOULL.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Les indigents hospitalisés, victimes des compagnies d'assurances et autres assurances autonomes.

Nous lisons dans le *Journal* du 18 novembre l'histoire de la méprise regrettable d'un chirurgien de Lariboisière qui s'est trompé et a commencé, sur un bras sain, l'opération qu'il devait pratiquer sur l'autre bras. Voici la thèse du chirurgien :

Ce que dit le chirurgien

Le chirurgien nous a répondu en ces termes :

— Le fait est malheureusement exact, et laissez-moi vous dire, tout d'abord, combien je le regrette. Le professeur R..., étant en congé, c'est moi qui le remplaçai et pris la direction de son service.

Ce qu'est un hôpital parisien à l'heure actuelle, je ne puis vous le dire. Il faudrait que vous puissiez vous en rendre compte par vous-même. A l'hôpital Lariboisière, par exemple, qui *reçoit des quantités de blessés des gares du Nord et de l'Est* et de la voie publique, le personnel des infirmiers et des internes n'est certainement pas suffisant. Nous sommes littéralement surmenés, bousculés........

C'est à ce moment que commence le travail de l'entourage d'un chirurgien, qui doit s'occuper du patient jusqu'au coup de bistouri. On amena donc M. X... dans la salle d'opérations. Retira-t-on trop tôt le pansement que portait le malade au bras droit ? L'employé du Métro se tourna-t-il de côté pendant qu'on lui faisait sentir les effets du chloroforme ? Je l'ignore, parce qu'à cet instant j'avais le dos tourné pour aseptiser mes mains.

Toujours est-il qu'on me présenta un bras parfaitement entouré de la bande d'Esmarck. C'était, par erreur, le bras gauche. Quand je m'en aperçus, il était trop tard. J'avais déjà pratiqué une légère incision d'exploration et reconnu que je m'étais attaqué à un membre sain.

L'opération fut, bien entendu, immédiatement arrêtée. Comme il ne s'agissait, je vous le répète, que d'une simple incision, qu'aucun organe n'avait été atteint, que pas la moindre goutte de sang n'avait jailli, la plaie se cicatrisa rapidement et, six jours après, il n'y paraissait plus.

J'ai, du reste, confessé publiquement, devant tout le monde, à l'hôpital, une faute dont la responsabilité ne m'incombe pas entièrement. Mais j'étais chef de service. C'est donc moi qui dois répondre de mon erreur devant la justice, comme je l'ai fait devant le directeur et les professeurs de l'hôpital...

Cette version nous a été pleinement confirmée, à l'hôpital Lariboisière, par les internes qui assistaient le docteur pendant cette malheureuse opération.

Nous ne retiendrons que l'aveu du chirurgien : « A Lariboisière, par exemple, qui *reçoit des quantités de blessés des gares du Nord et de l'Est* et de la voie publique, *le personnel des infirmiers et des internes n'est certainement pas suffisant. Nous sommes littéralement surmenés, bousculés.* »

Vraiment ! La loi du 7 août 1851 avait dit que les hôpitaux étaient réservés aux indigents, aux

pauvres ou aux gens de condition très modeste. Mais, depuis 1851, les temps ont changé. Le prix de la vie a augmenté. Et peu à peu, les malades aisés ont envahi les hôpitaux, car il est intéressant pour eux de se faire soigner au tarif « indigent », sans avoir à payer de médecin ou de chirurgien.

Et ces bonnes Compagnies d'assurances ont suivi le mouvement. Elles ont obtenu du législateur de 1905 le droit de faire soigner à l'hôpital les blessés du travail et ce, pour un petit forfait. Elles peuvent, de la sorte, faire des économies et payer de bons dividendes à leurs actionnaires.

Mais qui fait les frais de ce privilège des Compagnies ? Les communes et les budgets hospitaliers, qui dépensent plus qu'ils ne touchent pour les soins à donner, à l'hôpital, aux blessés du travail.

Ce sont aussi, mais surtout, les indigents, les pauvres, pour qui l'hôpital a été créé. Eux, parce qu'ils ne payent pas sont mal soignés. Les infirmiers, les internes, les chefs de service sont surmenés parce qu'il y a trop de malades, des payants et des gratuits.

Et l'indigent arrive à être considéré comme un intrus dans l'établissement hospitalier, parce seul, il ne paye pas.

Législateurs de 1851, voilà ce que les assureurs ont fait de votre œuvre de philanthropie !

Dr Paul Boudin.

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX

Le relèvement des honoraires. Faut-il réviser le Tarif Jeanne ?

(*Suite.*)

Page 38 du Tarif vous déclarez : « Les Sociétés de Secours mutuels connaissent notre tarif ouvrier, elles savent que ces chiffres visent le personnel qu'elles groupent ».

Donc, d'après vous, la visite est tarifée 2 francs pour les Sociétés de secours mutuels.

Ce tarif à 2 francs était acceptable en 1904, mais actuellement il n'est plus admissible.

En effet, les Mutualités sont de plus en plus nombreuses et admettent tout le monde dans leurs rangs : ouvriers et commerçants aisés. Il y a donc abus au détriment des médecins.

A Thoissey, la Société de Secours mutuels comprend 80 membres, sur lesquels il y a 20 ouvriers et 60 commerçants à l'aise. Il y a donc une exploitation du médecin.

Dans de telles conditions, le tarif des Mutualités devrait être le nouveau tarif ouvrier à 3 fr. la visite. Vous devriez introduire cette réforme dans votre nouveau tarif.

Le cas, en effet, que je vous signale pour Thoissey, est la chose courante de tous côtés.

De plus, depuis quelque temps, les femmes sont admises dans la Mutualité et les enfants ont des Mutualités spéciales jusqu'à 20 ans, où ils sont incorporés aux anciennes Mutualités (Mutualités scolaires).

En admettant que vous trouviez excessif ce tarif de 3 francs, vous pourriez établir la règle suivante, appliquée dans le département de l'Ain à toutes les nouvelles sociétés qui se fondent. C'est une mesure d'acheminement vers le plein tarif.

« Tarif plein, ordinaire, à 3 francs la visite, avec réduction de 20 % pour les Sociétés mutuelles, ce qui fait donc 2 fr. 40 la visite ». Cela relève donc un peu votre tarif de 2 francs sans passer directement à 3 francs ; ce dernier tarif pourrait arriver à son tour dans 2 à 3 ans.

La réduction de 20 % ne concerne que le prix de la visite. La chirurgie reste tarifée à plein tarif ouvrier sans aucune réduction.

Les Sociétés devraient en effet payer plein tarif à 3 francs ; toutes sont riches et thésaurisent. La Société de Thoissey a actuellement dit-on, 60.000 francs d'économies. Donc ce sont 60.000 francs économisés aux dépens des médecins et pharmaciens.

Les pharmaciens cependant ont augmenté leur tarif et font payer, je crois, depuis quelque temps, aux Mutualités, le prix courant du public.

Personnellement, à mon arrivée à Thoissey, j'ai refusé le tarif de la Société et lui ai déclaré que je les tarifais à 3 francs avec réduction de 20 %, donc 2 francs 40.

Ce tarif a un peu stupéfait au début, mais est accepté actuellement. La Société n'ayant pas voulu relever son tarif, elle continue de me verser 2 francs et le mutualiste met 0 fr. 40 de sa poche par visite. La chose est admise et je ne m'en trouve pas plus mal. Les mutualistes viennent chez moi, ou me demandent à domicile et payent le supplément.

Toutes les mesures et tarifs signalés plus haut ne sont que des accommodements avec les erreurs de jadis et les temps présents. Mais ce qui devrait exister, c'est la manière d'agir que vous signalez au bas de la page 38 du *Tarif* « *Réduire* (la Mutualité) le secours de maladie à une indemnité pécuniaire quotidienne. Le montant maximum de cette indemnité est déterminé par le rapport de la cotisation au nombre moyen annuel de journées de maladie par tête de membres participants. »

Cette définition du rôle des Mutualités est la seule qui devrait exister et peu à peu les médecins devraient se liguer pour obliger les Mutualités à l'accepter à l'appliquer. C'est du reste ce qui est déjà en vigueur dans le Haut-Jura.

Vous avez pu en effet lire un exemple d'application de ce mode d'action dans « Le Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France, no 12, du 30 juin 1911, page 415 ».

« Sur toutes les questions de secours mutuels, le secrétaire fait remarquer que le Syndicat (Haut-Jura) a, dans ses réunions antérieures, voté le principe de l'abolition des contrats forfaitaires avec ces sociétés. Il demande qu'on généralise de plus en plus ce qui se fait dans plusieurs com-

munes de la région, où, sur un reçu des honoraires médicaux (plein tarif) signé du médecin librement choisi, la Société délivre au malade une indemnité au prorata de son argent en caisse.

« Cet état de choses (dû à l'entente entre les médecins de la localité), a satisfait tout le monde : la Société parce que les abus sont supprimés, du fait que le malade paye une partie des frais médicaux ; le sociétaire parce qu'il a le libre choix de son médecin et qu'il n'est plus soigné au rabais. Quant au médecin, ce qu'il perd en nombre, il le regagne en qualité et en dignité. »

C'est à ce genre de système (en mettant la visite à 3 francs) qu'il faudrait arriver de plus en plus. A ce sujet, vous devriez déjà jeter un jalon important dans votre Tarif, en insistant un peu plus que vous ne le faisiez dans votre dernier Tarif.

9° Une question qui rentre incidemment dans les questions traitées précédemment est celle du *tarif Dubief* (accident du travail).

Vous vous êtes, je crois, occupé de ce tarif, et actuellement, il y a une commission chargée de le modifier.

Une modification qu'il faudrait obtenir, serait la suppression du tarif de 1 franc 50 ; il faudrait qu'il n'y ait qu'un seul et unique tarif à 2 francs avec les augmentations prévues (2.50) pour Paris, etc.

Il est inadmissible, en effet, qu'on nous oblige à soigner des malades pour 1 fr. 50 et 1 fr.

Tous les patrons sont en effet assurés à des compagnies, auxquelles ils payent fort cher leurs polices d'assurance. Par contre, les compagnies, avec la complicité pour ainsi dire des lois, nous payent à des tarifs de famine (tarif de l'Assistance médicale gratuite) et encore elles discutent les notes établies à ces tarifs dérisoires.

Or, ces compagnies d'assurances sont toujours très riches ; donc le législateur travaille encore à enrichir ces compagnies à nos dépens. Je crois que si on obligeait les législateurs à soigner les accidents du travail aux tarifs qu'ils nous imposent, ils seraient les premiers à refuser carrément la chose, mais ils se contentent de la théorie. En attendant, de plus en plus, on fait des lois humanitaires, et toujours aux dépens des médecins ; il serait temps de protester vigoureusement contre cet état de choses.

Il serait donc nécessaire que le tarif Dubief ne comprenne qu'un seul tarif à 2 francs, sans supprimer cependant l'augmentation de 2.50 pour Paris, etc. Ce qui est à supprimer, c'est l'alinéa concernant les villes au-dessous de 5.000 habitants, etc., pour lesquelles le tarif est de 1.50.

Le *Concours médical* devrait bien user de toute son influence auprès de la commission de réforme pour obtenir cette amélioration.

Il me semble qu'il y a de nombreux confrères à la Chambre et au Sénat ; ils devraient donc user de leur influence pour obtenir cette revision du tarif Dubief ; ce serait une simple marque de confraternité de leur part. Le gouvernement devrait d'autant plus facilement accorder la chose qu'en cela, il ne débourse rien, puisque ce sont les compagnies d'assurances qui, seules, auraient des frais supplémentaires.

De toute part en France, depuis ces derniers temps, principalement, il y a un mouvement qui se dessine de plus en plus dans les Syndicats médicaux pour le relèvement des honoraires médicaux.

Chaque Syndicat local fait des modifications à son ancien tarif, cherchant à le mettre en harmonie le plus possible avec l'augmentation croissante de la vie et des frais médicaux.

Un médecin de campagne ou de petite ville, actuellement, doit absolument avoir une automobile, sinon le paysan ne le demande pas. A la campagne, en effet, on veut maintenant être soigné aussi rapidement que si on était en ville.

Or les frais d'auto (réparation, assurances, frais de combustible) sont plus considérables que l'entretien d'un cheval. Cependant la clientèle n'augmente pas, au contraire elle diminue, vu le nombre croissant des médecins. Donc, frais plus importants et chiffre d'affaires stationnaire ou même en baisse.

Tous les syndicats, cherchant à relever les anciens tarifs, il serait donc utile qu'il y ait aussi un relèvement du prix de votre « Tarif général minimum ».

Cette modification serait d'autant plus nécessaire que votre « Tarif » est appelé à servir de criterium dans les discussions d'honoraires avec les clients (clients particuliers, assurances, etc).

Si la discussion est portée devant le juge de paix, c'est sur votre tarif qu'il se base pour trancher le différend.

Si votre Tarif reste tel qu'il était jadis, le médecin est condamné à des honoraires inférieurs à ceux qu'il demandait, en se basant sur les nouveaux tarifs de son Syndicat local.

Votre Tarif peut donc, dans ces cas-là, venir combattre et anéantir les efforts faits par les Syndicats locaux, en faveur du relèvement des honoraires médicaux.

C'est donc une question importante à considérer dans les temps où nous vivons.

De plus en plus, en effet, les clients (simples particuliers et assurances, etc.) tendent à discuter nos honoraires et à nous demander des indemnités sous les prétextes les plus futiles, poussés qu'ils sont par des agents d'affaires qui y trouvent leurs bénéfices.

Il s'agit donc que les intérêts médicaux se soutiennent tous et ne se combattent pas, ou ne se nuisent pas les uns aux autres. Les uns, détruisant ce que les autres ont eu beaucoup de peine à obtenir, et venant leur nuire, d'une façon d'autant plus importante, qu'il s'agit d'un jugement faisant, au point de vue légal, un précédent en fait de tarifs d'honoraires médicaux.

Je vous demande pardon, Monsieur et honoré confrère, de cette très longue lettre, qui est un véritable volume. C'est vraiment trop abuser de votre indulgence et de votre patience, car vos nombreuses occupations vous laissent peu de loisir ; le temps vous manquera certainement pour lire mon épitre.

Vous allez penser avec juste raison : « Vous

êtes orfèvre, Monsieur Josse » ; c'est vrai, je prêche pour mon saint ; mais beaucoup, pour ne pas dire la généralité, des confrères pensent comme moi.

Les uns, cependant, occupes par leur nombreuse clientèle, n'ont pas le temps de vous faire part de leurs idées à ce sujet. D'autres, imbus des préjugés de jadis, estiment que le médecin s'amoindrit en discutant honoraires et tarifs. D'autres enfin, le plus petit nombre j'espère, sont indifférents et attendent que d'autres confrères prennent les devants et fassent des réformes ; et, quand tout sera prêt, ils donneront leur approbation, enchantés de profiter des avantages obtenus. Quelques-uns, hélas ! font assaut de concessions envers les Mutualités et même envers les clients ordinaires, espérant ainsi augmenter leur clientèle. Mauvais calcul, puisque pour gagner 3 francs,ils sont obligés de faire deux visites, tandis qu'en se soutenant les uns les autres, une seule visite leur donnerait le même gain ; donc moins de fatigue et tout profit.

Veuillez, encore une fois, agréer, Monsieur et très honoré confrère, mes humbles excuses pour cet ennuyeux volume que je vous adresse et recevez l'expression de mon profond respect.

Dr Marichal,
de Thoissey (Ain).

P. S. — J'ai, il y a 2 mois, redemandé au *Concours médical* un exemplaire de votre : « Tarif général minimum » pensant qu'il avait été modifié, avec relèvement des honoraires. Or, on m'a envoyé cette 3e édition de 1904, donc toujours même tarif. C'est cette constatation qui me fait vous adresser cette longue lettre.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Note médico-légale et critique d'une expertise envoyée à l'avocat par le médecin choisi par le blessé.

Le professeur Lehnnof, de la Faculté de Berlin, nous dit qu'en Allemagne, les médecins des blessés leur servent souvent d'avocats-conseils et dirigent même des Bourses du Travail, tout comme à Rouen, en France (voir le *Concours médical*, no 11, 12 mars 1911, page 235, et no 45, 1911, 5 novembre, pages 1024-1025),

En France, beaucoup trop de médecins se refusent à jouer ce rôle nouveau, qu'en retour de certains avantages, leur impose presque la loi accidents.

Ils ne veulent pas comprendre qu'après avoir été soignés par leur médecin, les blessés ont besoin encore de ce médecin pour que celui-ci fournisse à l'avocat non seulement les certificats, mais encore les notes médico-légales qui serviront au procès pour combattre le rapport médico-légal trop souvent favorable à l'assureur.

C'est là cependant tout le secret de la faveur dont jouissent, dans le monde ouvrier, les cliniques d'accidents du Travail.

A ceux qui traitent de médecins hommes-d'affaires, de médecins-avocats, des confrères qui comprennent leur nouveau rôle, nous répondons : vous êtes des aveugles, des routiniers,

Pour ceux qui ont quelques soucis de conserver leur clientèle, de garder leur prestige, dans la société moderne, qui en un mot veulent être de leur époque, nous donnons ci-dessous le rapport d'un expert, et la critique de ce rapport, avec la lettre du médecin, retournant les pièces à l'avocat du blessé.

Mon cher maître,

Vous avez bien voulu m'envoyer M. L., ouvrier blessé, et le rapport de l'expert en demandant mon avis sur la blessure et sur le rapport médico-légal, je vous retourne le rapport et mon appréciation dans une note médico-légale qui vous sera, je l'espère, utile pour votre plaidoirie.

Dr Diverneresse.

Rapport.

Je soussigné, A. Demoulin, docteur en médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, expert près le tribunal civil de Corbeil,

Commis par jugement (21 juin 1911) dudit tribunal,

A l'effet de : « dire si un rapport de cause à effet existe entre l'accident dont L..., avait été atteint le 19 février 1910 et la synovite du poignet gauche dont il se prétend atteint,

« En cas d'affirmative, déterminer le degré d'incapacité dont L... est atteint de ce chef, et fixer la date de la consolidation de la blessure,

« Dit que l'expert devra également dire quelles ont été les conséquences de l'accident du 30 août 1910, s'il en résulte une incapacité permanente et, en cas d'affirmative, en déterminer le degré et la date de la consolidation ».

Pièces remises.

Les pièces qui m'ont été remises sont :

Primo, le procès-verbal d'enquête concernant le premier accident du 19 février 1910 ;

Secundo et tertio, deux certificats médicaux de M. Poirson, datés respectivement des 18 et 29 novembre 1910 et concernant les deux accidents.

Quarto, un certificat de M. le docteur Vinot, de Juvisy (S.-et-O.), ayant trait au second accident du 30 août 1910.

Je m'occuperai successivement des deux accidents du 19 février 1910 et 30 août 1910.

Premier accident du 19 février 1910.

Des déclarations du blessé L..., Corentin, 60 ans, terrassier, et de deux témoins, consignées dans l'enquête, il résulte que, le 19 février 1910, ledit L..., en soulevant une caisse de wagonnet Decauville, a été piqué à l'annulaire de la main gauche (face palmaire de la deuxième phalange) par une épine d'acacia que le témoin Cadin ne put retirer qu'incomplètement.

Le témoin Stévens déclare que L..., a eu de

plus le pouce de la main gauche serré entre la caisse et le châssis du wagonnet ; je lis dans le certificat du 29 novembre 1910, de M. Poirson : « le blessé aurait fait un brusque mouvement, se cognant fortement le bout du pouce en extension ».

Après l'accident du 19 février 1910, M. L... n'a pas cessé son travail, il n'aurait vu un médecin que trois semaines après la blessure de la main gauche, mais il ne sait lequel, et je n'ai pas de certificat de constat de cette blessure.

M. Poirson, dans son certificat du 29 novembre 1910, rédigé par conséquent neuf mois après l'accident, indique que M. L... est atteint d'une synovite fongueuse tuberculeuse du poignet et de la main gauche, dont les premiers signes se seraient montrés quelques mois après l'accident et dit : « Cette affection semble s'être développée par suite d'une infection ascendante ayant pour point de départ une piqûre de la synoviale du médius (le blessé indique l'annulaire), consécutive à l'accident du 19 février 1910.

« On peut donc considérer, par suite, l'affection dont souffre L..., comme constituant une conséquence éloignée, mais directe de cet accident » ; et il ajoute qu'il en résulte une incapacité permanente partielle très élevée à l'heure actuelle, mais qui pourra diminuer à la suite d'une opération.

M. J..., inspecteur au Syndicat de garantie de Corbeil, a insisté sur ce point, comme à l'enquête d'ailleurs, que M. L..., blessé le 19 février 1910, chez M. Huguin, avait été embauché le 3 mai 1910, qu'il n'avait donc pas à connaître de l'accident du 19 février 1910.

Examen de la main et du poignet gauches.

J'ai d'abord demandé à M. L... de m'indiquer le doigt de la main gauche blessé par l'épine d'acacia et le point exact où cette épine s'était fixée.

Il m'a indiqué la partie moyenne de la face palmaire de la deuxième phalange de l'annulaire gauche.

Je n'ai trouvé, au lieu indiqué, aucune cicatrice, ce qui ne veut pas dire que la piqûre n'ait pas eu lieu, mais prouve qu'il n'y a pas eu de suppuration de ce doigt, fait d'autant plus extraordinaire que le témoin Cadin a déclaré qu'il n'avait pu extraire avec ses dents qu'un morceau de l'épine, ajoutant : « Je crois bien qu'il a dû en rester un morceau dans la plaie, car le morceau que j'ai retiré n'avait pas de pointe ».

Or, malgré la présence de ce corps étranger, il n'y a pas eu d'abcès, de phlegmon, le blessé a continué à travailler ; ce n'est pas là ce qu'on observe dans les cas analogues.

D'ailleurs la gaine synoviale tendineuse de l'annulaire gauche ne montre pas de gonflement, et ce doigt ne présente pas l'attitude vicieuse en flexion, que l'on observe généralement à la suite de l'inflammation même non suppurée des gaines tendineuses des fléchisseurs des doigts.

L'annulaire est bien un peu fléchi vers la paume de la main, mais comme les autres doigts, et cela par suite des lésions de la gaine synoviale tendineuse cubitale du poignet gauche sur lesquelles je vais revenir.

Ces lésions sont-elles de nature tuberculeuse ?

On pourrait penser à une inoculation tuberculeuse faite au niveau de la piqûre, par l'épine d'acacia, mais dans ce cas, les lésions tuberculeuses devraient se montrer sur l'annulaire droit, et il n'en présente pas la moindre trace.

La gaine synoviale des fléchisseurs de l'annulaire n'est pas tuberculeuse, elle ne communique pas à l'état normal avec les gaines synoviales du poignet et, dans ces conditions, il ne me semble pas possible de considérer les lésions de synovite tuberculeuse du poignet gauche, comme étant la conséquence de la piqûre du 19 février.

On pourrait dire qu'il y a eu cependant, au niveau de la piqûre, inoculation de bacilles tuberculeux, et qu'ils ont été transportés au poignet par les vaisseaux lymphatiques. Or, le blessé ne présente pas de signes de lymphangite tuberculeuse. Je fais cependant quelques réserves sur cette inoculation tuberculeuse, car tout est possible en pathologie ; mais elle n'est pas vraisemblable, et tout porte à croire qu'il s'agit d'une synovite tuberculeuse du poignet gauche survenue sans cause appréciable.

Cette hypothèse est d'autant plus plausible que M. L..., a les sommets des poumons infiltrés de tuberculose à un degré plus prononcé à gauche qu'à droite et qu'il porte au testicule gauche, qui cependant n'a pas été traumatisé, un noyau tuberculeux très net.

D'ailleurs, M. L... a toussé à de fréquentes reprises pendant le cours de mon examen.

La synovite tuberculeuse du poignet gauche se traduit par une tuméfaction pâteuse ovalaire siégeant sur la face antérieure de l'avant-bras ; elle commence immédiatement au-dessus du talon de la main, remonte sur le membre, à une hauteur de trois travers de doigt ; elle arrive en dehors, jusqu'à la face antérieure du radius, et en dedans, elle envahit la partie inférieure du bord interne de l'avant-bras pour arriver jusque sur la face dorsale du membre où elle cesse, sur une ligne verticale passant par l'articulation radio-cubitale inférieure.

La région de cette articulation est elle-même empâtée, fongueuse, la tête du cubitus est anormalement mobile, et il y a des craquements dans l'articulation du radius et du cubitus.

La tuberculose du poignet siège principalement dans la gaine cubitale, mais elle en a dépassé les limites, ainsi que le prouve l'envahissement de l'articulation radio-cubitale inférieure ; elle envahit la portion palmaire de la gaine, ce que prouve le soulèvement de l'éminence hypothénar de la main gauche.

Peut-être, la gaine synoviale du fléchisseur du pouce est-elle envahie, car on trouve un peu de gonflement dans sa portion palmaire (éminence thénar) plus pleine que de coutume.

Les téguments du poignet et de la main ne sont pas malades.

Les ganglions des aisselles sont appréciables plus à gauche qu'à droite.

Les articulations de l'épaule et du coude gau-

ches fonctionnent bien, l'extension du poignet est bonne ; quant à la flexion, elle est limitée d'un quart environ ; l'adduction, l'abduction étaient normales ; les mouvements d'extension des quatre derniers doigts sont bons bien qu'un peu limités, ceux de flexion sont hésitants, restreints ; la pulpe de ces doigts ne peut être complètement rapprochée de la paume de la main, elle en reste distante de deux centimètres. Il s'agit ici de mouvements volontaires.

Le pouce gauche semble avoir été traumatisé lors de l'accident (déclarations du blessé, du témoin Stevens, certificat de M. Poirson) ; on constate à la palpation une certaine augmentation de volume des extrémités, inférieure du premier métacarpien, supérieure de la première phalange du pouce ; il ne semble pas qu'il y ait eu fracture de l'une ou de l'autre de ces extrémités ; mais bien qu'il se soit agi d'une entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne suivie d'arthrite, laquelle a laissé une certaine raideur de cette articulation, car l'extension volontaire de la première phalange du pouce sur le métacarpien, est limitée d'un bon tiers, la flexion volontaire n'est que très légèrement restreinte.

On constate à la palpation et à la mensuration une notable atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras gauches.

La circonférence du bras gauche, à sa partie moyenne, est de 21 centimètres contre 23 pour celle du bras droit au même point.

La circonférence de l'avant-bras gauche à sa partie supérieure, cet avant-bras étant fléchi à angle droit, et le ruban *métrique passant par le* pli du coude, est de 22 centimètres, contre 24 centimètres pour celle de l'avant-bras droit, prise dans les mêmes conditions.

La force de préhension de la main gauche est nulle.

Il n'y a pas de troubles appréciables des sensibilités tactile et thermique dans toute l'étendue du membre supérieur gauche.

En résumé, il ne reste rien, anatomiquement et physiologiquement, de la piqûre de l'index gauche ; la tuberculose des gaines du poignet gauche me paraît indépendante de cette piqûre ; mais l'arthrite métacarpo-phalangienne du pouce gauche suivie de raideur semble ressortir de l'accident, et j'estime que la gêne fonctionnelle de ce doigt, pour la part qui revient audit accident, entraîne une incapacité permanente partielle de cinq pour cent (5 %) environ.

Deuxième accident du 30 août 1910.

Malgré la tuberculose du poignet avérée depuis quelques mois (certificat de M. Poirson, du 29 novembre 1910, du poignet gauche), M. L... continuait à travailler.

Le 30 août 1910, il aurait été pendant son travail atteint d'une contusion de l'épaule droite qui, d'après le certificat du 18 novembre 1910, de M. Poirson, aurait déterminé une fracture de la clavicule et de l'omoplate droites.

M. Poirson, dans ce certificat, décrit le cal de la clavicule, indique que le fragment supérieur (?) est fortement relevé et semble dévié d'avant en arrière et de bas en haut, que cependant, la fracture n'est pas consolidée puisque ce fragment se déplace et que le déplacement s'accompagne de crépitation.

Il décrit enfin comme reliquat de la fracture de l'omoplate « un cal saillant de la grosseur d'une noix, vers le tiers interne de la crête épineuse de l'omoplate. »

L'examen clinique montre sur la clavicule droite une grosse saillie anormale siégeant à 9 centimètres de l'extrémité externe de cet os, c'est-à-dire en dedans de la partie moyenne.

La palpation montre que cette saillie est formée d'abord par l'extrémité externe du fragment interne déplacée en haut (par rapport à l'extrémité interne du fragment externe déplacée en bas) et aussi par le cal assez volumineux mais solide, qui réunit les fragments, lesquels à l'heure actuelle ne présentent plus de mobilité anormale.

La clavicule droite est raccourcie d'un centimètre 1/2, elle ne mesure que 15 centimètres contre 16 1/2 pour la clavicule gauche.

Je n'ai pas constaté de fracture de l'épine de l'omoplate droite ; le cal saillant, du volume d'une grosse noix qui y siégeait lors de l'examen du 18 novembre 1910, de M. Poirson, n'existe plus.

Ce fait mérite d'être signalé, car je n'en connais pas d'exemple dans la littérature médicale.

En palpant attentivement l'omoplate droite et surtout son angle inférieur, j'avais cru y découvrir tout d'abord les traces d'une fracture, mais c'était une illusion ainsi que me l'ont montré de nouvelles recherches.

Il y a une certaine atrophie des muscles sous-épineux et sous-capsulaire qui entourent l'angle inférieur de l'omoplate et cette atrophie rend plus saillantes les crêtes osseuses qui en partent, d'où l'apparence d'une irrégularité osseuse faisant penser à une fracture.

Le muscle droit deltoïde est amaigri.

On constate de gros craquements dans l'articulation de l'épaule droite, mais ils existent au même degré dans l'articulation de l'épaule gauche.

Le raccourcissement de la clavicule droite, sa déformation, l'atrophie des muscles péri-articulaires de l'épaule droite (bien que les mouvements de cette dernière ne soient pas limités) entraînent cependant une certaine gêne des fonctions du membre supérieur droit d'où résulte une incapacité permanente partielle dont le taux me semble pouvoir être fixé à sept pour cent (7 %.)

Conclusions.

Primo : M. L... a été atteint de deux accidents du travail ; le premier en date du 19 février 1910 et le second en date du 30 août 1910.

Secundo : Le premier accident a porté sur la main gauche, il y a eu piqûre de l'annulaire et entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

La piqûre de l'annulaire n'a pas laissé de traces et il ne me paraît pas possible de lui rattacher les lésions de tuberculose du poignet et de la main gauche, lésions qui tiennent à l'état général du

blessé, tuberculeux des poumons et de l'épididyme gauche.

De l'entorse du pouce est résultée une certaine raideur du doigt, raideur qui en gêne les fonctions et qui me paraît entraîner une incapacité permanente et partielle de cinq pour cent (5 %).

Tertio : Le second accident a porté sur l'épaule droite, il y a eu fracture de la clavicule droite qui, vicieusement consolidée, reste déformée et raccourcie ; contusion de l'omoplate droite (sans fracture, à mon avis) ; ces lésions ont été suivies d'une atrophie, modérée toutefois, des muscles de l'épaule droite ; de ces lésions, de cette atrophie, résulte une gêne légère des fonctions du membre supérieur droit entraînant une seconde incapacité permanente partielle dont le taux me semble pouvoir être fixé à sept pour cent (7 %).

Quarto. M. L... est donc actuellement atteint d'une incapacité permanente partielle totale, pour les deux accidents de douze pour cent. (12 %).

Quinto : M. L..., en raison des lésions et troubles fonctionnels de son membre supérieur gauche, est dans l'impossibilité absolue de reprendre sa profession de terrassier ; mais cette impossibilité résulte (en dehors de la part que j'ai faite au pouce gauche) de lésions tuberculeuses spontanées qui, je le répète, ne me paraissent pas pouvoir être imputées au premier accident du 19 février 1910.

Sexto : Il n'y a pas lieu de fixer la consolidation des blessures pour le premier accident puisque le blessé n'a pas cessé de travailler ; pour le second, la blessure (épaule droite) ayant eu lieu le 30 août 1910, j'estime que la consolidation doit être fixée seulement au 30 décembre 1910.

Paris, le 17 août 1911.

Signé : DEMOULIN.

Enregistré à Paris le 9 août 1911, n° 1873, gratis.

Note sur l'expertise ci-dessus.

Je soussigné, Diverneresse, docteur en médecine, domicilié à Saint-Mandé,

Certifie que, le vendredi vingt-sept octobre, à 9 heures du matin, s'est présenté à mon cabinet une personne qui m'a déclaré se nommer L... être âgée de cinquante-neuf ans, exercer la profession de terrassier, demeurer à V. (Seine-et-Oise).

Ce blessé m'a présenté un rapport médico-légal du docteur Demoulin, désigné comme expert par le tribunal de Corbeil.

Dans ce rapport, l'expert admet que, le 10 février 1910, M. L. se serait, dans ce premier accident, piqué à l'annulaire de la main gauche et qu'en même temps, ayant eu le pouce de la main gauche serré entre la caisse et le châssis d'un wagonnet, il se serait fait une entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche, qui constituerait pour lui une incapacité de 5 %.

L'expert admet également que dans le 2e accident, survenu le 30 août 1910, L... a été atteint d'une fracture de la clavicule qui a laissé une incapacité de 7 % ; soit au total une incapacité de 12 %, comme conséquence des deux accidents.

Mais l'expert repousse toute relation entre le premier accident et une grosse lésion tuberculeuse du poignet gauche qui va nécessiter l'amputation de l'avant-bras et causer par suite une incapacité de 70 % environ.

C'est là le gros point d'une appréciation médicale à discuter.

Discussion.

Il est fait mention dans le rapport médico-légal d'un certificat du médecin du blessé, le docteur Poirson, où il déclare que, quelques mois après l'accident (moins de 9 mois), il aurait constaté une lésion tuberculeuse de la main, et que, selon lui, il y a une relation entre la piqûre du 19 février 1910 et la lésion tuberculeuse.

Discutant le mode de propagation de la lésion par la piqûre, M. l'expert dit que la tuberculose n'a pu se développer par infection, car il n'y a eu ni abcès, ni phlegmon, ni lésion de la gaine synoviale.

M. l'expert déclare également qu'on ne saurait admettre l'inoculation tuberculeuse par l'épine de l'acacia, ou par la pénétration de bacilles tuberculeux par la plaie faite par l'épine.

Et il admet qu'il s'agit d'une synovite tuberculeuse *sans cause appréciable.* Et cela parce que L... porte des lésions tuberculeuses au poumon et au testicule gauches.

Or, M. l'expert, après avoir envisagé la question de l'inoculation par piqûre ou par absorption par la plaie, omet d'examiner comme cause appréciable, la *contusion*, comme cause déterminante de la tuberculose articulaire.

Il est évident que personne ne peut affirmer que la lésion du poignet soit la conséquence de l'accident.

Mais personne ne peut affirmer non plus que l'accident n'est pas la cause de cette lésion.

Du reste, M. l'expert se garde bien d'affirmer, il se contente seulement de dire : « Qu'il est vraisemblable que cette lésion est survenue *sans cause appréciable parce que L... est tuberculeux par son poumon et son testicule* ».

Or, c'est précisément en me basant sur ces constatations de l'expert que je crois pouvoir dire : qu'il est vraisemblable, *tout à fait vraisemblable, presque certain* que la lésion tuberculeuse du poignet est la conséquence du traumatisme qui a frappé la main gauche de L., précisément parce qu'il est tuberculeux par son poumon et son testicule.

En effet, personne ne conteste que lorsqu'un malade est atteint de tuberculose, *tout traumatisme est un appel des bacilles tuberculeux dans la région traumatisée.*

Eh bien ! au cours d'un accident dans son travail, L... est à la fois piqué par une épine d'acacia, et au même moment il a le pouce serré *entre la caisse et le châssis* d'un wagonnet.

Il est de toute évidence que s'il a subi une contusion assez forte pour se faire une entorse d'une

petite articulation très serrée, le traumatisme ne se sera pas localisé sur un espace de la largeur d'une pièce de 2 francs, et il est presque certain *que son articulation du poignet située 4 ou 5 centimètres plus bas aura été aussi tiraillée et contusionnée*, ne fût-ce que par les mouvements de défense instinctive que L... aura faits pour dégager sa main.

On n'a pas 3 centimètres seulement de la main prise entre un châssis et une caisse de wagonnet ; on a toute la main, ou au moins le 1/3 de la main.

Il est donc plus que vraisemblable que les bacilles tuberculeux ont été appelés par le traumatisme *sur ce poignet, qui, dans un accident pareil, n'a pas pu ne pas être plus ou moins contusionné.*

Et ce serait vraiment extraordinaire que, par une coïncidence curieuse, des bacilles en promenade se soient arrêtés, par hasard, plutôt au poignet gauche traumatisé, qu'au poignet droit, et qu'ils n'aient pas été incités à s'arrêter là où un tissu contusionné leur offrait un terrain plus favorable à leur développement.

Je conclurai donc en disant :

Il est vraisemblable que dans l'accident du 10 février 1910, L.. a eu le poignet contusionné en même temps que la base du pouce.

Il est vraisemblable que, suivant les lois générales de la pathologie, le traumatisme a appelé sur ce lieu de moindre résistance du poignet gauche des bacilles tuberculeux vivant dans le poumon et le testicule gauches.

Il est donc vraisemblable que, du fait de son accident, L... a perdu l'usage de son avant-bras gauche qui doit être amputé, ce qui le rend atteint d'une incapacité permanente des plus graves.

En foi de quoi, j'ai délivré le présent certificat en exécution de la loi sur les accidents du travail.

Saint-Mandé, le 27 octobre 1911,

Dr Ch. DIVERNERESSE.

CORRESPONDANCE

Un bon gratuit de médicament doit-il être considéré comme lettre ou imprimé ?

Un de nos adhérents avait envoyé, sous enveloppe ouverte, affranchie à cinq centimes, un bon de médicament gratuit. L'administration des postes a frappé cette correspondance d'une amende de deux francs.

Nous avons demandé au sous-secrétaire d'Etat aux Postes et Télégraphes si cette amende n'avait pas été perçue à tort, d'autant que, sur certains bons gratuits de médicaments, est portée la mention de retourner le bon signé, sous enveloppe ouverte et affranchie à cinq centimes.

Voici la réponse que nous venons de recevoir :

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 26 octobre dernier, j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'aux termes de l'arrêté ministériel du 25 novembre 1893, il est interdit d'expédier au tarif réduit des « Bons de commande ». Ces documents constituent, en effet, une véritable correspondance personnelle et actuelle et sont passibles de la taxe des lettres.

D'autre part, l'article 59 de la loi de finances du 8 avril 1910 stipule que les envois faits par la poste dans les conditions du tarif réduit et contenant des notes ayant le caractère de correspondance, doivent être taxés comme lettres et frappés, en outre, d'une surtaxe fixe de deux francs.

C'est donc à juste titre qu'il a été fait l'application de ces dispositions légales aux envois ci-annexés qui devaient être affranchis à 10 centimes.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Sous-Secrétaire d'Etat des postes et des télégraphes.

Le directeur de l'exploitation postale.

Conclusion : Confrères, renvoyez tous ces bons sous enveloppe fermée, affranchie à DIX centimes.

P. B.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Maladies des voies digestives.** — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le Docteur Albert Mathieu, médecin des hôpitaux et M. le Docteur Jean-Charles Roux commenceront, le 25 novembre, une série de 20 conférences, dans lesquelles ils étudieront les grandes médications gastro-intestinales.

Ces conférences auront lieu le samedi à 10 h. 3/4 à la Salle de la Consultation, 20, rue de Cîteaux.

Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le 27 novembre. Chaque leçon comportera des exercices pratiques. Les leçons théoriques auront lieu dans la Salle de Consultation de 11 h. à midi, les lundi, mercredi, jeudi, vendredi. Les exercices pratiques auront lieu tous les jours, de 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2, au laboratoire. S'inscrire au service de la consultation tous les matins, de 8 h. à midi, 22, rue de Cîteaux.

— **L'assistance du médecin à une opération.** — A propos d'une note d'honoraires qu'un médecin parisien réclamait à un de ses clients, celui-ci soutenait qu'il n'avait jamais demandé à son docteur ni d'assister à l'opération pratiquée par un grand chirurgien dans une maison de santé, ni de venir le voir à cette maison de santé.

Cette contestation suscitait un petit point de droit médical que la cinquième chambre, sous la présidence de M. Dreyfus, vient de fixer par un jugement des plus motivés.

En ce qui concerne la somme de 100 fr. récla

mée par le médecin pour avoir assisté à l'opération chirurgicale :

Attendu qu'il est d'usage, surtout dans la classe à laquelle appartient le client, que le médecin traitant assiste à l'opération qu'il a conseillée ou suggérée, mais que le tribunal estime qu'une somme de 50 francs rémunérera de ce chef le docteur qui n'a pas pris une part effective à l'opération...

Sur les huit visites qui suivirent :

Attendu que les malades en traitement dans les maisons de santé reçoivent les soins quotidiens et assidus du chirurgien qui les a opérés ; que l'assistance d'un médecin étranger à la maison est exceptionnelle et ne doit se produire que lorsqu'elle est expressément requise ; que le médecin ne justifie pas avoir été appelé à la maison de santé, soit par le chirurgien, soit par le père de l'enfant à opérer...

D'où une réduction de 160 francs sur la douloureuse du médecin.

(*Le Journal.*)

— La vente d'un cabinet médical. — La jurisprudence considère, on le sait, comme illicite et nulle la vente des cabinets de médecin et de chirurgien-dentiste, la clientèle médicale étant « une chose qui n'est pas dans le commerce » puisqu'elle dépend des qualités professionnelles des praticiens et aussi de la confiance qu'ils inspirent.

La 5e Chambre civile vient cependant, dans une question d'espèce, il est vrai, de décider, après plaidoiries de Mes Jacobson et Justal, qu'une telle vente — celle d'un cabinet dentaire — est parfaitement valable quand elle s'assortit d'un droit au bail et de la faculté pour l'acquéreur de se dire le successeur du vendeur.

— La pharmacie en Amérique. — Elle y serait des plus prospères, si nous nous en rapportons à cette information que le nombre des officines s'est accru depuis deux ans de 1574 unités. Il y a en Amérique à cette heure 45.908 pharmacies. Les Purgon d'outre-mer s'en plaignent-ils ? ? ?

— La pharmacie en Autriche. — L'inspecteur sanitaire de Varsovie vient de notifier aux propriétaires et gérants des pharmacies qu'il est défendu de fumer dans tous les endroits où l'on prépare des médicaments, la fumée et même les cendres de tabac pouvant être nuisibles aux préparations pharmaceutiques. Des avis, relatant cette défense, devront être placés en évidence dans les pharmacies à l'usage du public.

— La hiérarchie médicale à Berlin. — Si nous en croyons Jules Huret (*Bavière et Saxe*, p. 10-11), voici quels seraient à Berlin les rapports des professeurs et chefs de services en médecine avec leurs élèves, leurs assistants, leurs chefs de clinique :

« La hiérarchie y est aussi étroitement respectée qu'à la caserne... En Bavière comme en France, le chef de clinique d'un maître, si illustre soit-il, est traité par lui avec une bienveillante familiarité, les internes peuvent ouvrir la bouche devant le chef de service et sont écoutés avec politesse. A Berlin, les internes — tous docteurs, remarquez-le — doivent parler au professeur *à la troisième personne*, comme les domestiques ! Et si par hasard, ils s'oublient, on le leur fait sentir par des regards blessés leur incorrection. Qu'un interne ne s'avise pas de donner son avis sur un malade, une opération, un diagnostic, s'il n'est pas de l'avis du professeur ! Il est foudroyé à l'instant par quelque réponse brève ou un silence plus insultant encore.

Ce servilisme va même plus loin. Il ne s'arrête pas au seuil de l'hôpital, il vous poursuit jusque dans les rapports mondains. Un professeur donne un dîner, il invite une dizaine de ses collègues, et, par la même occasion, ses assistants, des garçons de vingt-huit à vingt-neuf ans, pourvus de tous leurs grades, à la veille de quitter leurs maîtres. Après le dîner, au salon, les invités professeurs sont assis sur des chaises ou dans des fauteuils, et les assistants doivent se contenter de tabourets. Ils demeurent là, à l'écart, derrière le dos des professeurs ; pendant deux heures, personne ne leur adresse la parole, ni le maître, ni la maîtresse de la maison, ni les invités.... Que de telles mœurs puissent avoir lieu, cela prouve quatre choses : la haute idée que les pédants prussiens ont d'eux-mêmes, le mépris qu'ils ont pour les autres, leur manque de savoir-vivre, et le piètre sentiment de dignité de ceux qui les subissent ».

Nous n'en sommes tout de même pas encore là en France.

— La Population diminue toujours. — Une triste constatation s'impose encore : la natalité baisse de plus en plus. Pour le premier semestre de 1911, le nombre des décès a dépassé de 18.279 le nombre des naissances. L'an dernier, le premier semestre avait donné un excédent de 21.189 naissances.

Pour la population de la France, qui est de 39.252.245 habitants, il y a eu, pour le premier semestre de cette année, 153.931 mariages, 6.374 divorces, 385.999 naissances et 404.278 décès.

Le département de la Seine, le plus populeux, eut pour sa part 21.449 mariages, 1.441 divorces, 38.036 naissances et 38.812 décès.

Le département des Hautes-Alpes, qui compte le moins d'habitants — 107.498 — eut 370 mariages, 6 divorces, 1.123 naissances et 1.175 décès.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'excédent des décès n'est pas très considérable dans la Seine : 776 sur 38.000. Il est en revanche de 291 sur 1.235 dans les Basses-Alpes, de 316 sur 1.916 dans l'Ariège, et de 1.051 sur 3.816 dans la Côte-d'Or, soit 29 % !

Les départements où la natalité dépasse le plus les décès sont : le Finistère, le Nord, qui ont un excédent d'environ 3.000 naissances, le Pas-de-Calais, de 4.000, la Seine-Inférieure, de 1.300, la Vendée, de 900.

Avec de pareils chiffres, la France perdant chaque année 40.000 habitants, qu'elle ne retrouve pas, notre population aura baissé en dix ans d'un demi-million. En cinquante ans, le déficit pourra atteindre trois millions — car les manquants n'auront pas procréé — et en cent ans, de sept à huit millions.

(*Le Matin*).

— Un curieux traumatisme. — Deux chirurgiens de Glascow, MM. Middleton t Teacher, viennent d'observer un curieux traumatisme dont il n'existait encore aucun exemple dans la littérature médicale : il s'agit de la rupture d'un disque intervertébral, qui s'est produite pendant un violent effort musculaire (l'ouvrier en soulevant de terre une grosse barre de fer, ressentit un craquement dans le dos, suivi d'atroces douleurs). Cette rupture entraîna des lésions graves de la moelle (compression et hémorragie intra-médullaire), et le blessé succomba le 16e jour.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 49. Dimanche 3 DÉCEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS IMPORTANT

La distribution de l'Agenda-Memento du Praticien

Ainsi que nos lecteurs en ont été prévenus, l'expédition de notre volume sera commencée *vers le 10 décembre prochain.*

Comme l'an dernier, sauf pour les grandes villes où la distribution sera faite par les Agences spéciales, *nous grouperons* les volumes pour les confrères *habitant la même localité* et nous prierons les intéressés de prendre leur Agenda-Memento *chez le confrère* auquel l'envoi aura été fait.

Afin d'éviter les difficultés que nous avons rencontrées chez quelques-uns de nos adhérents, nous prions ceux qui ne voudraient pas, pour une raison quelconque, être le dépositaire obligeant des volumes de leurs confrères, de vouloir bien nous en informer sans retard.

***

Pour éviter toute erreur dans nos envois, les abonnés qui auraient **changé d'adresse** sont *priés de nous aviser immédiatement.* (Joindre 0,60 pour changement d'adresse pour réimpression de la bande du journal.)

***

Sans avoir à nous en faire la demande, tous nos abonnés recevront notre prime.
Exception sera faite pour les abonnés en échange de thèse et les étudiants, qui devront, s'ils désirent être compris dans nos envois, se réabonner au prix normal avant *le 10 décembre prochain.*

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale annuelle, 19 novembre 1911.

La séance est ouverte à deux heures sous la présidence de M. le Dr Maurat, *président.*

Prennent place au Bureau : MM. Lande et Gairal, *présidents d'honneur* ; Noir, *vice-président*; Mignon, *secrétaire général* ; Gassot, *trésorier* ; Vimont, *trésorier adjoint* ; Jeanne, *secrétaire des séances* ; Delpeut, *commissaire des comptes* ; Darras, *commissaire délégué par l'A. G.* ; Fleury, *actuaire* ; de Grissac, Boudin, Diverneresse, *membres du Conseil.*

M. le Dr Maurat, *président*, prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

En déclarant ouverte la première séance régulière annuelle de la *Mutualité familiale médicale française*, je suis heureux de pouvoir remercier officiellement le Syndicat général des chemins de fer français qui a bien voulu nous accorder la circulation au demi-tarif pour vous permettre de pouvoir assister plus nombreux à notre réunion. Nous devons, très vraisemblablement, cette faveur à notre affiliation à l'A. G. des médecins de France qui en jouit depuis de nombreuses années et je remercie en votre nom son président, M. le professeur Lande, qui a bien voulu nous prêter son appui en cette circonstance.

Malheureusement, nous n'avons connu cette décision bienveillante que le 9 novembre, et beaucoup de nos sociétaires n'ont pu en profiter, comme nous l'eussions désiré. Nous ferons, l'an prochain, en nous y prenant à l'avance, tous nos efforts pour qu'il n'en soit pas ainsi.

Depuis notre assemblée constitutive de février dernier, dans laquelle la fusion de l'ancienne *Caisse des*

Pensions de retraite du Corps médical français et de l'*Association amicale maladie* s'est opérée, je puis le dire, à la satisfaction de tous, rien de bien particulier ne s'est produit, et le Conseil, que vous avez mis à la tête de notre nouvelle société, s'est seulement occupé de l'organisation et de la mise en harmonie de toutes les branches de notre mutualité. Les adhésions nouvelles n'ont pas été encore aussi nombreuses que les demandes de renseignements le faisaient espérer. Il ne faut, je crois, en accuser que le léger désarroi causé par les remaniements des tarifs et nous devons donner à nos confrères le temps d'étudier avec soin tous les avantages des diverses combinaisons que nous leur avons offertes.

J'ai le regret de vous informer que M. le docteur de Ranse, l'un des administrateurs que vous aviez nommés en février dernier, m'a adressé sa démission, motivée par son absence de plus en plus prolongée de Paris et la difficulté qu'il éprouve à assister à nos réunions. J'ai adressé au nom du Conseil et en votre nom tous nos regrets à M. le Dr de Ranse, un des adhérents de la première heure de la *Caisse des pensions de retraite,* dont il avait été pendant longtemps le président autorisé du *Conseil des Censeurs* et qui, dans ces fonctions, avait rendu de grands services à cette société.

Votre conseil a été également officiellement saisi de la démission de notre jeune confrère, le Dr Bresselle, secrétaire général adjoint, que son état de santé a obligé d'abandonner momentanément toutes ses fonctions et même un peu sa clientèle. Notre trésorier, M. le Dr Gassot, s'est chargé lui-même d'aller lui exprimer tous nos regrets, ainsi que les vœux que nous formons pour son prompt rétablissement.

Vous aurez également à pourvoir au remplacement de M. le Dr Lepage que, dans la séance de février dernier et sans l'avoir consulté, vous aviez désigné comme membre du Conseil d'arbitrage prévu par l'article 20 de vos statuts, notre confrère n'ayant pas cru devoir accepter ces fonctions.

Mais je ne veux pas m'étendre plus longtemps ; notre secrétaire général et notre trésorier vous donneront tout à l'heure tous les renseignements désirables sur la marche de notre société. Je termine donc cette petite allocution en vous souhaitant la bienvenue et en vous remerciant d'avoir répondu aussi nombreux à notre convocation. (*Applaudissements.*)

Le Président donne la parole au Secrétaire général pour la lecture de son rapport.

Ce rapport a été publié au n° 46 du « Concours médical ».

M. le Dr Mignon complète ce rapport par la communication suivante :

Mes chers confrères,

Quelques détails sont certainement attendus de vous sur la question des liens qui nous unissent actuellement et nous uniront dans l'avenir à l'Association générale des Médecins de France. Ces détails, les voici :

Après les événements que vous savez, l'A. G. a consulté les Sociétés locales sur les trois questions suivantes :

1° Y a-t-il lieu d'établir entre l'A. G. et la Mutualité un contrat analogue à celui qui existait entre l'A. G. d'une part et d'autre part l'*Amicale maladie* et la *Caisse des Pensions* alors non réunies dans la *Mutualité familiale* ?

2° Etes-vous d'avis que l'A. G. accorde sur sa propre Caisse une subvention globale annuelle à la *Mutualité familiale,* étant donné qu'il existe des ressources suffisantes à cet effet ?

3° Etes-vous d'avis de verser vous-mêmes désormais 2 fr. au lieu de 1 fr. 20 par tête de sociétaire afin que soit diminuée *pour tous les membres de votre Société,* la prime qu'ils auront à payer en entrant dans la Mutualité familiale ?

Comment ont répondu jusqu'ici les Sociétés locales ?

Ce fut un « oui » pour les trois questions presque partout où les membres de l'*Amicale* et de la *Caisse des Pensions* (c'est-à-dire de la *Mutualité familiale*) ont pris la petite peine d'aller ouvrir la bouche pour le demander, parce que c'est l'intérêt direct de chaque sociétaire qui est en cause. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le Jura, l'Ain, la Savoie, l'Oise, l'Yonne, et dans d'autres départements encore (au total 15 sur 19 ayant répondu à cette heure).

Ailleurs, il a été dit, même par les Bureaux, des choses si bizarres, pour écarter la question ou pour y faire une réponse négative, malgré nos défenseurs, que mieux vaut conclure soit au refus provisoire de parti pris, soit à l'absence totale de compréhension et même d'étude de la demande. Ainsi, un département, dont les délégués nous pressaient instamment d'agir au lendemain de l'Assemblée générale de l'A. G., aurait conclu *qu'il n'y avait pas lieu de compliquer ainsi le fonctionnement de l'Association Générale* !

C'est dire, mes chers confrères, que l'avenir de la campagne de prévoyance légale ainsi commencée est uniquement entre vos mains. Elle aboutira toujours parce que la force des choses le veut, mais pourquoi permettriez-vous qu'on vous fasse attendre pendant des années le résultat qu'il dépend de vous d'avoir demain en faisant voter la formule uniforme que voici :

« *Un supplément de cotisation de* 0 *fr.* 80 *par tête de*
« *sociétaire sera désormais versé par la Société locale de*
« *de.............. à l'Association générale des mé-*
« *decins de France afin d'assurer à* TOUS LES MEM-
« BRES DE CETTE SOCIÉTÉ LOCALE *le droit aux réduc-*
« *tions de prime qui leur sont offertes par la* MUTUA-
« LITÉ FAMILIALE « ET PROFESSIONNELLE DU CORPS
« MÉDICAL FRANÇAIS ».

Voilà un premier point que vous devez retenir.

En voici un second qui n'offre pas moins d'intérêt.

L'article 21 des statuts porte qu'il sera constitué, le plus tôt possible, dans des conditions déterminées, une section de la *Mutualité familiale* par département et que *Société locale* et *Syndicat* prendront connaissance de sa situation à leurs réunions annuelles.

Ceci a paru à tout le monde très intéressant au point de vue de la propagande, et ainsi l'ont compris les Sociétés locales qui se sont empressées de répondre « oui », aux questions dont nous parlions tout à l'heure.

Nous organiserons donc, dès qu'il sera possible, les sections des départements dont je donnais plus haut la liste. Mais ailleurs ? Ailleurs, ce ne sera que quand vous aurez suivi l'exemple, car enfin, cette fois encore, la providence parisienne ne peut se substituer à vous.

Puisque les grands réseaux de chemins de fer viennent de créer pour nous la circulation à demi-tarif en vue de notre assemblée générale annuelle, vous devez bien apercevoir l'intérêt que prendra celle-ci, quand chaque section pourra y envoyer un délégué et quand nous pourrons faire coïncider la date de cette assemblée, avec celles des autres grandes Associations professionnelles. Donc, sur ce second point aussi, toute initiative désormais ne peut venir que de vous.

Mais ce n'est pas tout encore.

***

L'heure est venue d'ouvrir la liste des *bienfaiteurs* et des *honoraires* pour notre Mutuelle familiale et professionnelle. Sans doute la bonne société mère, le *Concours médical*, a déjà préparé son geste ; sans

doute même elle va regarder autour d'elle pour recueillir la manne des mains qui pourront se tendre. Mais vous, chers confrères, allez-vous attendre cette manne sans bouger ? Vous, aussi, vous avez un entourage, des relations : vous rencontrez des gens à qui sont encore sympathiques les praticiens au dévouement obscur.

Eh bien ! auriez-vous la fausse honte de ne pas oser attirer leur attention et leur pitié sur les misères médicales qu'il faut prévenir pour n'avoir pas à les soulager d'humiliante façon ? Là encore nous ne pouvons pas nous substituer à vous.

Le commun des mortels, en notre doux pays, croit avoir fait œuvre de mutualité quand, par une cotisation de participant, il s'est assuré une bonne petite garantie purement personnelle. Mais le médecin, cet altruiste d'origine, voué à l'altruisme perpétuel, sait bien, lui, que la participation à la mutualité entraîne des devoirs d'altruisme constant. Aussi, après s'être dépensé tout entier pour toutes les professions qui entourent et menacent souvent la sienne, peut-on admettre un instant que son dévouement s'arrêtera juste à l'heure où il s'agit de préserver de la misère la profession médicale ?

Confrères, à vous de répondre ; et non pas par un seul geste, mais par l'accomplissement continu d'un devoir d'élémentaire solidarité qui ne sera terminé que le jour où la mort vous aura rayé des rangs de notre chère « *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* ». (*Applaudissements.*)

M. Brasse a fait à l'Association locale de la Seine-Inférieure tous ses efforts et cependant il n'a pas réussi.

M. Jeanne : On peut certainement se heurter au parti pris ; cependant si tous les membres de la Mutualité remplissent leur devoir, le succès est certain pour demain ou après-demain.

M. Maurat : Nos sociétaires doivent veiller à ce que le questionnaire envoyé par le Conseil général ne soit pas dénaturé et à ce que nos confrères de l'A. G. soient complètement éclairés.

M. Dengler demande quelle sera la situation des Mutualistes dans les sociétés locales qui auront refusé le versement de quatre-vingts centimes et seront ainsi privés d'un avantage intéressant.

M. le Président Maurat : Il leur sera loisible de reprendre la proposition l'année suivante ou de changer et de se faire admettre dans d'autres sociétés locales plus clairvoyantes.

M. Servas ne croyait pas ce changement possible.

M. Jeanne : Il est possible avec les nouveaux statuts : il a été largement usé de ce droit depuis le mois d'avril dernier et les vrais amis de la liberté nécessaire doivent s'en réjouir.

Le Président donne la parole au trésorier pour la lecture de son rapport sur l'exercice 1910.

Le rapport a été publié au n° 46 du Concours médical.

Le Président donne la parole à M. Delpeut, commissaire des comptes.

M. Delpeut : Notre confrère Barada devait présenter le rapport des commissaires des comptes ; il s'est fait excuser et n'a pas envoyé le rapport. Quoi qu'il en soit, je puis vous dire que nous nous sommes réunis le 20 octobre, MM. Barada, Camescasse, Truelle et moi ; que nous avons examiné la comptabilité du trésorier et que vous l'avons trouvée parfaitement exacte en tous ses points. Notre rapporteur devait constater la chose et vous proposer l'adoption des comptes de 1910. Je vous fais cette proposition à sa place.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1910. (*Elle est votée à l'unanimité.*)

M. Gassot, trésorier, continue :

Je vais maintenant vous donner, Messieurs, un aperçu de notre situation actuelle. Bien que notre organisation nouvelle ne puisse être complète avant la fin de l'année, vous serez édifiés sur la marche de nos opérations.

Première section.

Combinaisons anciennes A et B.

Déduction faite de nos pertes par décès ou autrement, elles comptent actuellement 1.598 membres.

Leurs recettes au 1er octobre étaient de 130.580 fr. 90 savoir :

Cotisations	115.759 75
Intérêts	8.430 86
Recouvrements	1.473 30
Dons	17.45
Remboursements de valeurs	4.899 54
	130.580 90

Leurs dépenses à la même époque étaient de 94.332 fr. 60, savoir :

Indemnités-maladie	89.606 80
Frais de gestion	4.715 80
	94.322 60

Combinaison MA.

La nouvelle combinaison MA. comprend 50 membres ; elle a encaissé 1.626 fr. de cotisations.

Naturellement, elle n'a pas eu de dépenses puisque le droit de ses membres ne part que du 1er janvier ou du 1er avril prochains.

Deuxième section.

Caisse des Pensions.

La Caisse des pensions compte 266 membres dont 78 étaient retraités en 1911.

Notre actuaire, M. Fleury, termine en ce moment même la vérification qui doit nécessairement précéder notre prise en charge.

Son avoir au 1er janvier 1910, était d'environ un million.

J'ai encaissé pour elle 9.586 fr. 55 de cotisations, le reste ayant été encaissé par M. le Dr Verdalle.

J'ai payé une pension de 400 fr. à un sociétaire, le Dr Verdalle a payé le reste.

Combinaison P.

Elle comprend actuellement 32 membres et a encaissé 6.543 fr. de cotisations.

Son avoir va être augmenté de 16.966 fr. 50 que l'ancienne combinaison C doit lui verser en raison du départ de 13 de ses membres qui ont usé de la faculté qui leur était donnée de passer à P avant le 1er octobre.

Combinaison R.

Elle comprend actuellement 175 membres, car nous lui avons versé les membres de l'ancienne combinaison C.



J'ai encaissé pour elle 36.496 fr. 70 de cotisations et la Caisse des pensions lui a versé 3.750 fr. d'intérêts. Son avoir est d'environ 158.000 francs.

TROISIÈME SECTION.

Combinaison V.

Nous lui avons versé les membres de l'ancienne combinaison D et elle a reçu des adhésions nouvelles : elle comprend actuellement 31 membres.

Elle possédait au 30 juin 13.865 fr. 46.

Elle a encaissé au 1er octobre :

Cotisations	3.311 30
Intérêts	46 60
	3.357 90

Vous voyez, Messieurs, par cet aperçu, que toutes nos combinaisons sont en plein fonctionnement. Vienne la fin de l'année, leur avoi r distinct sera établi d'une manière définitive et nous pourrons ensuite suivre leur développement régulier par l'examen des comptes annuels.

Je ne vous dirai rien du *compte de gestion*, dont les recettes ont encore été assez maigres et qui a dû supporter les dépenses d'installation : ces dépenses se répartiront naturellement sur les exercices prochains.

Nous avons dû, pour 1911, adopter un *modus vivendi* compatible avec le changement survenu au cours d'exercice ; l'an prochain nous entrerons dans notre organisation définitive.

Le Président expose que le Conseil, conformément à l'article 11 des statuts, a remplacé M. le Dr de Ranse démissionnaire par M. le Dr Lugeol, de Bordeaux.

Il soumet ce choix à la ratification de l'Assemblée générale.

La nomination de M. Lugeol est ratifiée à l'unanimité.

L'Assemblée générale ratifie pareillement la nomination de M. le Dr Levassort comme membre du Conseil d'arbitrage en remplacement de M. le Dr Lepage non acceptant.

Le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le Dr Lepaître, demandant qu'on étudie la possibilité de verser double cotisation pour avoir double indemnité. Il ajoute que cette étude sera faite immédiatement après l'inventaire actuariel qui doit avoir lieu à la fin de l'année 1912.

M. Delpeut avait fait une proposition analogue l'année dernière. Il lui suffit de savoir que la proposition va être étudiée.

M. Servas approuve la demande de contrôle sur tous les malades chroniques qui a été faite par le secrétaire général, mais il réclame aussi une sévérité très grande lors de l'admission, car à ce moment, des fraudes sont possibles.

M. le Dr Meslier développe avec grande insistance le danger des abus pouvant venir du fait des chroniques et montre l'intérêt qu'il y a, pour cette raison, à tenir parfaitement distincts les comptes de chaque combinaison dans la *Mutualité familiale.*

M. Mignon, M. Fleury actuaire, *M. Gairal,* rassurent successivement notre confrère et disent que si le secrétaire général a insisté dans son rapport sur cette charge des chroniques, c'est par mesure préventive, pour rappeler les droits de contrôle du Conseil et non par expérience d'abus constatés. Ils ajoutent que, dans notre société basée sur calculs d'actuaires établis d'après les tables de mortalité, des renseignements de morbidité et révisables tous les six ans, les craintes de M. Meslier ne sont pas légitimement fondées.

M. Gassot répète de son côté que, depuis le début, les comptes des diverses branches ont été tenus de façon tout à fait distincte, et que, sur ce point aussi, M. Meslier peut être parfaitement rassuré.

M. Brasse a été invité plusieurs fois par le secrétaire général à procéder à l'examen de candidats ; or, jamais, il n'en a pas vu un seul ; ces candidats peuvent donc se faire examiner par des médecins choisis par eux-mêmes ?

M. Mignon désigne lui-même les examinateurs ; seulement, pour plus de facilités, il en désigne généralement deux ou trois entre lesquels choisit le candidat.

M. Maurat, président, ajoute que le Conseil n'hésite pas, lorsqu'il y a lieu, à réclamer un second examen médical. Il peut, sans doute, lui arriver d'être trompé, mais il prend toutes les mesures qu'il croit nécessaire pour être complètement éclairé. L'organisation des sections locales ne pourra qu'assurer un supplément de garanties.

L'ordre du jour étant épuisé et personne ne demandant la parole, la séance est levée.

Le secrétaire des séances, H. JEANNE.

Le Président, A. MAURAT.

ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE DU " CONCOURS MÉDICAL "

(19 novembre 1911)

L'Assemblée extraordinaire, statutairement convoquée par le n° 44 du journal, est ouverte sous la présidence de M. le Dr Jeanne, après désignation comme *assesseurs* de MM. les Drs Decourt (de Mitry-Mory) et Bellencontre (de Paris) qui prennent place au Bureau.

Le Président expose que cette assemblée est réunie pour ratifier la décision prise par le Conseil de Direction de s'adjoindre un membre de plus, M. le Dr Vimont. « Depuis sept ans, dit-il, M. le « Dr Vimont a rendu les plus grands services au « Sou médical, dont il est un des vice-présidents, « au *Concours médical* où il a collaboré à toutes « les études d'intérêts professionnels, au Syndicat

« des médecins de la Seine, comme trésorier et « vice-président, à l'Union des Syndicats, à la « Fédération parisienne, à l'Association générale « des médecins de France, comme membre tou- « jours dévoué autant qu'actif et renseigné. « Mais, de plus, à la création de la « *Mutualité « familiale* » il s'est révélé spécialiste des calculs « et statuts de toutes œuvres de prévoyance et « de mutualité, si bien que nous n'avons pas pu « hésiter à mettre ce précieux concours au ser- « vice de l'infatigable Gassot, et que M. Vimont, « remplissant en fait, depuis plusieurs années, « le rôle d'un membre du Conseil de Direction, « nous nous le sommes adjoint officiellement au « 1er octobre dernier ».

« Si vous ratifiez ce choix, ajoute le Président, « vous nous le direz en adoptant pour les articles « 11 et 13 de nos statuts les rédactions suivan- « tes :

ARTICLE 11. — *La Société est administrée, conformément à l'article* 1856 *du Code civil par un Conseil d'administration de huit membres dont un président, un Vice-Président, un Trésorier, un Secrétaire.*

Ce Conseil se réunit, etc., etc (comme à l'ancien texte).

ARTICLE 13. — *Le Conseil d'administration est actuellement composé de la manière suivante : Président, M. le Dr Gassot ; Vice-président, M. le Dr H. Jeanne ; Trésorier, M. le Dr A. Maurat ; Secrétaire : M. le Dr P. Boudin ; Membres : MM. les Drs H. Cézilly, Ch. Diverneresse, J. Noir, M. Vimont.*

Le Président met aux voix la ratification consacrée par ces modifications de text

(*Elle est adoptée à l'unanimité.*)

Le Président reprend :

En conséquence des modifications que vous venez de voter et par application de l'article 17 des statuts, le Conseil vous soumet la ratification de la convention suivante :

Entre les soussignés :

D'une part :

MM. les Drs A. Gassot, A. Maurat, H. Jeanne, H. Cézilly, Ch. Diverneresse, J. Noir et Paul Boudin, membres du Conseil de Direction de la Société civile du *Concours médical*, qu'ils représentent ;

Et d'autre part :

M. le Dr M. Vimont, 8, r. Etienne-Marcel, Paris,

Il a été convenu ce qui suit :

Article Ier. — MM. A. Gassot, A. Maurat. H. Jeanne, H. Cézilly, Ch. Diverneresse, J. Noir et P. Boudin s'adjoignent comme co-directeur de la Société civile M. le Dr Maurice Vimont

Article 2. — La présente convention sera soumise à la ratification de l'Assemblée générale extraordinaire du 19 novembre 1911

Fait en double à Paris le 1er octobre 1911.

Signé : Drs Gassot, Maurat, Jeanne, Cézilly, Diverneresse, Noir, Boudin, Vimont.

Après adoption à l'unanimité par l'Assemblée, la séance est levée.

Le Secrétaire de séance, Dr HUGUENIN. — *Le Président,* Dr H. JEANNE.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU " CONCOURS MÉDICAL "

19 novembre 1911.

La séance est ouverte aussitôt après l'Assemblée extraordinaire, sous la présidence de M. le Dr Jeanne, remplaçant M. le Dr Gassot, présent mais empêché, avec le concours des mêmes *assesseurs* : MM. Decourt et Bellencontre, et de MM. Huguenin et Dumesny comme *secrétaires*.

Le Président ouvre la séance en excusant M. le Dr Gassot et donne la parole au Trésorier, M. le Dr Maurat

Comptes et budgets

M. Maurat sollicite les observations au sujet de son rapport publié au nº 44 du journal et que chacun a eu le temps d'examiner.

Personne ne demandant la parole, le Président constate qu'il n'a qu'à faire voter sur l'approbation des comptes de l'exercice clos.

(*L'approbation est votée à l'unanimité.*)

M. Maurat soumet à l'Assemblée les prévisions budgétaires suivantes pour l'exercice qui commence, et donne toutes explications sur la raison d'être de ces chiffres :

Recettes probables

Revenu du portefeuille	2.480 »	
Dons	120 »	
Remplacements	700 »	
Subvention de la Compagnie de Vichy	2.000 »	
Versements pour la propagande par :		
Le journal *Le Concours médical* / Le « Sou Médical »	2.500 »	
		7.800 »

Dépenses probables

Frais supplémentaires du banquet	1.300 »	
Indemnités aux correspondants présents à l'assemblée de novembre 1911	1.500 »	
Indemnité au trésorier	400 »	
Frais de réunion	700 »	
Frais de propagande	2.500 »	
Frais de Contentieux	1.200 »	
Dépenses diverses	200 »	7.800

M. Huguenin demande si l'on ne pourrait pas trouver place dans les prévisions pour une petite subvention à l'Œuvre du secours immédiat de la région parisienne.

M. Maurat, trésorier, fait remarquer que cette année, à son grand regret, par suite des dépenses si bien employées pour la propagande, il ne lui reste aucune somme disponible à mettre à la disposition de l'Assemblée.

M. le Président observe de son côté qu'il y a en France au moins 4 œuvres de secours immédiat régionales (Nord, Paris, Rouen, Bordeaux), et qu'il serait peu rationnel que le *Concours médical* subventionnât une seule d'entre elles.

M. Huguenin s'incline devant ces raisons et retire sa proposition.

(*Le projet de budget est adopté à l'unanimité.*)

M. Maurat, président de la Mutualité familiale et trésorier de la Société civile du *Concours médical,* demande alors à celle-ci de faire le geste dont elle est coutumière à la naissance de chacun de ses enfants, et de doter la Mutualité familiale *d'une somme de 4.000 francs* prise sur son capital et représentée par des titres de notre excellente Maison de santé médico-chirurgicale de la rue du Sergent-Hoff (Directeur Dr WIDIEZ.)

(*L'Assemblée accueille d'enthousiasme cette proposition qui est adoptée à l'unanimité*).

Le Président donne la parole à M. le Dr P. Boudin.

Rapport du service de la propagande

M. P. Boudin. — Au cours de l'année 1911, nous avons effectué de nouveaux voyages destinés à propager les idées et les œuvres qui nous sont chères.

Ce fut d'abord une conférence faite à Troyes par les Drs Jeanne et Boudin, avec organisation du Comité départemental de l'Aube. Puis, au cours d'un voyage dans le midi, les Drs Maurat et Boudin organisèrent les Comités des Alpes-Maritimes, du Var, des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, du Gard et du Vaucluse.

Plus tard, les Drs Jeanne et Boudin organisaient les groupements du Finistère, du Morbihan, de la Loire-Inférieure, du Maine-et-Loire, avec visite aux comités déjà formés de l'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord et de la Sarthe.

Enfin, au cours de cet été, a été organisé le Comité de l'Isère. Le nombre de nos groupements de propagande s'élève actuellement à 37.

Inutile de dire que nous avons la ferme intention de continuer au cours de l'année qui vient et que nous ferons tous nos efforts pour mener à bien cette tâche qui nous fut confiée.

Malheureusement, notre ardeur est bridée par les fatigues nombreuses et surtout par la question financière. Mais les résultats obtenus sont, à l'heure actuelle, tellement encourageants que nous sommes décidés à ne rien négliger pour que le but soit vite atteint.

Nous pouvons le dire franchement ; nous avons fait en province de véritables découvertes. Alors qu'on se plaît à dire que le syndicalisme médical n'existe que sur le papier, alors qu'on représente le médecin acharné à démolir son confrère, nous avons vu de près des organisations syndicales dignes d'être données en modèle. Inutile d'insister ; tous détails ont été donnés en leur temps dans les colonnes du *Concours.*

Disons ici que nous remercions nos confrères de province de nous avoir démontré que le vrai syndicalisme de demain, le syndicat autonome et vivant par le principe du libre choix, le groupement de confrères unis pour le seul bien des malades, n'est pas une utopie.

Puis, combien réconfortantes ont été ces tournées. Nous étions touchés et confus de l'accueil qui nous était fait ; mais aussi, nous étions fiers de voir nos auditeurs au courant de tous nos travaux. Chose inimaginable, le *Concours* est non seulement lu, mais collectionné, médité, annoté. N'avons-nous même pas trouvé une femme de médecin qui lit le *Concours* pour signaler à son mari les articles qui devaient retenir son attention, alors que le pauvre confrère, débordé de travail, n'a que peu de temps à consacrer à la lecture professionnelle.

Qu'avons-nous dit, dans nos tournées ? Toujours la même chose : l'union dans le syndicat, la défense des intérêts collectifs communs par le petit syndicat local, la défense des intérêts collectifs départementaux par la fédération départementale, la défense des intérêts collectifs généraux par l'Union des syndicats. Nous avons réclamé l'autonomie du syndicat, seul groupement qui doit avoir le pouvoir exécutif et qui est le seul à savoir quand et comment il modifiera la vie confraternelle locale.

Puis, nous avons présenté le « Sou » comme le syndicat de la défense individuelle du praticien, lui permettant l'attaque comme la défense, le couvrant contre les risques de responsabilité professionnelle.

Nous avons parlé des fonds secrets du « Sou », de ses démarches spéciales, car le « Sou » entend rendre au médecin son entière indépendance et surtout n'admet pas que ses adhérents aient la douce résignation du mouton qui se laisse tondre.

Puis venait le tour de l'Association générale, de la Mutualité familiale, destinées à secourir le médecin dans la maladie, l'accident ou la vieillesse. Nous avons précisé la démocratisation des combinaisons retraite de la Mutualité familiale, qui permet à tout médecin de souscrire pour des parts de 120 francs de retraite à l'âge de 60 ou 65 ans.

Enfin, nous montrions que le *Concours* entendait rester toujours le journal d'études, journal d'avant-garde pour toutes les idées susceptibles d'être profitables au médecin ; nous ne voulons pas faire des combats inutiles et stériles : c'est pour cette raison que toute polémique a toujours été soigneusement écartée des colonnes de notre journal.

Nous avons eu de nombreuses correspondances avec nos Comités de propagande ; mais pas assez à notre gré, surchargés que nous sommes tous par le journal, le « Sou » et toutes autres besognes qui nous passionnent parce qu'elles sont médicales, professionnelles et utiles à nos confrères.

Nous avons aussi réuni, en avril dernier, les membres de nos comités, venus à Paris pour les assemblées générales de l'A. G. et de l'Union des Syndicats. Nous leur avons fait à ce moment le même reproche que nous leur faisons aujourd'hui : « Vous ne nous écrivez pas assez souvent. Vous oubliez par trop que le *Concours* est le journal de tous pour tous. Nous vous faisons un crime de garder pour vous les découvertes syndicalistes et professionnelles que nous sommes obligés d'aller dénicher en province. Pourquoi ne pas faire profiter tout le corps médical des arrangements et conquêtes que vous avez obtenus dans votre petit coin ? L'exemple doit être donné chaque jour, pour l'éducation surtout de ceux qui ne croient pas à l'avenir de notre profession. Aussi, mes chers confrères, est-ce un devoir pour vous que d'écrire dans les colonnes du *Concours.* Allant plus loin, nous pourrions vous dire : vous aurez le journal que vous méritez. C'est à vous de nous inspirer et de nous guider des conseils puisés dans votre bon sens et dans votre pratique de

tous les jours. Aidez-nous de toute manière dans notre besogne de propagande ; les médecins de demain vous en seront reconnaissants ». (*Applaudissements.*)

MM. Houdart (de Brest), *Servas* (de Bourg), *Treille* (de Lavaveix) et d'autres confrères réclament en quelques mots la continuation des voyages en province, disent les résultats qu'ils en ont observés et insistent même pour qu'on retourne périodiquement dans les centres déjà visités.

M. le Dr Boudin répond à cet égard de l'entière bonne volonté du Conseil et de lui-même et dit que tout le possible sera fait.

Le Président donne la parole à M. le Dr Noir, rédacteur en chef du journal, pour la lecture du beau travail documentaire qu'il soumet aux études de nos lecteurs pour les échanges de vues à prévoir dans nos colonnes en 1912.

Les études d'intérêt professionnel qu'impose l'actualité. Un plan sommaire d'organisation de la profession médicale.

M. le Dr J. Noir. — Messieurs et chers confrères : Le nombre des questions d'intérêts professionnels qui sont ou peuvent devenir du jour au lendemain des questions d'actualité est si grand qu'il ne m'est guère possible de faire ici autre chose qu'une sèche énumération.

Toutes les lois qui de près ou de loin touchent à la profession médicale sont sujettes à révision ; aucune ne nous satisfait pleinement, il n'en est pas une qui ne puisse donner lieu à plus d'une étude.

***

Le *Code Civil* restreint notre droit de recevoir des legs et des héritages suspectant notre honnêteté. Il laisse le secret professionnel auquel nous sommes astreints dans des limites vagues qui nous mettent parfois dans un singulier embarras et permettent aux magistrats selon leurs caprices d'étendre ou de resteindre les limites de notre responsabilité.

***

La *loi sur l'exercice de la médecine* est remplie de lacunes. Après des années d'attente et quelques lustres d'application, nous la trouvons presque aussi mal adaptée aujourd'hui que la vieille loi de ventôse, aux conditions qu'exige à notre époque la pratique de l'art médical.

Sans parler de l'inique et absurde restriction de notre droit syndical, elle est insuffisante pour la *répression du charlatanisme* qui, sous son régime a pris le caractère grandiose d'institutions riches et puissantes avec lesquelles comptent la presse, la police et même les juges d'instruction.

Elle ne permet pas de nous protéger suffisamment pour la sauvegarde de la santé publique contre les *usurpateurs du titre de docteur en médecine.*

Elle crée, avec les *chirurgiens-dentistes*, une catégorie de médecins incomplets, aux droits mal délimités, qui, à une époque où il y a une surproduction de docteurs en médecine, devraient uniquement être recrutés parmi eux.

Voilà autant de sujets d'études ayant trait à nos intérêts professionnels.

***

La *loi sur l'exercice de la pharmacie* est une loi complètement à refondre. Le pharmacien doit-il se confiner dans un commerce de médicaments qu'il ne fabrique plus lui-même ? ou doit-il, évoluant vers une situation supérieure, devenir le précieux auxiliaire du médecin, l'homme de laboratoire procédant aux désinfections, aux analyses chimiques et bactériologiques que la clinique exige de plus en plus ? Doit-il abandonner, sous certaines réserves, le monopole de la vente de maints produits dont il ne lui est du reste pas possible de garantir la pureté ? Les médecins de campagne qui se trouvent dans les conditions d'exercer la pharmacie, les *propharmaciens* en un mot selon l'expression consacrée, n'ont-ils pas le droit de se plaindre de voir du jour au lendemain leur situation amoindrie, leurs moyens d'existence supprimés, non par la concurrence du pharmacien qui vient s'établir à côté d'eux, mais par la loi même qui, un jour, rend illicite ce qui était permis la veille ?

Ne sont-ce pas là des questions d'intérêt professionnel dignes d'être étudiées et toujours d'actualité ?

Et la *loi sur les sérums*, qui à l'instant même donne lieu à un procès qui rend anxieux tous les médecins savants ou les praticiens qui ont le légitime désir de faire faire des progrès à la *thérapeutique et d'expérimenter* leurs découvertes avec prudence, mais sans risquer de poursuites judiciaires, ne mérite-t-elle pas, elle aussi, de fixer notre attention ?

***

La *loi sur les aliénés*, qui, depuis de longues années est sur le chantier, doit aussi nous inquiéter. Faut-il sans protester laisser créer un corps médical spécial d'aliénistes, ayant seuls le droit d'ouvrir et de diriger des maisons de santé ? N'est-il pas aussi singulier de voir, comme avant Pinel, considérer les aliénés comme des malades mystérieux que les médecins ordinaires ont le droit de négliger dans leurs études, comme si à notre époque de surmenage, d'intoxication et d'énervement continu, la bonne moitié des affections que nous soignons chaque jour ne confinaient pas à la folie ?

***

La *loi pour la protection de la santé publique* est encore une de ces lois mal assises, faites par un Parlement désireux de ne pas mécontenter l'électeur, tout en donnant aux hygiénistes la satisfaction illusoire d'une législation sanitaire dont notre pays fut le dernier doté parmi les nations dites civilisés.

Cette loi, élaborée par d'ingénieux politiciens, plus anarchistes en fait que les terroristes, est rédigée de telle sorte que son application utile est impossible. Elle met cependant le Gouvernement et ses administrateurs dans la nécessité de faire quelque chose pour préserver la santé publique. Alors surgissent une foule de questions, qu'il est de votre devoir d'étudier et de résoudre promptement en vous inspirant d'abord du bien public, ensuite de vos propres intérêts. Il est de votre rôle de tâcher de concilier les seconds avec le premier et de vous souvenir que quelques individualités, si intéressantes soient-elles, ne peuvent exiger le sacrifice de tous en leur faveur.

Trop souvent, dans nos discussions, il en est qui paraissent oublier que le médecin est fait pour le malade et non le malade pour le médecin. Si vous voûlez triompher ici dans vos revendications, faites-vous les défenseurs de l'Hygiène et du Progrès, devenez vous-mêmes les protecteurs de la santé publique, au besoin contre l'Etat et l'administration.

Inspirez-vous de cet esprit dans l'étude déjà faite et refaite :

De la déclaration des maladies infectieuses ;
De l'application de désinfections efficaces ;
De la prophylaxie des maladies évitables ;
De l'organisation de la vaccination obligatoire ;
De l'inspection médicale des écoles ;

Des rapports des médecins praticiens avec les bureaux d'hygiène ;

De la vérification des décès à la campagne.

Autant de sujets d'études de pressante actualité.

***

Nos *lois d'assistance* : loi sur l'assistance médicale gratuite, loi sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux incurables et aux infirmes, loi sur la protection des enfants en bas âge, sont loin d'être parfaites.

Certaines même, comme la dernière, ne peuvent réellement produire leur utile effet que si le corps médical tout entier prend part à leur application.

N'est-ce pas à nous d'étudier les moyens de faire réaliser par tous les praticiens les bénéfices que les populations doivent recueillir de cette législation qui, quoi qu'on en dise, est la plus belle dont peut s'honorer notre époque ? N'est-ce pas à nos syndicats de faire localement des tentatives, j'allais dire des expériences, pour découvrir le système idéal qui du reste peut varier avec les régions ?

Nous voyons çà et là, le libre choix du médecin par l'assisté, qui a fait ses preuves dans l'Assistance à domicile, forcer les portes de l'hôpital.

A nous de démontrer que tous les médecins d'une ville peuvent sans désordre collaborer à l'assistance hospitalière, au moins dans une sage mesure.

A nous de démontrer que les médecins doivent avoir leur place dans tous les conseils de l'assistance, dans les Commissions administratives qui ne sauraient sans sottise se passer de leur avis et faire fi de leur compétence ?

Une question soulevée par le dernier Congrès d'assistance de Nantes doit retenir votre attention ; c'est la *création d'Infirmières visiteuses des malades assistés.* Nous savons que maintes objections ont été faites par des praticiens à ce projet. Il mérite d'être soigneusement étudié et de ne pas être rejeté sans examen et *a priori* : Cette façon de procéder serait d'abord peu digne de gens que leur profession même oblige à exercer leur esprit critique et à réfléchir en hommes de science ; ensuite, en rejetant sans étude préalable pareils projets, qui paraissent proposés dans l'intérêt des malades eux-mêmes, nous nous exposons à voir démontrer leur utilité par leur réalisation et leur fonctionnement normal dans des nations voisines ; nous risquons de voir créer cette institution nouvelle malgré nous et contre nous, d'en perdre la direction qui nous en revient de droit et le contrôle qu'il serait dangereux de laisser tomber en d'autres mains. Comme les langues du bon Esope, les infirmières visiteuses peuvent être ce qu'il y a de meilleur et ce qu'il y a de pis ; tout consiste à savoir convenablement les instruire et intelligemment les diriger.

***

La *loi sur les accidents du travail* a ouvert tout un chapitre de médecine sociale dans le grand livre de nos intérêts professionnels. Les projets de réforme sont tellement nombreux que je ferais sourire de pitié Diverneresse si j'en entreprenais l'énumération.

Sans parler du perfectionnement et de la révision du tarif Dubief qui doit être constamment l'objet de nos préoccupations, il y a les questions des expertises et le rôle que doit y remplir le médecin du blessé. Il y a encore l'organisation utile et syndicale des soins à donner aux blessés pour arriver à étouffer ces deux productions dangereuses, j'allais dire immorales, qui, comme des champignons vénéneux, ont poussé sur le sol tristement fertilisé par le sang des victimes de l'industrie, je veux parler des dispensaires d'assurances et des cliniques dites ouvrières. Messieurs, des liens étroits existent parfois entre ces deux institutions qui nuisent également aux médecins indépendants ; les secondes ont parfois emprunté aux premiers leurs détestables procédés. Mais pour les combattre, il ne suffit pas de se servir d'injures et d'invectives, de prononcer des excommunications qui, à notre époque, n'ont d'autre résultat que d'attirer les sympathies qui vont naturellement à tous les persécutés. Il faut étudier les moyens de donner syndicalement aux victimes des accidents du travail certains avantages licites et indéniables qu'ils trouvent dans ces institutions et une fois les moyens trouvés, s'efforcer de les réaliser et de les perfectionner.

A la loi sur les accidents du travail va s'annexer une *loi sur les maladies professionnelles* qui vont progressivement être assimilées aux accidents. J'ai publié dans notre journal une critique du projet de la Commission de la Chambre des Députés qui, malgré les efforts de son rapporteur, notre dévoué confrère le Dr G. Laurent, ne saurait en tous points nous satisfaire. Cette loi de l'assimilation aux accidents des maladies professionnelles est de pressante actualité. N'avons-nous pas vu tout récemment voter une loi spéciale considérant l'ankylostomiase comme un accident du travail ?

Mes chers confrères, ma conviction est que toute cette législation de protection sanitaire du travail est un édifice mal construit qui sombrera un jour pour faire place à une organisation plus étendue et plus parfaite, celle de l'assurance obligatoire contre la maladie. Ce qui se passe en Angleterre doit nous ouvrir les yeux. Ne nous laissons pas surprendre du jour au lendemain, comme le corps médical britannique, et dès aujourd'hui, informons-nous et étudions de quelle façon utile et sans sacrifices de notre part, l'on pourrait instituer en France l'assurance obligatoire.

***

Je n'ai fait qu'ébaucher l'énumération des questions d'intérêt professionnel à étudier et à résoudre. J'ai passé sous silence celle de la *Réforme de l'Enseignement médical* qui cependant est capitale à nos yeux pour l'avenir de notre profession. Nombre de confrères compétents se consacrent à son étude. A mon avis, elle doit se résoudre dans la formule déjà proclamée, l'*Hôpital centre d'Enseignement.* Elle exige pour avoir un plein effet la transformation complète de notre organisation hospitalière, qui pourrait se faire attendre encore longtemps.

Comme mesure transitoire, j'ai proposé l'obligation, en fin de scolarité, à tout étudiant de faire une année d'internat dans un hôpital de quelque importance. Les jeunes médecins feraient tous ainsi une année de véritable apprentissage sous la direction de praticiens qui, sans doute, ne seraient pas tous de grands savants, mais qui, ayant tous une grande expérience, pourraient les conseiller et les guider.

***

Il ne suffit pas, mes chers confrères, de provoquer la réforme des lois qui nous concernent. Même en obtenant leurs modifications dans le sens qui nous paraîtrait le plus favorable, nous n'aurons pas fait une grande conquête, peut-être même n'aurons-nous réussi qu'à river plus solidement à notre cou la chaîne du fonctionnarisme que beaucoup de politiciens et même quelques médecins considèrent comme le plus beau cadeau qui doit nous être fait. Il faut nous organiser de telle sorte que les lois ne puissent être bien appliquées sans notre concours, ni donner sans nous leur plein effet.

Il faut qu'à côté de la médecine publique, nous parvenions, dans l'intérêt même de nos malades, à tirer le meilleur parti de notre clientèle privée.

Pour cela, il faut que les médecins soient de leur époque, qu'ils marchent avec le progrès, qu'ils ne

s'associent pas seulement pour se défendre passivement comme les moutons bêlants qui s'adossent pour résister à la tourmente, mais qu'ils se groupent intelligemment pour offrir à leurs clients toutes les ressources dont les découvertes scientifiques dotent chaque jour la médecine et que le praticien le plus consciencieux et le plus instruit ne peut à lui seul posséder.

Je vais en quelques mots vous donner le schéma idéal de ce que devrait être, à mon avis, l'organisation moderne de la profession médicale, en insistant d'avance sur ce que ce projet a de chimérique à cette heure. Comme tout idéal, il indique une direction vers un but peut-être inaccessible, mais vers lequel il serait utile de nous orienter. Du reste, je ne suis pas certain d'être le premier à faire ce rêve et j'ai entendu dire, sans pouvoir à mon grand regret le vérifier, qu'il y a quelque 6 ou 7 ans, l'éphémère *Revue de Déontologie* publia un projet analogue sous la signature du Dr Filderman.

Les médecins d'un département devraient, à mon avis, former une ou plusieurs organisations syndicales qui, basées sur la loi de 1884, auraient comme nos syndicats actuels la haute direction de la défense professionnelle. Ces syndicats patronneraient et au besoin contrôleraient de petites associations coopératives, qui ne seraient pas, du moins pour l'instant, des syndicats puisque la loi de 1884 limite pour les associations professionnelles le droit de posséder et de faire œuvre commerciale. Ces petites sociétés médicales pourraient se constituer facilement, je crois, à l'abri des nombreuses lois qui réglementent les associations ordinaires, commerciales, ou industrielles. Ces petites associations coopératives comprendraient tous les médecins d'un arrondissement, d'un groupe de cantons ou d'un canton, d'un quartier ou d'une section dans une grande ville, et ces confrères deviendraient commercialement de véritables associés. Chacun détiendrait sous forme d'actions ou de parts une fraction du capital qui servirait, selon les ressources de la communauté, à la création d'institutions destinées à l'amélioration des moyens d'exercer la profession médicale.

Des statuts bien étudiés seraient rédigés de telle façon que tout accaparement, toute inégalité de droits entre les associés, ne pourrait se produire.

Le nombre des associés pourrait être fixé proportionnellement à la population et une sorte de limitation des médecins serait ainsi obtenue en fait.

Le premier souci de cette association coopérative serait de créer une maison médicale, sorte de vaste clinique qui pourrait être aménagée à bon marché d'abord, puis être progressivement améliorée. Un petit nombre de lits, une salle d'opérations improvisée, pourraient avant peu donner à cette maison les allures d'un dispensaire-hôpital. Qu'on ne dise pas que cette réalisation est impossible, un groupe de médecins pourrait facilement faire ce qu'un peut réaliser à lui seul.

Il existe de ces petits dispensaires-hôpitaux improvisés dans diverses villes de province ; j'en ai visité, et tel jeune chirurgien habile, aidé d'un ou de plusieurs confrères voisins, y obtient des succès qui ne dépareraient pas la statistique de nos maîtres parisiens les plus réputés.

Chaque médecin pourrait dans cette maison opérer ses malades ou les faire opérer par un de ses coassociés et, dans les cas exceptionnels, par un grand chirurgien appelé de la ville.

Chaque membre de l'association exercerait librement dans sa clientèle privée ; mais, tout en restant un praticien tout court, chacun s'efforcerait selon ses goûts, selon le hasard des services hospitaliers suivis autrefois, de se spécialiser dans l'étude d'un groupe de maladies. Il ne deviendrait pas un véritable spécialiste, mais serait un praticien plus instruit dans une spécialité, qui pourrait acquérir, par une étude plus approfondie ou quelques stages dans les services de perfectionnement qui existent à l'heure actuelle, une connaissance relative d'une spécialité, une certaine habileté technique permettant de bien pratiquer un examen spécial, de poser un diagnostic difficile, de conseiller un traitement, de pratiquer couramment une intervention urgente. Tel serait quelque peu oculiste, tel autre se cantonnerait dans l'oto-rhino-laryngologie, l'un préférerait la stomatologie et l'art dentaire, son voisin évoluerait vers les voies urinaires ; celui-là, aux goûts chirurgicaux, préférerait l'orthopédie, celui-ci s'adonnerait aux études neuropathologiques.

Un physicien par goût s'occuperait d'électricité et de radiologie. Un autre, bactériologiste, consacrerait une partie de son temps aux analyses biologiques. Tous trouveraient un emploi à leur activité. L'association ferait les frais d'un outillage qui serait amélioré tous les ans, et qui, à la disposition de tous, parce que la propriété de tous, serait sous la surveillance de chaque praticien spécialisé. Il s'ensuivrait qu'avec des heures de consultation bien réglées à la maison médicale, aucun membre de l'association ne serait embarrassé ; il aurait toujours, sans être en rien diminué, un confrère voisin plus compétent que lui, capable de lui prêter son concours dans un cas difficile. Le malade serait mieux soigné et ne regretterait pas le petit supplément de frais qui lui éviterait le voyage à la ville et un long et parfois trop tardif séjour à l'hôpital dans le service d'une véritable spécialité.

On verrait moins de borgnes et d'aveugles dans nos campagnes, on rencontrerait moins de boiteux ou d'estropiés. Les spécialistes de la ville n'y perdraient rien, car toute cette clientèle de petits malades serait en réalité arrachée à l'hôpital.

La maison médicale ainsi dotée et organisée serait un lien puissant entre les membres de l'Association coopérative. Ainsi liés entre eux, ils jouiraient d'une action puissante sur les administrations régionales ; on ne saurait sans eux organiser le plus petit service public, d'autant plus qu'avec la maison médicale, ils disposeraient de moyens matériels que les communes, les cantons, les chefs-lieux d'arrondissement même ne pourraient se procurer et que, moyennant rétribution, ils pourraient mettre au service des municipalités, des collectivités pour l'assistance médicale ou l'hygiène publique.

Le libre choix du médecin par le malade serait absolument respecté.

Ces associations largement ouvertes seraient d'autant plus recherchées qu'il serait difficile d'exercer, sans en faire partie, d'une façon productive.

Elles seraient obligées aussi de recruter un nombre suffisant de médecins, car elles ne tarderaient pas à péricliter si elles ne pouvaient répondre à toutes les demandes, ou elles seraient obligées de céder en fait une partie de leur clientèle aux médecins d'une région voisine mieux organisés. Les conflits seraient soumis statutairement à l'arbitrage, à celui du syndicat de la région, par exemple.

Chaque médecin garderait le bénéfice de sa clientèle privée, mais chaque fois qu'une consultation, une intervention seraient nécessaires, exigeant le matériel ou les locaux de la maison médicale, les honoraires seraient partagés dans une proportion à fixer entre le consultant, le médecin traitant et la caisse collective de la Maison médicale. Les ressources de cette caisse collective serviraient à l'entretien de la maison et de son matériel, à leur amélioration et leur développement, à la création de toutes œuvres utiles aux méde-

cins et aux malades : organisation d'offices de recouvrements, création de bibliothèque, de caisses de secours, subventions aux infirmières visiteuses de malades qui seraient bien ainsi sous la dépendance du corps médical, affiliation aux sociétés de défense telles que le « Sou Médical », etc., etc.

Vous voyez quels avantages le corps médical retirerait de cette organisation, quel bien en résulterait pour les malades, quels bénéfices pourraient réaliser, en les rétribuant, — je ne dis pas subventionnant — l'Assistance, la Mutualité, les organisations ouvrières ou patronales.

Oh ! j'entends une objection. C'est la reconstitution de la vieille corporation et gare à la tyrannie corporative !

Eh bien ! non. Il n'y aurait pas de loi pour imposer l'inscription du médecin dans l'Association coopérative. Chacun y entrerait librement, et en sortirait quand son intérêt n'y serait pas sauvegardé.

Ces associations ne seraient prospères qu'avec une bonne administration, une belle entente, une égalité absolue entre les membres.

Et ce n'est pas ici que l'on peut soutenir qu'il est impossible à un groupe de médecins de s'entendre et de faire œuvre prospère, utile, sans léser d'intérêts respectables.

Ce projet n'est pas une simple vue de l'esprit. Nos amis Jeanne et Boudin en ont signalé des ébauches dans quelques syndicats de l'Ouest.

Dans une ville industrielle du Nord, où les médecins avaient été longtemps rebelles à toute entente, un syndicat s'est formé où, par une véritable coopération, les médecins s'assurent mutuellement un service de remplacement du samedi soir au lundi matin tous les 15 jours et durant une période de 18 jours lors des vacances. Les médecins non titulaires des services de l'hôpital servent de suppléants et d'aides à leurs confrères pourvus d'un service et sont rétribués sur la caisse syndicale qui reçoit les honoraires de certaines interventions rétribuées. Tout cela est né de la nécessité de se grouper et de coopérer pour vivre, tout cela naîtra et se développera sous l'influence du besoin.

Et si le corps médical français est incapable de faire cet effort, de sacrifier quelques petites libertés à l'Association coopérative pour sauvegarder sa Liberté, son Indépendance, il tombera fatalement dans le fonctionnarisme, car l'Etat, comme cela est son droit et même son devoir puisqu'il doit veiller aux intérêts de tous et par conséquent à la santé publique, créera peu à peu, avec nos impôts et selon ses propres intérêts, les services médicaux et sanitaires dont nous aurons dédaigné l'organisation.

Alors, le médecin français fera entendre ses lamentations et ses regrets et, sans doute, il se rencontrera un Molière pour lui rire au nez et lui faire dire :

« Vous l'avez voulu, Georges Dandin, vous l'avez voulu ; cela vous sied fort bien, et vous voilà ajusté comme il faut ; vous avez justement ce que vous méritez ». (*Applaudissements.*)

Le Président. — Messieurs, j'entends vos applaudissements, mais personne ne me demande la parole.

C'est que vous comprenez, en effet, l'impossibilité de discuter au pied levé tel ou tel des points passés en revue par notre rédacteur en chef. Il a tracé de main de maître le cadre dans lequel tourneront nos préoccupations prochaines. C'est à tête reposée et la plume à la main que vous participerez à ces études de défense professionnelle, qui sont l'une des deux raisons d'être de notre Société.

Je donne la parole à M. le Dr Vimont, pour une autre question, une création dans le domaine de la prévoyance professionnelle, qui est notre deuxième raison d'être.

Projet de branches nouvelles dans la Mutualité familiale. — Mutuelle décès. — Mutuelle dotale.

Mes chers Confrères,

Le *Concours médical* depuis sa fondation a toujours eu pour but de protéger le médecin contre les risques et difficultés qu'il pouvait rencontrer au cours de son existence. Il a protégé le médecin dans l'exercice de sa profession contre les mauvais clients et les collectivités tyranniques par la création du « Sou médical » et de sa caisse de garantie. Il a assuré le praticien contre la maladie, l'accident, l'invalidité, la vieillesse et la mort, risques communs de toute existence, par la Caisse des Pensions et l'Amicale fusionnées actuellement dans la Mutualité familiale et professionnelle des Corps français.

Il manquait au cadre de cette société mutuelle pour être réellement complète et familiale, des caisses d'assurances. En effet, les pensions donnent bien au médecin ou à la veuve la sécurité du lendemain, mais ces pensions ne se liquident qu'à certaines époques et ne forment qu'une somme minime par trimestre. Or, dans bien des cas, il est indispensable de mettre aux mains d'une épouse ou d'enfants une somme d'argent suffisante pour parer aux premières nécessités qui suivent la mort du chef de famille. Il y a des droits funéraires à acquitter. Souvent la veuve a besoin d'un capital modeste pour trouver une occupation, pour créer un commerce qui lui permettra de vivre. D'autre part, il y a des trimestres de pensions à acquitter pour l'instruction des enfants, quelquefois des frais à avancer pour leur établissement. C'est à ces préoccupations que s'adresse l'assurance au décès.

Le praticien lui-même, si, à la fin de sa carière, il touche sa pension, désire parfois la compléter par une rente viagère, l'assurance mixte lui en fournira les moyens. Il pourra de même par cette combinaison acheter la maisonnette, home de sa vieillesse, où le jardinet qui doit occuper ses loisirs.

S'il veut doter ses enfants, s'il veut, lorsqu'ils atteindront l'âge de la retraite, leur créer des ressources capables de servir à une rente viagère, il pourra s'adresser aux combinaisons d'assurances différées. Elles lui serviront également à garantir les vieux jours d'une épouse ou, j'ose le dire, d'une compagne de sa vie.

Ces quelques aperçus vous montrent l'utilité de la création des Caisses d'assurances.

Comment pouvons-nous les établir ?

Nous n'avons jamais eu l'intention de nous transformer en compagnie d'assurances, nous voulons assurer simplement au praticien et à sa famille un minimum qu'il pourra, s'il est plus fortuné, compléter dans les organisations financières. C'est, du reste, l'esprit qui a toujours présidé à l'organisation de la Caisse des pensions et de l'Amicale aujourd'hui la Mutualité familiale. Nous voulons encourager la Prévoyance et non la spéculation.

Pouvons-nous établir des combinaisons qui rentrent dans le cadre de notre mutualité familiale, c'est-à-dire régies par la loi de 1898 et non sur celles de 1905 régissant les compagnies d'assurances.

Plusieurs moyens s'offrent à nous. Nous pourrions créer une caisse autonome d'assurances mutuelles. Mais pour la réaliser, il faudrait de nombreuses adhésions, 2.000 au moins pour avoir l'approbation de la direction de la Mutualité. Ce serait reculer à l'infini notre assurance-décès et la rendre illusoire et problématique.

Nous pourrions, comme société mutuelle, faire une assurance à la Caisse nationale d'assurance. Mais, pour cela, il faut qu'elle soit collective, c'est-à-dire comprenant tous les membres de la Société, d'où difficulté . D'autre part, la somme maxima assurée est de 1.000 fr., somme souvent trop modeste pour rendre des services à nos veuves. Enfin, elle est loin d'être avantageuse, car les primes sont fixées sur l'âge moyen du groupe et sur la mortalité des années précédentes. Elles augmentent donc avec le vieillissement du groupe et finissent par devenir très élevées. Elles ont les inconvénients des collectes dites du franc au décès, avec seulement la sécurité en plus.

Notre mutualité a toujours eu pour principe de baser ses diverses combinaisons sur des calculs d'actuaire, calculs mathématiques qui seuls peuvent assurer la sécurité du lendemain. Elle devait donc rejeter la combinaison simpliste et séduisante du franc au décès. Ces sociétés, prospères au début, voient progressivement leurs charges augmenter avec le vieillissement du groupe, vieillissement qui n'est pas compensé par le rajeunissement à l'entrée, elles périclitent et font un jour faillite à leurs engagements, trompant les espérances des vieux sociétaires qui avaient mis en elles leur confiance. La durée de ces sociétés varie selon les nombreux exemples connus entre 30 et 45 ans.

Ces éliminations faites quelle forme adopter pour offrir à nos adhérents les primes les moins élevées avec le maximum de sécurité , c'est-à-dire primes avec réserves mathématiques basées sur des calculs de probabilité ?

En créant nous-mêmes un groupe d'assurance, mais en faisant la contre-assurance de nos contrats à l'*Union mutuelle* de l'assurance en cas de décès, union qui groupe un grand nombre de sociétés de secours mutuels, 100 environ, et dont le fonctionnement est régi par la loi de 1898 sur la Mutualité ;

Nous y trouvons les avantages suivants :

Bénéfices de la loi des nombres qui fait qu'une assurance offre d'autant plus de sécurité qu'elle groupe un plus grand nombre d'adhérents ;

Primes basées sur des calculs d'actuaires, par conséquent avec réserve mathématique, primes aussi réduites que possible, puisque l'Union, vivant sous le régime mutualiste, toutes les fonctions sont gratuites : pas de directeur ni d'administrateurs à renommer, pas d'actionnaires, pas de courtiers ;

Inventaire à époques déterminées ;

Pas d'examen médical à l'entrée, mais déclaration du postulant qui affirme n'être atteint d'aucune maladie et une année de stage.

L'âge d'entrée est limité à 50 ans. Par exception, ceux qui adhéreraient dans le mois qui suivra la date de la création du groupe assurance seront admis jusqu'à 60 ans à condition que l'âge moyen du groupe ne dépasse pas 60 ans.

Les contrats sont souscrits par portions de 500 fr. jusqu'à 3.000 fr., à l'instar de ce qui existe pour les combinaisons pensions qui vont de 120 à 1.200 par 120 fr.

A titre de renseignements, ces assurances d'après la loi ne peuvent être faites qu'en faveur d'un membre de la famille et, si aucune désignation n'a été faite, dans l'ordre suivant :

Conjoint ;
Descendants ;
Ascendants ;

Les autres membres de la famille dans l'ordre fixé par le Code civil.

L'Union ne paie pas en cas de duel ou de suicide.

Après vous avoir donné quelques aperçus sur les conditions essentielles du contrat qui nous lierait avec l'Union mutuelle, voici approximativement les primes à payer :

Assurance au Décès.

Pour une somme de 500 fr. — Prime payable annuellement vie entière.

Age du 1er versement	Pour 500 fr. — Prime annuelle	Pour 3.000 fr. — Prime annuelle
25 à 35 ans	10.25	61.10
35 à 40 »	12.75	75.50
40 à 45 »	14.25	85 50
45 à 50 »	18.25	109.50
50 à 55 »	21.75	130.60
55 à 60 »	25.60	159,30

Assurance Mixte.

Pour un capital de 500 fr. — Prime annuelle.

AGE du 1er versement	DURÉE DE L'ASSURANCE 15 ans	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans
25 à 29 inclus			16.30	14.50	12.10	
30 à 34 »		22.90	18.10	16.75		
35 à 39 »	31.30	23.50	19.30			
40 à 44 »	31.60	24.15				
45 à 49 »	32.50					
POUR 3.000 FR.						
25 à 29 inclus			97.80	87	72.60	
30 à 34 »		137.40	108.60	99.80		
35 à 39 »	187.80	141	115.80			
40 à 44 »	189.60	144.90				
45 à 49 »	195					

Pour les assurances mixtes, pour que l'assuré touche lui-même le capital à l'âge fixé par le contrat, il est nécessaire qu'il ait 50 ans d'âge et 15 ans de sociétariat. Si les 3 premières années dues par le participant à l'assurance mixte n'ont pas été payées intégralement à la date où cesse le contrat, les primes payées restent acquises à la société.

Si ces 3 années ont été payées, le participant qui désire résilier son contrat aura droit au remboursement des cotisations versées sans intérêt s'il est vivant à l'expiration de ce contrat. S'il vient à décéder avant l'âge fixé par son contrat, ses héritiers auront droit au même remboursement sans intérêts.

***

En dehors de ces deux formes d'assurances, assurances décès et assurance mixte, nous serions désireux de créer un groupe d'assurances différées permettant aux médecins soit de garantir une dot à leurs enfants, ou un capital convertible en une rente viagère pour leurs enfants, leurs épouses ou compagnes à un âge déterminé.

Le maximum de cette assurance serait de 5.000 fr. par personne assurée. Elle serait faite par la Caisse d'assurance de l'Etat, notre Mutualité familiale n'y coopérant qu'à titre d'intermédiaire.

Cette combinaison se ferait par somme de 500 fr. jusqu'à 5.000 fr.

Le capital différé peut être obtenu soit par versement d'une prime unique, soit par primes échelonnées par années.

Sans vous présenter un tableau des primes à payer, je veux vous en donner quelques indications en vous fournissant des exemples.

Un père veut garantir à un enfant une dot de 500 fr. payable à l'âge de 20 ans, il commence ses versements à l'âge de 3 ans du bénéficiaire. Il devra verser en une fois 268 fr. 38 ou bien 20 fr. 80 par an.

Si au lieu d'une assurance dotale, il veut garantir à son enfant à l'âge de 50 ans, une somme de 500 fr. le premier versement ayant lieu au même âge, il versera en une fois la somme de 80 fr. ou, si Dieu lui prête vie, la somme de 3 fr. 55 par année.

S'il veut laisser à sa femme une somme de 500 fr. payable à 50 ans, s'il commence ses versements lorsque la bénéficiaire est âgée de 30 ans, il devra verser en une fois 229 fr. 03 ou 16 fr. 90 par année. S'il recule le versement à 60 ans, il devra verser en une fois 137 fr. 85 ou 7 fr. 95 par an. Ces chiffres sont approximatifs.

***

J'ai voulu dans cet exposé un peu long bien qu'incomplet, vous montrer l'utilité d'adjoindre au cadre de la Mutualité familiale des groupes d'assurances. Nous pourrions peut-être recevoir pour l'accomplissement de notre œuvre le concours de l'A G. qui pourrait aider les confrères mis dans l'impossibilité de payer temporairement leurs primes et favoriser les petits contrats de 500 fr. par une combinaison à étudier. Elle diminuerait peut-être notablement les secours immédiats qu'elle verse aux veuves lors du décès de leur mari.

Si tel est votre avis, votre conseil étudiera ces différents modes d'assurances, établira des statuts qu'il vous soumettra dans une prochaine assemblée et vous aurez ainsi un groupement mutuel qui répondra alors des risques de la vie et offrira au médecin prévoyant la sécurité du lendemain pour lui et sa famille : c'est le but qui nous ne cesserons de nous proposer. (*Applaudissements.*)

Le Président. — Messieurs, je dois vous dire que le Conseil de l'A. G. a eu, de son côté, la préoccupation d'étudier l'assurance-décès d'après les mêmes voies et moyens que ceux qui viennent d'être envisagés. Ne vous semblerait-il pas rationnel que nous lui demandions de les poursuivre en commun par voie de commission mixte ou tout autre procédé analogue ?

M. le Dr Lande, président de l'A. G, après avoir donné son adhésion de principe à l'idée mère du projet Vimont, promet d'en saisir le plus tôt possible le conseil de l'Association Générale et de rassembler pour l'étude divers documents recueillis déjà par la Société de la Gironde, par MM. Lepage, Levassort, Darras et d'autres confrères.

M. le Dr Houdart dit qu'il connaît au mieux l'*Union mutuelle* proposée comme intermédiaire par M. Vimont, et il engage ceux qui étudieront le projet à se tenir de préférence dans la solution à rechercher par le concours de cette Société, dont le Dr Courgey, rédacteur du *Concours médical*, est d'ailleurs un des vice-présidents.

L'Assemblée adopte le principe du projet et de son étude en collaboration avec le Conseil de l'A G.

La refonte du Tarif Jeanne.

Le Président. — M. le Dr Marichal, de Thoissey (Ain), a été conduit, en se préoccupant du relèvement des honoraires, qu'on ne peut plus ne pas généraliser, à nous prouver que, dans bien des cas, les minimums prévus par le Tarif Jeanne étaient un obstacle à ce relèvement. Nous publions au journal les observations de notre confrère qui pourront être la base d'une rédaction nouvelle. Mais, votre Conseil de Direction, se souvenant qu'il en fut fait déjà d'autres sur le même sujet devant le Congrès de Lille, notamment par MM. les Drs Vimont et Chapon, vous demande de constituer en noyau de commission ces divers confrères, qui s'en adjoindront d'autres, et prépareront, pour l'année prochaine, sous le titre de *Tarif du Concours médical*, une nouvelle édition de la petite brochure qui, œuvre personnelle jadis, portait le nom de *Tarif Jeanne. (Adopté à l'unanimité.)*

La révision du Tarif Dubief.

Le Président. — Beaucoup d'entre vous ont demandé avec impatience où en étaient les travaux de la Commission de révision du Tarif Dubief.

Je puis vous dire que le nouveau tarif des frais pharmaceutiques est adopté et qu'il s'imposera aux propharmaciens comme aux pharmaciens. Je sais aussi que la question de modification de la Commission, par désignation de plusieurs médecins de plus, paraît conserver bien moins d'importance que la nécessité de préciser à nouveau le minimum des chiffres d'honoraires jusqu'où peuvent descendre les représentants des Syndicats médicaux choisis par le Ministre.

M. le Dr Proby. — Ne pourrait-on pas aujourd'hui décider de provoquer l'avis des Syndicats sur les bases minima dont vous parlez ?

Le Président. — Ceci n'est pas l'affaire du Conseil du *Concours médical* qui, partisan de l'autonomie et de l'émancipation absolue des Syndicats médicaux, n'a aucune ingérence, par mots d'ordre, à pratiquer dans leur administration. Que les intéressés se concertent hors séance s'ils le croient utile et qu'ils portent leurs projets au nouveau Conseil de l'Union.

MM. Philippeau et de Lauradour présentent quelques observations sur les commissions d'arbitrage qu'ils considérent comme question connexe à celle du Tarif Dubief. Il est prononcé même renvoi au Bureau de l'Union.

M. le Dr Coste rappelle, par un exemple publié *in extenso* dans le journal, que, si les exigences du Tarif en préparation excèdent, pour les médecins, la possibilité de la mise en pratique, il y a moyen de se passer du Tarif Dubief pour l'application de la loi quand même.

Plusieurs confrères apportent à la thèse de M. le Dr Coste l'appui d'expériences régionales analogues à celle des médecins de Creil et environs.

Me Gatineau dit que si les syndicats médicaux doivent manifester au sujet du tarif Dubief, ils feraient bien aussi, et en même temps, de réclamer modifications de la loi-accidents sur les points déjà signalés antérieurement, auquel il en ajoute un autre.

Un artifice de rédaction du paragraphe 5 de l'article 15 de la loi-accidents nous fait souvent perdre le bénéfice du recours contre les juges de paix, et notamment en matière de recouvrements d'honoraires. Il suffirait que la seconde phrase de ce paragraphe fût placée en paragraphe 6 pour que

disparût le déni de justice, volontaire ou non, dont nous sommes victimes.

M. le Dr Dubuisson demande que tous les textes de modification de la loi lui soient remis à bref délai pour être soumis par lui à la Commission d'assurance et de prévoyance de la Chambre des Députés, commission dont il fait partie.

M. le Dr Divernéresse accepte de réunir ces textes et d'en faire la mise au point.

La date de nos Assemblées générales.

M. le Dr Reumaux (de Staples) demande par lettre que les statuts mêmes de la Société civile du *Concours médical* portent date fixe pour l'Assemblée générale.

M. *Jeanne* indique que, depuis vingt ans, la tradition a placé cette assemblée, sans aucune exception, au 3e dimanche de novembre, et que nulle demande bien motivée ne s'est jamais produite contre cette tradition.

Mais il appartient à l'Assemblée de dire s'il faut se lier les mains jusqu'à réinscrire la date dans les statuts.

(*L'Assemblée est d'avis qu'il faut rester dans le statu quo créé par la seule tradition*).

La séance est levée à cinq heures.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU " SOU MÉDICAL "

(19 novembre 1911)

La séance est ouverte à cinq heures sous la présidence de M. le Dr Maurat assisté de Me Gatineau, conseil judiciaire, et de tous les membres du bureau et du Conseil d'administration.

A la demande du président, M. le Dr Gassot, trésorier, offre de donner renseignements ou réponse à propos des observations au sujet des comptes qu'il a présentés par le no 46 du journal.

Personne ne demandant la parole, M. le Dr Pamart lit le rapport suivant des commissaires des comptes.

Mes chers Confrères,

En exécution du mandat que vous nous avez confié, nous avons procédé, mon confrère Noir et moi, à la vérification des écritures sociales et constaté leur parfaite concordance avec les énonciations du bilan et des comptes de l'exercice 1910 soumis à votre approbation.

La séparation des comptes de la Caisse générale et de la Caisse de garantie apparaît comme une innovation très utile.

Nous vous demandons donc d'approuver les comptes et de vous joindre à nous pour remercier notre confrère Gassot de son dévouement constant au « Sou Médical ».

Paris, le 19 novembre 1911,

(*L'Assemblée adopte à mains levées et à l'unanimité les conclusions de ce rapport*).

M. le Dr Gassot présente la situation au 1er octobre 1911 dans les termes suivants :

Actuellement, mes chers confrères, le « Sou médical » compte 2.246 membres et l'année 1911 a enregistré le total de 542 adhésions nouvelles.

Nos recettes, au 1er octobre, étaient de 49.630 fr.38 savoir :

Cotisations	44.303 »
Intérêts	1.038 73
Recouvrements et rappels	608 45
Dons	80 20
Remboursements	3.600 »
Total	49.630 38

Nos dépense , à la même date étaient de 26.251 fr. 45, savoir :

Frais généraux	2.852 05
Secrétariat général	3.750 »
Frais de réunions hebdomadaires	1.200 »
Service judiciaire	14.282 40
Service des accidents du travail	3.000 »
Répression de l'exercice illégal	300 »
Défense professionnelle générale	100 »
Propagande	545 »
Fonds secrets	222 »
Total	26.251 45

Mais il ne faut pas oublier que d'ici la fin de l'année, nos recettes n'augmenteront pas sensiblement tandis que nous aurons à pourvoir aux dépenses du quatrième trimestre et que nous aurons à verser 4.492 fr. à *la caisse de garantie*.

Quoi qu'il en soit, la situation financière du « Sou Médical » est excellente, malgré l'augmentation continuelle de l'importance de ses services dont on ne se rend véritablement compte qu'en les voyant fonctionner au jour le jour.

Et, parallèlement à cette situation augmente son autorité morale dans tous les milieux ; la peur du « Sou Médical » y devient le commencement de la sagesse. (*Applaudissements.*)

M. le Président demande si quelqu'un a des observations à soumettre au sujet du rapport du Secrétaire général antérieurement publié.

Un échange de vues s'établit entre Me Gatineau, MM. les Drs Paradis et Brasse et divers autres relativement à la situation de la jurisprudence en matière d'hospitalisation des victimes du travail, situation qui indique l'obligation pour le Conseil de rester très prudent et de se défier de généralisations hâtives sous prétexte de certains jugements favorables.

Sur l'invitation du président, M. le Dr P. Boudin, secrétaire général, donne lecture du rapport suivant :

L'admission des Syndicats médicaux au « Sou Médical ».

M. le Dr Boudin. — Tout praticien qui exerce la profession médicale a le légitime désir de faire respecter ses droits professionnels, en tant que citoyen, homme privé et producteur dans la société. Il veut par exemple, résister aux révocations injustifiées des

services publics, lorsque le libre choix du médecin a été établi ; il doit se défendre pour ses recouvrements d'honoraires ; il doit pouvoir attaquer ses diffamateurs ; il doit pouvoir être couvert contre la responsabilité professionnelle.

Mais, nous savons depuis longtemps que le « Sou Médical » a été institué pour assister le praticien dans la défense de ses intérêts *individuels*.

Cependant le médecin vit avec d'autres confrères, dans une région. Il a donc encore à envisager ses intérêts *collectifs* et *corporatifs*.

Pour ces derniers, un cadre de défense est tout organisé. S'agit-il d'intérêts collectifs communaux ou locaux (hôpital local, mutualités, subventions communales, etc.) ? Le syndicat local est là pour discuter avec le maire et son conseil municipal.

Est-ce une question départementale qui est en jeu (assistance médicale gratuite, enfants assistés, vaccinations, etc.) ? Ce sera le rôle de la Fédération départementale que de causer avec le préfet ou le Conseil général.

Mais, comme tout médecin exerçant en France, le praticien a des droits et devoirs corporatifs généraux (lois de solidarité sociale, lois sur les accidents du travail, déclaration des maladies contagieuses, etc.). Ce sera l'Union des Syndicats médicaux qui se chargera de cette partie.

A première vue, ce cadre de défense des intérêts médicaux est très bien organisé ; mais en réalité, difficile est la bataille et nombreux sont ceux qui cachent leur égoïsme et leur abstention en criant à la faillite et à l'impuissance des Syndicats médicaux et de leur Union.

Oui, difficile est la tâche, parce que l'argent fait défaut pour soutenir les procès nécessaires devant toutes les juridictions, puis parce que les conseils médico-juridiques manquent bien souvent. D'autre part, les passions locales et surtout individuelles sont fortes parmi les médecins ; beaucoup font passer l'individu avant les intérêts collectifs et vitaux de la corporation ; puis, trop de politique, qui aveugle nombre de gens combatifs et les détourne de leurs véritables préoccupations ; trop de situations acquises, détenues souvent par les dirigeants des Syndicats : voilà la vraie cause de notre faiblesse momentanée.

Aussi, depuis longtemps, le « Sou » est-il vivement sollicité d'admettre dans son sein les Syndicats médicaux globalement.

De même que le « Sou » défend le médecin quant à ses intérêts professionnels privés, nous disent les partisans de cette adhésion des Syndicats, de même notre Ligue aurait à soutenir les intérêts privés de chaque Syndicat.

Chaque groupement local a une vie propre, différente de celle du Syndicat voisin. Il a besoin de son autonomie pleine et entière, pour lutter ou modifier la vie professionnelle dans sa région, selon le moment, les habitudes, le genre de vie, etc.

En effet, l'application du principe du libre choix ne se poursuivra pas partout avec la même tactique. Ici prudence, là brutalité ; mais toujours énergie et conviction ; tel Conseil général sera accessible au raisonnement ; tel autre, aux menaces de démissions.

Le relèvement des honoraires ne se fera pas non plus de la même manière et telle région retardataire au prix minime de vingt sous la visite ne pourra être mise en parallèle avec telle autre où la visite se paie 3 francs.

Il conviendrait donc d'envisager le Syndicat local comme une personne morale qui, tout comme le médecin individuel, a des besoins personnels. Mais, tout comme le praticien, le groupement professionnel est paralysé par le manque d'argent et par l'absence de conseils juridiques autorisés.

Ainsi, que fera un Syndicat qui voudrait poursuivre un illégal ? Intentera-t-il une action judiciaire en exercice illégal de la médecine, ou en concurrence déloyale ? Aura-t-il les ressources suffisantes pour aller devant toutes les juridictions, si son adversaire l'y entraîne ? Qu'en dites-vous, syndicat de Valence ?

Voici une lutte pour obtenir, dans une commune, l'application du règlement départemental, mettant en vigueur la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite. Le maire se refuse à inscrire un seul indigent. Que fera le Syndicat ? Ira-t-il devant le préfet, puis devant le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, au ministère de l'Intérieur ?

Et devant les obstacles politiques qu'il rencontrera dans cette question, aura-t-il la liberté suffisante pour agir ? Heureusement que le « Sou » était venu au secours des médecins d'Oyonnax, en pareille occurrence et leur a fait rendre justice.

Le Syndicat local aura-t-il l'énergie de combattre, par tous les moyens, les situations acquises ? Tel président, titulaire de nombreux fixes, saura-t-il faire taire son intérêt privé devant l'intérêt général des confrères qu'il préside ? Et, dans la lutte juridique qui pourrait s'en suivre, n'y aurait-il pas utilité à demander au « Sou » aide et assistance pour établir dans la région le libre choix et le tarif à la visite de la part des collectivités ou des individualités qui ne veulent pas de ce système nouveau, car ce serait augmenter, pour eux, les frais médicaux, jusqu'alors dérisoires ?

La question qui se pose est donc la suivante : Y a-t-il intérêt, pour un Syndicat, à donner son adhésion au « Sou médical », tout comme un praticien quelconque ? Ce faisant, il aurait droit aux conseils juridiques, documents de jurisprudence, textes de lois et de décrets dont le « Sou » est toujours prodigue. Puis, pour faire taire les ennemis du dehors, il pourrait entreprendre des procès syndicaux avec la caisse du « Sou ». Nous ne verrions plus alors des Syndicats, comme celui de Valence, se trouver brutalement en face d'une somme à payer très considérable.

Ce ne serait plus non plus des groupements comme le Syndicat de Chalon-sur-Saône ou de Draguignan, obligés d'accepter une condamnation en première instance, faute d'argent pour interjeter appel.

Au contraire, la conduite du Syndicat du Puy serait imitée, alors que nos confrères font la chasse aux illégaux avec les finances du « Sou ».

Mais cette adhésion ne peut se faire comme pour un praticien quelconque. Il serait trop facile, et surtout économique, d'affilier le Syndicat au « Sou », pour vingt francs par an, puis de demander, pour chaque syndiqué appui moral et pécuniaire. A son tour, le « Sou » aurait rapidement sa caisse vide et ne pourrait affronter le Conseil d'Etat ou la Cour de Cassation.

Nos règlements indiquent le moyen de cette adhésion ; le Syndicat mettra dans ses statuts l'obligation pour chacun de ses membres de faire partie du « Sou médical ». Ce faisant, le Syndicat, personne morale, aura tous les avantages conférés par le « Sou » à ses adhérents, mais sans avoir de cotisation propre à payer. Le « Sou » y trouvera son avantage dans le grand nombre d'adhérents qui lui seront ainsi amenés.

Mais les syndiqués bénéficieront de cette combinaison. Libérés des soucis et des frais de lutte judiciaire par leur adhésion au « Sou », les Syndicats pourraient consacrer leurs cotisations aux dépenses d'administration, d'impression de documents, d'études complètes, de délégations, etc. Il y aura de l'argent en caisse et certains Syndicats riches pourront songer à créer des organisations médicales syndicales : Rayons X, laboratoires de bactériologie, cliniques chirurgicales, bibliothèques, etc., toutes œu-

vres qui devraient être l'apanage du médecin et non de ceux qui vivent à nos dépens.

Cependant une objection, capitale à notre sens, est la suivante. L'Union des Syndicats est et doit être l'organisation qui doit défendre et représenter seule les intérêts collectifs des Syndicats médicaux. L'adhésion d'un groupement au « Sou » ne devrait donc, en aucune façon, gêner le fonctionnement de l'Union.

Déjà cette préoccupation avait été la nôtre et, l'an dernier, nous vous avions demandé de voter en assemblée générale l'art. 7 du règlement intérieur, qui dit, dans son 3e paragraphe, que l'appui du « Sou » ne peut être accordé à un adhérent « pour la défense d'une convention particulière, passée en opposition avec les principes généraux admis par les Syndicats médicaux et leur Union, tels que libre choix, suppression des monopoles, etc. »

C'est donc la preuve de notre volonté bien arrêtée de subordonner nos actes de défense médicale aux décisions syndicales. Aussi, tenons-nous à dire que si un Syndicat adhérent voulait, avec notre aide, entreprendre un procès collectif, la direction de ce procès serait la résultante de l'accord des trois parties : le Syndicat représentant l'intérêt local, l'Union représentant l'intérêt général, le « Sou » fournissant les notions juridiques de droit médical et l'appui financier.

De même devrions-nous nous montrer soucieux de l'autonomie du Syndicat. Que de fois nous sommes pris pour arbitres pour des questions qui dépassent notre compétence ! Comment nous est-il possible de nous prononcer sur des litiges entre confrères, alors que nous n'habitons pas la région, alors que nous ignorons tout des mœurs et dissensions confraternelles ? Aussi, nous sommes-nous toujours imposé la règle de renvoyer ces affaires au conseil de famille du Syndicat autonome, suffisamment éclairé.

Pour tout procès syndical, notre conduite serait la même. Nous reportant aux termes de l'art. 8 du règlement intérieur, c'est le Syndicat local qui devra garder l'initiative et la responsabilité de la procédure, c'est-à-dire qu'étant sur place, il sera mieux à même de savoir ce qu'il faut faire pour la défense des intérêts locaux, alors que nous, de Paris, nous nous déclarons incompétents et fort mal placés, parce qu'ignorants des besoins de chaque coin de la France.

Sous le bénéfice de ces restrictions : respect absolu des décisions des Syndicats qui, par leur ensemble, constituent l'Union des Syndicats, interdiction de notre part, de toute ingérence dans la conduite des affaires syndicales, le Syndicat local devant être absolument autonome, nous pourrions présenter les conclusions suivantes :

Un Syndicat local peut adhérer au « Sou médical » en inscrivant, dans ses statuts, l'adhésion obligatoire de chacun de ses membres au « Sou médical ».

Ce faisant, le Syndicat, sans avoir de cotisation à payer, profitera de tous les avantages donnés par le « Sou » à ses adhérents, c'est-à-dire appui moral et pécuniaire, aux termes des statuts et règlement intérieur.

Chaque syndiqué sera donc couvert efficacement par le « Sou » tant pour ses intérets individuels que pour ses intérêts collectifs et corporatifs locaux, communaux et départementaux.

Se sentant soutenu et se sachant, à l'occasion, défendu, le Syndicat local reprendra confiance en sa force et sa combativité, c'est-à-dire son activité, y gagnera un regain nouveau d'énergie.

Egalement, il pourra songer à la réalisation d'une partie inappliquée de son programme.

Et notre « Sou », devenu puissant par le nombre et par l'argent, pourra, toujours soumis aux décisions de l'Union, faire respecter le médecin et lui redonner le rôle qu'il doit avoir dans notre Société moderne, rôle trop délaissé : *l'étude des questions médico-sociales*, l'application des lois d'assistance et de solidarité, enfin, la création d'œuvres diverses, pour faciliter au praticien de campagne l'exercice de sa profession, en utilisant pour ses malades toutes les ressources et découvertes scientifiques. (*Très bien, très bien.*)

M. le Dr Souchon (de Nîmes). — *Quelle sera* votre conduite si le Syndicat n'est pas adhérent à l'Union ?

Dr Boudin. — Nous ne pourrons nous concerter qu'avec le seul Syndicat.

Ratification d'un changement dans le Conseil.

Le Président. — Notre dévoué confrère de Grissac, se trouvant moins bien placé que M. le Dr Jeanne pour participer constamment au travail toujours croissant du Secrétariat du « Sou médical », et ces deux collègues s'inspirant avant tout des intérêts de l'œuvre, le Conseil a autorisé entre eux, à la fin de l'année dernière, une permutation de fonctions qui fait de Grissac vice-président et Jeanne secrétaire-adjoint. Devant les résultats favorables que cette expérience a donnés, nous vous demandons de ratifier la permutation de nos deux camarades .(*Adopté à l'unanimité.*)

Election des contrôleurs.

Le Président. — Vos contrôleurs, MM. Noir et Pamart, sont soumis à réélection. Avez-vous des candidats à nous proposer ?

Si vous ne prononcez aucun nom, je vous dirai que ces messieurs sont rééligibles.

Etes-vous d'avis de réélire MM. Noir et Pamart ?

(*L'Assemblée répond* OUI *à l'unanimité.*)

MM. Pamart et Noir sont réélus contrôleurs.

Propositions diverses.

M. Jeanne rappelle que M. Faraggi a obtenu l'année dernière le renvoi au Conseil d'une proposition visant les abus que peut entraîner la trop grande complaisance du « Sou » à venir au secours de confrères qui ne s'inscrivent qu'au moment d'un sinistre.

« Le Conseil, dit-il, a examiné à fond la proposition Faraggi. Il a conclu à sa légitimité, mais « à l'impossibilité d'appliquer les mesures préventives que proposait l'auteur. En revanche, « il a décidé de donner quand même satisfaction « en empêchant le Secrétariat et même le Conseil « judiciaire de se dépenser ainsi pour les imprévoyants qui n'ont pas droit à leurs laborieuses « recherches. C'est d'ailleurs faire simple application des statuts et du règlement intérieur ».

M. le Dr Boudin soumet à l'Assemblée les deux projets de réponse qui suivent à des propositions adressées par M. le Dr Billon (de Dôle), et M. le Dr Rouanet de Lugan de Rouanet (de Castres).

1° *Proposition Billon.*

« Quelle conduite à tenir à l'égard des *médecins forains* helvétiques ou français ? »

Réponse

Le Conseil du « Sou » a examiné votre proposition et voici sa réponse.

La question se présente sous deux aspects : 1° la médecine ambulante exercée par des médecins suisses ; 2° la médecine ambulante exercée par des médecins français.

L'exercice de la médecine en France par des médecins suisses a été réglé par la convention franco-suisse du 29 mai 1889.

Par le paragraphe 2, il est interdit aux médecins étrangers de s'établir en permanence ni d'élire domicile dans les communes limitrophes.

Par le paragraphe 5, un état nominatif des médecins, chirurgiens, etc., diplômés, établis dans les communes suisses limitrophes, doit être fourni, au mois de janvier de chaque année, au Gouvernement français.

Le paragraphe 6 indique qu'un état annexé à la présente convention indiquera les communes françaises et les communes suisses auxquelles s'appliquent ces dispositions.

Conclusion : quiconque enfreint ces prescriptions commet le délit d'exercice illégal de la médecine, ou fait de la concurrence déloyale.

Quant à l'exercice de la médecine par des docteurs français lorsqu'ils font des tournées loin de leur domicile et de leur rayon, voici les inconvénients et les avantages de pareille manière de faire :

Inconvénients : 1° Il serait à craindre que pareille conduite dépréciât le renom du médecin, en assimilant celui-ci au marchand forain.

2° La venue à jours fixes de ces médecins enlève injustement de la clientèle aux confrères établis dans la contrée, si ces confrères sont capables d'exercer la même spécialité que le médecin ambulant.

3° Cet état de choses pourrait être préjudiciable au public, car le médecin ambulant est peu au courant de l'état général et des antécédents des malades qu'il est appelé à traiter. D'où la crainte que ne soient trop fréquemment faits des diagnostics purement anatomo-pathologiques et non pas cliniques.

4° Les traitements risquent d'être mal surveillés ou mal appliqués, le malade étant livré à ses propres ressources entre deux voyages du médecin ambulant.

Avantages : 1° Il ne faut pas oublier que le médecin est fait pour le malade et non pas le malade pour le médecin.

Le patient a donc intérêt à ce qu un spécialiste vienne le voir à domicile ; s'il n'existe pas de spécialiste dans la localité qu'il habite, il aura une économie de temps et d'argent, en se faisant examiner sur place, au lieu d'avoir à se rendre à la ville voisine.

2° Par ce temps de pléthore médicale, ce serait un débouché offert aux médecins que de devenir spécialistes, non de grande ville, mais de région. Ces médecins auraient ainsi une clientèle qui échappe à l'heure actuelle aux praticiens de campagne, parce que ceux-ci ne sont pas spécialistes pour toutes les branches de leur art.

De plus, ces facilités plus grandes données aux malades pour se faire soigner les inciteraient à demander les soins des médecins spécialistes, alors que beaucoup s'y refusent actuellement, parce qu'il faut se rendre à la grande ville pour consulter le spécialiste.

3° Il appartient donc aux syndicats locaux d'édicter des règles déontologiques, pour codifier ces tournées des médecins spécialistes.

Alors, ceux-ci pourront faire appel à leur confrère de la localité dans laquelle ils se rendent, d'où les avantages :

a) Pour le malade : consultation entre le spécialiste et le médecin habituel, qui connaît le tempérament, les antécédents, la famille ;

b) Pour le praticien local : il peut servir d'aide pour une opération et en être rémunéré ; il aura à suivre le traitement et à faire des pansements ; il sera rémunéré pour ses consultations avec le spécialiste.

Conclusions : Il importe que ce soient les syndicats médicaux et non pas le « Sou médical » qui puissent solutionner cette question :

1° Parce que seul le syndicat local est à même de savoir si l'intérêt des malades, les besoins de la région, les difficultés de communications avec la grande ville autorisent ou défendent ce nouveau mode de donner des soins, appelé médecine ambulante ;

2° C'est le syndicat seul qui peut édicter des règles déontologiques, basées sur les habitudes confraternelles locales.

Voilà, mon cher Billon, la réponse que nous croyons pouvoir vous faire. Nous soumettrons votre question à l'assemblée générale, mais avec les conclusions ci-dessus.

2° *Docteur Rouanet, de Lugan de Rouanet, Castres.*

« Ne serait-il pas utile de faire créer par le *Sou* un journal bi-mensuel de jurisprudence ? »

Réponse.

Le Conseil du « Sou médical » a examiné votre proposition et vous fait la réponse suivante :

La création d'un journal de Droit médical présente des avantages et des inconvénients.

Avantages : ce journal permettrait de donner de la publicité aux documents de jurisprudence, grâce auxquels les médecins pourraient faire respecter leurs droits, tant vis-à-vis de leurs clients que vis-à-vis des collectivités.

2° Le médecin, ou le syndicat médical, aura la facilité de préparer seul son attaque ou sa défense et de la soutenir devant les tribunaux.

3° On vulgarisera, de la sorte, le langage juridique.

4° En parlant toujours de défense, on fera prendre goût à la bataille et les syndicats, comme les syndiqués, sauront désormais revendiquer tous leurs droits.

Inconvénients : Mais le revers de la médaille est aussi très chargé :

1° Ce journal serait une arme à double tranchant : la science du droit est, pour tout profane, aussi ardue que l'art médical. Que de méfaits sont imputables aux livres de médecine vulgarisée ! Pareils méfaits seraient à craindre avec un journal de droit vulgarisé.

De même qu'un médecin, au sortir de la Faculté, est loin d'être un praticien, de même un licencié en droit a besoin de s'exercer à la pratique de la basoche. Que serait-ce donc de ceux qui n'ont aucune notion juridique ?

2° En second lieu, les jugements ne visent que des espèces particulières et ne s'appliquent nullement à tout autre procès. On ne peut s'en servir que par voie d'analogie et les juges peuvent n'en tenir aucun compte.

Un procès diffère d'un autre procès, semblable en apparence, comme un typhique diffère d'un autre typhique.

La conclusion serait inévitablement que l'attaque ou la défense seraient mal préparées ;

3° Il faudrait au « Sou » un énorme labeur pour être tenu au courant de tous les procès touchant de près ou de loin l'exercice de la profession médicale.

Il faudrait un gros budget pour être abonné à toutes les publications judiciaires contenant les jugements ou arrêts.

4° Pareille tentative a déjà été faite et le journal « Le Droit médical », fort bien rédigé, n'a eu qu'une existence de quelques mois.

Le Conseil du « Sou médical » estime donc que les inconvénients de pareille création sont plus nombreux que les avantages et décide donc de présenter cette proposition à l'Assemblée générale avec avis défavorable.

Si donc, vous aviez des objections à nous faire, vous

seriez bien aimable de nous les faire parvenir de suite.

M. le Président. — Plusieurs confrères présents, et d'autres, par lettres formant proposition d'assemblée générale, nous ont demandé de rappeler aujourd'hui quelle est exactement la portée du contrat qui lie le « Sou médical » et l' « Ancre responsabilité professionnelle » et d'examiner la possibilité de couvrir par le « Sou » cette responsabilité au-dessus de 2000 francs.

Voici nos réponses à ces questions : nous sollicitons à ce sujet observations ou approbations de l'Assemblée.

Contrat passé avec l'Ancre Médicale.

Les docteurs Lépine et Fayard, nos dévoués correspondants, avaient, depuis quelques années, fondé une assurance mutuelle contre les risques de la locomotion, uniquement pour les médecins.

Pour mettre leur projet sur pied, ils s'étaient adressés à M. Ingelbrecht, directeur-fondateur de l' « Ancre ». A eux trois, ils établirent l' « Ancre médicale » contre les risques de la locomotion.

Mais plusieurs confrères s'étaient adressés tant à eux qu'au « Sou médical », demandant que soit fondée une assurance pour garantir les risques de la responsabilité civile du médecin, pour un chiffre supérieur aux 2.000 francs garantis par le « Sou ». Ce dernier, malgré son peu de conviction de l'utilité de faire une assurance, même sous la forme mutuelle, accepta les propositions qui lui furent faites par MM. Lépine, Fayard et Ingelbrecht, et le 11 juin 1909 fut signé, pour une période de cinq années, un contrat, par lequel les adhérents du « Sou » auraient facilités et conditions spéciales pour compléter leur assurance professionnelle, à l' « Ancre médicale ».

Les agents de l' « Ancre » seraient autorisés à se présenter chez le médecin au nom du « Sou médical » et de l' « Ancre », pour obtenir l'affiliation du praticien au « Sou » et à l' « Ancre » responsabilité.

De son côté, le « Sou » ferait dans les colonnes du *Concours*, son organe, la même publicité pour l' « Ancre responsabilité professionnelle » que celle qu'il fait pour lui-même.

En conséquence, les agents de l' « Ancre » ne doivent s'autoriser du « Sou médical » que pour solliciter une adhésion au « Sou » et à l' « Ancre médicale », pour la seule branche responsabilité professionnelle. Si les agents invoquent le *Concours* ou veulent se prévaloir du « Sou » pour placer les autres Ancres même médicales, ou tout autre assurance quelconque, ils outrepassent les droits conférés par les termes du contrat ci-dessus.

Le « Sou » doit-il garantir la R. P. pour plus de 2.000 fr. ?

Le « Sou médical » s'étant rendu compte par son expérience personnelle et par son enquête, de ce qu'est le risque responsabilité professionnelle,

Ecarte actuellement tout projet tendant à assurer ce risque pour plus de 2.000 francs, parce qu'il le juge aujourd'hui sans intérêt pour le praticien ;

Il ne reprendrait la question que si, à l'expiration du contrat qui le lie avec l' « Ancre », il constatait qu'il s'est trompé en estimant trop bas ce chiffre de 2.000 francs.

(*L'Assemblée adopte les solutions proposées pour ces cinq questions diverses*).

La conférence Diverneresse avec projections termine la séance qui est levée à 7 heures.

Etaient présents aux assemblées et au banquet. — MM. Prunet, de Jars ; Mignon, du Vésinet ; Lacroix, de Paris ; Pontet, de Rives ; Diverneresse, de Saint-Mandé ; Ygouf, de Saint-Lô ; Dumesny, de Paris ; Gilson, d'Angoulême ; Rabère, de Pauilhac ; Boulanger, de Paris ; Lecomte, de Paris ; Gassot, de Chevilly ; de Fourmestreaux, de Chartres ; Meslier, de Touveyrac ; Saquet, de Nantes ; Houdart, de Brest ; Maurat, de Chantilly ; Daday, de Privas ; Souchon, de Nîmes ; Armand, d'Albertville ; de Grissac, d'Argenteuil ; Tissot, de Chambéry ; Le Pontois, de Vannes ; Rocheblave, de Valence ; Pamart, de Paris ; Huguenin, de Paris ; Mosnier, d'Alais ; Le Menant des Chesnais, de Paris ; Roudouly, de Caussade ; Levassort, de Paris ; Boudin, de Paris ; Proby, d'Oullins ; Mignen, de Montaigu ; Lande, de Bordeaux ; Ferry, de Romorantin ; Cézilly, (Paul), de Coye ; J. Noir, de Paris ; Gairal, de Carignan ; Lepaitre, de Bessancourt ; Coste, de Bédarieux ; Harlet, de Roubaix ; Delpeut, de Saint-Chéron ; Fau, de Vichy ; Hervier, de Vierzon ; Thierry, de Saint-Mihiel ; Bazot, de Joigny ; Bazot (fils), de Paris ; Oudaille, de Cannes ; de Lauradour, de Saint-Ouen ; Ausset, de Lille ; Fleury, de Paris ; Giraud, d'Oullins ; Tabary, de Paris ; Foata, de Marseille ; Fabre, de Commentry ; Catz, de Paris ; de la Rochefordière, de Paris ; Costes, de Montataire ; Pangon, de Saint-Vallier ; Vimont, de Paris ; Bellencontre, de Paris ; Decourt, de Mitry-Mory ; Philippeau, de Paris ; Servas, de Bourg ; Paradis, de Bonne ; Ladevèze, de Saint-Florent ; Mlle Roussel, de Rouen ; Gascuel, de Paris ; Loviny, de Lille ; Me Gatineau, de Paris ; Corbière, de Paris ; Bagarry, de Marseille ; Dubuisson, de Paris ; Fainsilber, de Paris ; Cahen, de Vichy ; Guimet, de Varennes ; Mousson-Lanauze, de Saint-Mandé ; Barbanneau, de Pouzauges ; Boquin, d'Autun ; Hazard, de Paris ; Mallet (Jean), de Paris ; Charier, de Thouars ; Crétel, de Garches ; de Grissac (fils), d'Argenteuil ; Guiberteau, de Saint-Jean de Corcoué ; Miser, d'Epinay-sur-Orge ; Charbonnier, de Caen ; Courgey, d'Ivry ; Lebrun, d'Ivry ; Bérillon, de Paris ; Veillard, de Vichy ; Tourtourat, de Paris ; Le Bot, de Lanni-lis ; Tabard, de Vareddes ; Mercier, de Paris ; Mosnier, d'Alais ; Rachet, de Honfleur ; Brasse, de Rouen ; Monsseaux, de Vittel ; Levraud, de Saumur ; Foucault, de Châtel-Guyon ; Meurisse, de Vannes ; Darras, de Paris ; Widiez, de Paris ; Cachera, de Paris ; Dardel, d'Aix ; Parès, de Paris ; Gardette, de Paris ; Champetier, de Vals-les-Bains ; Delcroix, de Paris ; Mazeran, de Paris et Châtel-Guyon ; Daix, de Clermont-de-l'Oise ; Beyrand, d'Enghien-les-Bains ; Lafontaine, de Paris ; Cassé, de Paris ; Angot, de Laval ; Socolovert, de Paris ; Léon Marie, de Paris ; Hercouët, de Paris ; Billon, de Dôle ; de Langenhagen, de Plombières ; Patureau-Miran, de Paris ; Smester, de Paris ; Me Augé, avocat à la Cour de Cassation, de Paris ; Maurat (fils), de Chantilly ; Jeanne, de Paris ; G. Duchesne, de Paris ; Cocar, de Cancale ; Dengler, de Sellières ; Leblanc, de Besançon ; Nimier, de Saint-Brieuc ; Treille, de Lavaveix-les-Mines ; Viel, de Pont Labbé ; Me E. Dedé, avocat à la Cour de Cassation ;

Excusés : MM. Quillent, de Paris ; Couband, de Paris ; Gonin fils, de Paris ; Souligoux, de Paris ; Mercier, de La Chapelle-aux-Pots ; Rondel, de Paris ; David, de Claye-Souilly ; Hervé, de Lamotte-Beuvron ; Delbès, de Périgueux ; Médail, de Bessé-sur-Braye ; Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de l'Intérieur ; Roche, de Sorgues (Vaucluse) ; Flandrois, de Lorient ; R. Sorel, gynécologue à Nice ; Bousquet, de Clermont-Ferrand ; Leredde,

de Paris ; Roux, de Saint-Gervais ; Clément, de Rumilly ; Delthil, de Briare ; Sexe, de Besançon ; Balp, de Draguignan ; Mouchet, Le Veurdre ; Sarda, d'Annonay ; Chapoy (René), de Besançon ; Malzac, de Lasalle ; Boivin, de Bruz ; Bouchain, de Crolles ; Riolacci et Ravon, de Saint-Etienne ; Suttel, du Puy ; Eyraud, d'Allègre ; Marichal, de Thoissey ; Motel, de Vannes ; Gauthier, de Saint-Benin-d'Azy ; Coze d'Aix-les-Bains ; Léon Favre, d'Annemasse ; etc

CHRONIQUE SYNDICALE

I. Le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Dans sa réunion du 18 novembre 1911, le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France a élu son bureau pour l'année 1911-1912 qui est ainsi composé.

M. Gairal, président.

MM. Barbanneau, Decourt, Dubuisson et Charier, vice-présidents ; Lepaître, secrétaire général ; Tourtourat, secrétaire général adjoint ; Delpeut, trésorier.

MM. Bobrie, Bombart, Caillaud, Charbonnier, Dunand, Fargin-Fayolle, Homey, Lanel, Legros, Oudaille, Prunet et Rachet, membres de la Commission permanente.

II. Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine.

L'Assemblée générale a eu à s'occuper de deux importantes questions : les causes du ralentissement dans la répression de l'exercice illégal de la Médecine, et l'interprétation abusive de la loi de 1895 sur les sérums par le parquet de la Seine.

Dans un excellent rapport, M. Levassort, directeur du service de répression de l'exercice illégal du Syndicat, a développé les diverses raisons qui rendent sa tâche toujours plus difficile.

1° L'habileté procédurière croissante des illégaux qui s'appliquent à entraîner le Syndicat dans le maquis judiciaire; 2° la lenteur des instructions, dont l'une, visant une entreprise considérable, dure depuis trois ans sans que l'affaire soit sortie du rôle ; 3° La tendance de l'instruction à multiplier des expertises coûteuses dont les frais parfois très élevés ne sont pas toujours remboursés au Syndicat.

Quant à la question des sérums, M. Levassort a rappelé les poursuites dont a été l'objet le Dr L., membre du Syndicat, pour avoir employé dans le traitement de la tuberculose un mélange de trois sérums autorisés. Acquitté, grâce au concours du Syndicat de la Seine, en première instance, en appel, le parquet a déféré l'arrêt à la Cour de Cassation qui l'a cassé et renvoyé le Dr L... devant la Cour d'appel de Rouen.

L'Assemblée générale a décidé que le Syndicat soutiendrait à Rouen, la cause du Dr L., qui devient la cause du corps médical tout entier dont la Cour de cassation, dans son arrêt du 23 juillet dernier a restreint le droit de prescrire, de traiter et d'expérimenter.

Le bureau du Syndicat pour 1912 est ainsi constitué :

Président : M. Bellencontre. — Vice-Présidents : MM. Vimont et Levassort. — Secrétaire général : M. Tourtourat. — Secrétaire général adjoint : M. Lamare. — Secrétaires des sections : MM. Pamart, Bongrand et Tolédano. — Trésorier : M. Saltas. — Directeur des Accidents du Travail : M. de Lauradour. — Directeur des Recouvrements et Contentieux : M. Quidet. — Directeur de l'Exercice illégal : MM. Armand Lévy et Patry.

Administrateurs : — Arr. Drs : 1er, Schmitt ; 2e, Facdouel ; 3e, Lemoine ; 4e, Lecœur ; 5e Peyramaure-Duverdier ; 6e Saltas ; 7e, Tolédano ; 8e Pamart ; 9e, A. Lévy ; 10e, Fiquet ; 11e, Gascuel ; 12e, Bonhomme ; 13e Desmons ; 14e, Goldefy ; 15e, Jacob ; 16e Tourtourat ; 17e, Bongrand ; 18e, Mayoux ; 19e, Bachmann ; 20e, Aurenche.

Sections de Banlieue. — 1re, Fournier ; 2e Baron ; 3e, Huleux ; 4e, P. Camus ; 5e, Coquereau.

III. Les honoraires payés aux médecins par les Mutualités à Lille.

Un certain nombre de confrères parisiens ont amèrement reproché à la Fédération des médecins de la région parisienne de consentir à certaines sociétés mutuelles le tarif à 3 fr. la visite et 2 fr. la consultation, tarif notablement inférieur au tarif ouvrier parisien actuel de 4 francs et de 3 francs. D'autre part, notre confrère le Dr Marichal, dans l'article très étudié qu'il consacre à la révision du tarif Jeanne, trouve que le tarif mutualiste à 2 francs la visite, admissible en 1904, ne l'est plus aujourd'hui, et que les Syndicats de l'Ain, depuis 1909, cherchent à le relever : l'extrait que nous publions du compte-rendu de l'Assemblée du 19 mai 1911, du Syndicat médical de Lille, démontre que dans cette ville, où la vie est tout aussi coûteuse qu'à Paris et où les médecins syndiqués sont proportionnellement très nombreux, des conditions autrement dures sont imposées par les mutualistes à leurs médecins.

A propos du Service médical dans la Société de Secours Mutuels de Tramways (1).

Conformément à la décision de l'Assemblée du 21 avril, le Bureau a convoqué M. Christiaens pour lui demander des explications au sujet de sa réintégration.

M. Christiaens a déclaré que celle-ci avait été faite au tarif de 1 franc la visite et non pas, comme un membre du Bureau de la Société l'avait dit à M. Arquembourg, au tarif forfaitaire de 1 franc par tête et

(1) Le Syndicat des Médecins de la Seine a signé avec la Fraternelle des Omnibus de Paris une convention dans laquelle le libre choix sans limite est admis avec les prix minima de 3 fr. la visite et 2 fr. la consultation.

par an. — A la demande du Dr Aubert, appuyée par le Dr Christiaens, le Bureau a chargé le Président d'aller voir le Président de la Société de Secours Mutuels des Tramways, qui lui a fait les déclarations suivantes :

« M. le Dr Christiaens a repris ses fonctions au tarif « de 1 franc la visite. — Le Société verra, au bout d'un « an, si cet état de choses peut continuer et n'est pas « trop onéreux pour sa caisse. — D'autre part, elle a « fait remarquer à M. Christiaens que la carte de « tramway (réseau entier) qui lui est accordée, constitue « un avantage appréciable qu'il n'aurait pas dans une « autre société. — Et M. Christiaens, tout en maintenant la condition de 1 fr. la visite, a promis, en fin « d'exercice, de faire un don à la caisse de la société ».

M. Cavro reconnaît que la carte de circulation procure un sérieux avantage, mais il estime que le don en fin d'année constitue une ristourne. C'est, dit-il, ce qui a été reproché au docteur Verhaeghe et qui a motivé son exclusion.

M. Coppens fait observer que si on a exclu Verhaeghe, c'est surtout à cause des termes injurieux qu'il a proférés à l'égard de ses confrères. Toutefois, il reconnaît que le don peut annihiler les effets de l'engagement contracté.

M. Vanverts estime que M. Christiaens a appliqué les règles syndicales et qu'on ne peut lui reprocher de faire un don, si cela lui plaît.

M. Paucot pense qu'un don fait en fin d'année ne peut constituer une ristourne que s'il est obligatoire. Ce qu'il y a de blâmable, c'est l'engagement à faire ce don.

Pour MM. Breton, Huyghe, Valentin, c'est une ristourne déguisée.

M. Declercq estime que la carte de tramway ne coûte rien à la société de secours ; pour lui le don est une ristourne et il demande, ainsi que M. Valentin, que le Syndicat mette à l'ordre du jour de sa prochaine séance la question suivante :

« Dans quelles conditions un confrère syndiqué « peut-il s'engager à faire un don à la caisse d'une so- « ciété de secours mutuels à laquelle il applique le ta- « rif à la visite ? »

M. Richard-Lesay pense que nous devons ou ignorer le don ou le blâmer. Il propose l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat approuve le docteur Christiaens d'a- « voir maintenu le principe du tarif à la visite, mais « ne saurait consacrer par son approbation le principe « du don obligatoire à la société . »

A la demande de plusieurs membres, le Syndicat décide que de nouvelles explications seront demandées au docteur Christiaens, et que le Bureau le priera d'assister à la prochaine séance.

(*Bull. des Synd. méd. du Nord et du Pas-de-Calais*, nov. 1911, pages 174 et suiv.)

Nous espérons que pareille situation ne s'éternisera pas dans le département du Nord, où, affirme-t-on, ce dont nous ne saurions nous permettre de douter, la vie syndicale est très active ; c'est, en effet, le département qui compte le plus de syndicats médicaux. Nous avons eu récemment le plaisir d'enregistrer le succès appréciable obtenu par ces syndicats pour le relèvement des accouchements dystociques des assistées qui étaient, tout récemment encore, payés 5 à 6 francs, comme nos lecteurs ont pu s'en rendre compte. Nous espérons que bientôt nous pourrons aussi annoncer une nouvelle victoire dans le Nord au sujet des mutualités, et nous y applaudirons *quand même*.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier :
M. le Professeur BAR

L'opération césarienne

Je voudrais terminer aujourd'hui la question de l'opération césarienne en vous indiquant quand et comment l'opération doit être pratiquée.

A quel moment faut-il faire cette opération ? Une chose est indiscutable. L'opération césarienne, lorsqu'elle est exécutée sur une femme depuis longtemps en travail, échoue dans une certaine mesure. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point. Assurément, on peut rapporter des cas d'intervention tardive suivie de guérison, mais si l'on prend les observations en bloc, il est incontestable que, dans les césariennes tardives, les femmes courent des dangers particuliers. Si l'on accepte le chiffre de 4 à 5 % comme mortalité générale de l'opération césarienne, on voit cette mortalité s'élever à 12 % pour les opérations tardives. Quels sont les éléments qui interviennent en pareil cas ? On a dit que toute femme qui aurait été touchée de façon douteuse courrait alors des risques. Un autre élément est la durée elle-même du travail. Il est difficile de donner des chiffres ; toutefois on doit considérer que la gravité augmente après quatre heures. Jusqu'à 4 heures de travail, l'opération peut aller. De 4 à 10 heures, elle devient plus grave, et beaucoup plus grave après 10 heures. Un élément très important de gravité est la rupture des membranes ; c'est un facteur de premier ordre.

Donc, on doit opérer très tôt. Je sais bien que des opérateurs qui sont intervenus après 30 heures ont eu, quand même, des succès. Cela, toutefois, ne change rien à l'aphorisme de l'intervention précoce.

Que signifie : opérer tôt ? Pour M. Pinard, cela veut dire opérer au début du travail. Pour moi, cela signifie le plus tôt possible, et aussi quelque chose de plus : opérer même avant le travail, en choisissant son jour et son heure. On a fait à ma manière de voir des objections. Il convient de s'assurer, a-t-on dit, de la contractilité de l'utérus. A la vérité, il ne s'agit pas d'opérer une gros-

sesse de 3 mois, mais une grossesse à terme, à la veille du travail. L'utérus non en travail, a-t-on ajouté, ne se contracte pas bien et il saigne ; on a des hémorrhagies. Les faits ont répondu. Si vous avez vu des hémorrhagies, ce n'est pas parce l'opération avait été pratiquée avant le travail, mais pour des détails opératoires, parce qu'on avait mis un lac autour du col par exemple, ou de la glace, etc. Quand l'utérus saigne, suturez, hâtez la terminaison, et la perte sanguine s'arrêtera. J'ai, actuellement, pratiqué 132 opérations césariennes conservatrices, 45 pendant le travail, et 88 avant, j'ai vu seulement deux hémorrhagies importantes. Je n'ai pas observé une seule fois d'hémorrhagie au moment de l'opération, mettant la femme en danger. C'est là une crainte chimérique.

On a adressé à ma manière de faire une autre objection, de principe. Vous n'avez pas le droit, a-t-on dit, de frustrer l'enfant des quelques jours qu'il a encore à passer dans l'utérus. Cette objection, toute sentimentale, n'a rien de médical, car l'enfant ne souffre vraiment pas de deux ou trois jours de moins de vie intra-utérine. Nous attendons, en effet, jusqu'à l'extrême limite.

Il est une autre objection, plus sérieuse: Je me la suis faite à moi-même d'ailleurs. En pratiquant une césarienne à la femme avant le travail, vous lui enlevez toute chance d'accouchement spontané. Je répondrai que, lorsqu'on opère au début du travail, on ne sait pas non plus si l'accouchement ne se ferait pas spontanément. L'opération ne devant pas être tardive, de toutes façons en enlève à la femme les chances d'accouchement naturel. En cette matière, il faut être prudent et perfectionner son sens clinique pour discerner les cas à opérer. Peut-être certaines de ces opérations pourraient-elles être évitées, mais nous ne faisons pas pour cela de mauvaise besogne ; l'opération, sans être vraiment bénigne, est néanmoins simple. Voilà pourquoi je m'en tiens à l'opération césarienne au début ou avant le travail, tout en la limitant aux cas où l'enfant paraît vraiment trop gros.

Entrons dans la technique opératoire elle-même. Vous préparez la malade par un laxatif. Vous aseptisez la peau. Pour opérer, prenez des gants de caoutchouc. Nous faisons tout avec les gants de caoutchouc et je vous engage à vous en servir, non seulement pour les opérations, mais aussi pour les accouchements. Ces gants ne sont pas d'un prix excessif, leur stérilisation est facile et ils nous donnent toute sécurité. Le praticien qui fait de la médecine générale et se trouve par là amené à pratiquer des accouchements tout en soignant d'autres malades, se met avec les gants de caoutchouc à l'abri de tout souci.

J'arrive à la question de l'anesthésie. Jusqu'à 1910, je me suis servi du chloroforme. Depuis 1910, j'emploie l'éther. L'éther produit un shock beaucoup moindre que le chloroforme. Après l'éthérisation, il faut surveiller les malades étroitement en raison des poussées possibles de congestion pulmonaire. On n'aime pas, habituellement, employer l'éther pour les opérations qui peuvent saigner. Or, la césarienne est une opération qui peut saigner, bien qu'on ait exagéré ses dangers d'hémorrhagie. Est-ce que l'éthérisation ne faciliterait pas l'hémorrhagie ? Il y a là un petit point d'interrogation. Malgré ce risque, sur lequel nous serons fixés par des interventions ultérieures, nous penchons nettement vers l'éthérisation. Nous avons, avec le chloroforme, des phénomènes de shock ; nous avons perdu des femmes par accidents hépatiques de la chloroformisation. D'autre part, il est vrai, l'éthérisation n'est pas sans inconvénients (congestion pulmonaire, hémorrhagies). Il est des circonstances difficiles où les deux anesthésiques donnent des inquiétudes. Nous avons une femme actuellement dans ce cas. Nous sommes allé trouver M. Reclus et nous lui avons demandé s'il pensait que nous pouvions pratiquer une opération césarienne avec l'anesthésie locale à la cocaïne. Chez cette malade, nous allons tenter d'y réussir. Je ne saurais dire si nous aurons un bon résultat.

Avant de commencer l'opération, je fais une injection d'ergotine, 20 gouttes de la solution d'Yvon. J' y tiens beaucoup. J'injecte donc de l'ergotine au moment de commencer et il arrive fréquemment que je pratique une nouvelle injection, d'une demi-seringue, au cours de l'opération. C'est sans inconvénient et cela donne une grande sécurité.

On incise la paroi abdominale en visant le corps utérin. On fait l'incision haute, avec l'ombilic comme centre, de 16 à 17 centim. de longueur. Je mets actuellement la femme dans la position inversée, plus avantageuse.

Autrefois, j'incisais l'utérus *in situ*, des aides fixant la paroi abdominale en appuyant sur elle. Cette pratique avait des inconvénients. La plus petite surprise faisait que du liquide pouvait tomber dans le péritoine, chose toujours ennuyeuse. En 1909, je me décidai à extérioriser l'utérus. J'incise la paroi abdominale sur une longueur un peu plus grande, j'amène l'utérus à se présenter dans la plaie par un angle, sans chercher à le faire passer en bloc, et je l'énuclée ainsi facilement. Un aide soulève le corps de l'utérus, que l'on recouvre d'un grand champ. Avec des pinces, je ferme l'excès de brèche, et j'incise l'utérus. Comment ?

Vous pouvez inciser dans l'étendue d'un grand triangle dont la base, supérieure, relie l'insertion des ligaments ronds. On incise droit devant soi, on pique jusqu'à l'œuf. Vous continuez l'incision avec le bistouri boutonné ou les ciseaux. Dans

quelle direction ? Cela n'a pas grande importance, en long ou en large. Je fais, généralement, l'incision longitudinale, sur le fond de l'utérus.

Au moment où on a incisé la paroi utérine, se produit un petit fait impressionnant. En une seconde, un flot de liquide amniotique mêlé de sang s'écoule. L'opérateur ne doit pas s'effrayer. On place la main dans l'utérus, on saisit un pied et on retire l'enfant comme un siège. Quand l'utérus se rétracte, je ne force pas (sous peine de déchirure), je préfère agrandir l'incision. Un aide reçoit l'enfant et le ranime, car il est généralement en état de mort apparente.

C'est à ce moment que l'hémorrhagie peut se produire. Si l'utérus ne se contracte pas fortement, cela saigne abondamment. Vous allez délivrer la femme. Vous glissez le doigt entre le placenta et la paroi utérine, vous décollez placenta et membranes, en ayant soin de ne pas déchirer celle-ci. Sachez que les membranes sont surtout adhérentes au niveau des cornes et du segment inférieur et allez avec précaution en ces différents points.

Cela fait, l'utérus étant vide, injectez de l'ergotine quand il y a perte sanguine. Autrefois j'avais peur de l'hémorrhagie, je tamponnais et je croyais ce tamponnement une chose très utile. En 1909, je me suis dit que moins on touche à l'utérus, mieux cela vaut. J'ai cessé de tamponner et je ne m'en suis pas plus mal trouvé. S'il y a suintement sanguin abondant, je fais pincer les ligaments larges avec les doigts. Je suture. En suturant rapidement, on voit le sang s'arrêter peu à peu.

La suture de l'utérus, je la fais avec de la soie. Il faut avoir soin de ne pas dépasser la muqueuse ; sinon, au cas d'infection, on risquerait de voir l'infection gagner le long des fils de suture. Il ne faut pas non plus suturer trop superficiellement. On voit, d'ailleurs, la caduque, et il est facile de faire une suture convenable.

La suture terminée, on rentre l'utérus, on ferme la paroi abdominale et on applique un bandage de corps.

L'opération césarienne, telle que je viens de la décrire, a été battue en brèche. On a proposé des opérations plus jeunes et en particulier l'opération césarienne supra-symphysaire. On se propose de ne pas toucher au péritoine. Le danger, dans l'opération césarienne ordinaire, c'est le péritoine. On a cherché à la pratiquer sans ouvrir le péritoine. Dans l'opération supra-symphysaire, on attaque l'utérus là où le péritoine n'est pas adhérent. L'opération est beaucoup plus compliquée. On pourra s'y adresser lorsqu'il y a une infection. C'est la voie basse à laquelle on a recours — comme pour les opérations gynécologiques — au cas d'infection. La césarienne ordinaire est la voie haute pour les cas purs, non infectés.

(Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les altérations de l'instinct dans les psychopathies

A l'une des dernières séances de la Société de Psychothérapie et d'hypnologie, M. le Dr BÉRILLON, avec son habituel esprit critique et observateur, a donné une méthode très précise pour différencier la psychopathie de la névropathie basée sur les altérations de l'instinct. On désigne sous le nom général d'instinct, dit-il, l'aptitude innée que présentent les individus normaux à s'adapter aux conditions du milieu. Cette aptitude se traduit par des actes réflexes, dans lesquels entre un élément mental.

« Chez les individus parvenus au plus haut degré de développement, l'adaptation au milieu comporte la mise en action parfaite de quatre modalités principales de l'instinct. Ces modalités sont, par ordre de leur apparition, les instincts de nutrition, de conservation, de sociabilité, et de reproduction. Chez l'homme, la satisfaction de ces divers instincts s'accompagne toujours d'émotions et on peut dire que l'émotion instinctive et réfléchie constitue la manifestation de l'instinct arrivé à son maximum de perfection.

« Qu'un de ces instincts fondamentaux soit contrarié dans son évolution ou dans sa satisfaction, l'équilibre mental en sera nécessairement troublé. Aussi, il n'est pas étonnant que les altérations de l'instinct se retrouvent dans toutes les psychopathies, et leur constatation doit constituer une présomption de trouble mental.

« Quand les altérations de l'instinct se manifestent dans le sens de la diminution ou de l'abolition, les sujets peuvent être qualifiés d'hypo-instinctifs. Les hyperinstinctifs se caractériseront par des altérations exagératives dans les tendances ou les impulsions. Ces antithèses pathologiques se retrouvent pour tous les instincts. La sitiophobie et la boulimie seront les expressions pathologiques extrêmes de l'instinct de nutrition. Pour l'instinct de conservation, ce seront les idées de suicide ou les idées hypocondriaques. L'instinct de sociabilité oscillera de l'humanitarisme à la brutalité, de la prodigalité à l'avarice, et les altérations opposées que l'on observe à l'égard de l'instinct de reproduction seront l'impuissance, l'inversion sexuelle et l'érotomanie. Il n'y a pas de trouble mental confirmé qui ne soit lié à une altération de l'instinct et il est étonnant que cette constatation si évidente n'ait pas encore été mise en lumière, toute altération de l'instinct ayant pour résultat immédiat l'arrêt dans l'évolution mentale et le défaut d'adaptation au milieu.

« C'est dans ce fait essentiel que réside le principal caractère distinctif entre les névropathes et les psychopathes. Chez les névropathes, quelle que soit la gravité de leurs troubles fonctionnels les tendances instinctives conservent leur caractère normal. Le qualificatif de psychopathe ne peut être légitimement appliqué qu'à celui dont les réflexes instinctifs se présentent avec un caractère d'altération et de perversion manifestes. De cette conception, il résulte la possibilité de délimiter nettement les états nerveux des états mentaux et cette délimitation se trouve exprimée dans la formule suivante : Tandis que le névropathe ou le nerveux est un malade troublé dans ses fonctions, le psychopathe ou le mental est troublé dans ses instincts ».

Plusieurs collègues de M. Bérillon ont approuvé cette judicieuse conception ; entre autres, M. Paul Farez qui a ajouté : « Il est incontestable que les troubles de l'instinct de nutrition sont extrêmement fréquents et l'on peut admettre que c'est par l'apparition de ces troubles que se manifestent les premiers signes du déséquilibre mental. Il faut donc en tenir le plus grand compte et diriger contre eux toutes les ressources de la thérapeutique et en particulier celles de la psychothérapie. »

La diurèse provoquée par les bains carbo-gazeux.

Le Dr A. Mougeot (de Royat-les-Bains) a fait au XIIe Congrès Français de médecine de Lyon, d'intéressantes communications sur la *diurèse de cure par les bains carbo-gazeux naturels*, dont nous donnons le résumé.

I. — La diurèse des 24 heures, même en cas de lésions rénales indubitables, en dehors des cas de néphrosclérose avancée, peut atteindre 100 % en plus de ce qu'elle était habituellement, elle atteint fréquemment 33 %. Elle est constante, à de très rares exceptions près.

La diurèse des 3 h. qui suivent le bain matinal atteint de 550-700 cmc., alors que le même sujet, en temps ordinaire, n'élimine que 100 à 125 cmc.

Parallèlement à cette importante diurèse, on observe chez les arthritiques âgés, pré ou artérioscléreux, avec stases et œdèmes viscéraux interstitiels, une diminution rapide du poids du corps, accompagnée de retour de la tension artérielle vers la normale, de disparition des œdèmes, de la dyspnée, bien que le taux des chlorures soit resté celui habituel. C'est la déchloruration spontanée par amélioration de la perméabilité rénale.

II. — En temps normal, le sujet élimine en trois heures de la matinée, soit pendant les 12,50 % de la durée du nycthémère, 6,53 % du volume total des 24 heures et 12,58 % du taux total des chlorures des 24 heures. Le bain pris au début des trois heures correspondantes et accompagné d'ingestion de 2 fois 150 gr. d'eau de la source César fait éliminer dans les 3 heures 18.31 % du volume des 24 heures et 18,46 % des chlorures des 24 h.

Le bain fait passer la diurèse des 24 h. de 1960 à 2375 cmc. ; la diurèse des 3 h. matinales de 128 à 435 cmc. ; les chlorures des 3 h. matinales de 1 gr. 78 à 2 gr. 71, tandis que les chlorures des 24 h. restent à un taux fixe, parce que c'est celui des chlorures ingérés pendant ce temps et que cette ingestion a été remarquablement équivalente d'un jour à l'autre.

Donc, le bain de Royat produit une diurèse abondante, d'autant plus précieuse qu'elle porte d'une façon élective sur les toxines et les chlorures.

III. — Le bain en question, bain à T° indifférente de Royat, est hypotenseur dès son début ; donc en aucun cas, il ne peut produire une diurèse par augmentation de la pression sanguine dans les artères rénales. Il produit chez l'homme sain une diurèse par réflexe sur les nerfs excito-secrétoires du rein, dont l'existence est des plus probables ; le point de départ étant l'excitation des nerfs sensitifs cutanés par l'acide carbonique libre, et probablement aussi par des propriétés physico-chimiques encore inconnues des eaux thermo-minérales prises au griffon.

La diurèse produite est intense pendant les trois premières heures, elle est éteinte au bout de 24 heures,

Chez l'hypertendu soumis à la cure méthodique, on constate cette diurèse immédiate, et une diurèse secondaire consistant en ce que le volume des 24 heures suit une marche ascendante en même temps que la tension artérielle s'abaisse vers la normale. La diurèse immédiate est à rapporter au même mécanisme que celle de l'individu sain. La diurèse secondaire est due à la diminution progressive du spasme des vaisseaux afférents du glomérule rénal, conséquence de la sédation du système nerveux vaso-constricteur splanchnique, effet des bains quotidiens à T° indifférente.

THÉRAPEUTIQUE

Les rhumes.

Dans les traités classiques on ne décrit pas habituellement le rhume et le médecin désigne sous ce nom des bronchites légères sans gravité. Dans le public, l'expression reste courante pour désigner toute inflammation respiratoire aiguë et qui n'empêche pas les malades de continuer leur manière ordinaire de vivre.

De part et d'autre l'expression employée manque donc de précision et cependant les rhumes existent comme affection morbide ; leurs causes, leur évolution, leurs complications, leurs traitements, sont connus et c'est à les rappeler ici que nous allons nous occuper un moment.

Si nous laissons de côté l'asthme ou rhume des foins, bien décrit dans les traités et dont les symp-

tômes et l'évolution ont des caractères précis, il restera sous la désignation de rhume trois sortes d'affections inflammatoires : le *coryza* aigu, la *trachéite* aiguë et la *trachéo-bronchite* aiguë.

Toutes trois ont une même étiologie : action du froid mettant en moindre résistance l'organisme et facilitant le développement ou la virulence des agents microbiens cantonnés sur la muqueuse des conduits aériens supérieurs. La similitude des symptômes est également si nette que l'on pourrait appeler le rhume une inflammation aiguë de la muqueuse naso-laryngo-trachéo-bronchique. Lorsque la congestion s'empare des fosses nasales, il est presque la règle, en effet, qu'elle s'étende et gagne la trachée et les bronches de gros calibre.

Il faut cependant étudier séparément ces trois affections, qui peuvent exister seules et reconnaissent des traitement un peu différents.

Est-il vrai que dans la plupart des cas de coryza aigu, une infection grippale est en jeu ? On serait tenté de le croire en présence des symptômes généraux qui se développent rapidement ; la courbature, la fièvre, la céphalée, l'insomnie, l'abattement, les troubles gastriques et intestinaux orientent forcéments l'attention sur une infection aiguë.

Et le traitement sera celui d'une infection ; sudation immédiate ou purgation, aspirations nasales d'eau bouillie chaude antiseptique et balsamique avec la poudre suivante prise par intervalles :

Benzoate de soude...........	4 gr.
Camphre.....................	1 gr.
Talc........................	10 gr.

La trachéite aiguë suit bien souvent le coryza et reconnaît pour symptômes une toux rauque, à timbre de chaudron fêlé, des altérations de la voix, une sensation douloureuse au niveau de la trachée et enfin l'absence de tout signe stéthoscopique.

Nous laissons de côté la trachéite hémorrhagique décrite par Massci et qui, d'allure plutôt chronique, amène un amaigrissement susceptible de faire croire à la tuberculose pulmonaire.

Le traitement de ces trachéites aiguës doit être plus énergique que celui du coryza, contre lequel on est d'ailleurs insuffisamment armé, et il ne suffira pas de faire des inhalations antiseptiques ou balsamiques, il faudra avoir recours à l'antisepsie broncho-pulmonaire directe afin d'éviter l'extension en surface de la phlegmasie. Voici le traitement que nous conseillons :

Inhalations 4 fois par jour avec le contenu d'un bol d'eau bouillante dans lequel on aura versé une cuillerée à soupe du mélange suivant :

Menthol..................	0 gr. 50
Acide phénique neigeux....	1 gr.
Teinture d'eucalyptus	40 gr.
Eau de laurier-cerise......	20 gr.
Eau distillée....... q.s.p.	150 gr.

Et à l'intérieur, 4 comprimés Roche de Thiocol ou 4 cachets Roche par jour. Quand il existe de l'expectoration, on doit augmenter cette dose et donner 6 comprimés ou cachets. Ce médicament, en effet, est un asséchant et un antiseptique de la muqueuse respiratoire sans inconvénients.

Il va sans dire que la révulsion sera faite sous ses formes habituelles : teinture d'iode, cataplasmes sinapisés.

La trachéo-bronchite est véritablement le rhume vulgaire, elle est précédée par le coryza et la trachéite ou même par une laryngite légère.

Rapidement ici, la toux apparaît : toux sèche, quinteuse, assez pénible avec sensation de déchirement et contre laquelle 2 à 4 cuillerées à soupe de Pantopon Roche (sirop) agissent très énergiquement.

Puis l'affection évolue avec ses deux périodes habituelles de crudité et de coction. Cette seconde période, qui est plus ou moins longue, peut être diminuée dans sa durée et son intensité si l'on a soin de faire prendre comme pour la trachéite simple, soit du sirop Roche au thiocol, soit des comprimés ou des cachets. Mais c'est pendant la période de la coction que ce traitement est surtout utile. D'abord, à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour ou 4 comprimés, il fluidifie les crachats, facilite leur expectoration, puis, à une dose plus élevée et même double, il les tarit, sèche la muqueuse et protège les bronches de moyen et de petit calibre contre l'infection possible. La guérison a lieu en 10 ou 12 jours.

Les vomitifs ne nous paraissent pas indiqués dans le rhume et on ne les donnerait qu'aux enfants robustes et dont les grosses bronches sont encombrées ; le tartre stibié ne doit jamais à notre avis, être employé chez les enfants, l'acétate d'ammoniaque sera réservé aux malades déprimés. En général, dans les rhumes (trachéo-bronchite aiguë) la résistance des malades est intacte et ce ne sont que les complications qui viennent, en modifiant l'évolution bénigne, aggraver la situation. Nous répétons cependant que cette éventualité est exceptionnelle quand on a pris soin de traiter sérieusement la trachéo-bronchite et de réaliser sans retard l'antisepsie pulmonaire curative et préventive.

Dr PRADOUL.

BIBLIOGRAPHIE

Æsculape.— Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale le numéro : 1 fr. Abonnement : 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger : 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger : 15 fr.) A. Rouzaud, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du n° de novembre 1911. — Les Hermaphrodites dans l'antiquité et aujourd'hui, (5 illustr.), par le Dr Nass. — L'idylle de la nymphe Salmacis et du bel Hermaphrodite ; une question troublante ; quelques dessins de Pompéi et quelques marbres grecs.

Les Abus de la Vivisection (6 illustr.), par le Dr Foveau de Courmelles. — Le Calvaire des bêtes des martyres inutiles.

Pour la Race noire (9 illustr.), par le Dr Casséus (d'Haïti). — Un médecin noir dit la grandeur de sa race dans le passé, et les espoirs que lui réserve l'avenir.

Divinités pathologiques (9 illust.), par le Dr F. Regnault. — Le dieu Horus, sa mèche, sa verge: autres dieux infirmes.

Le Congrès de Médecine de Lyon (4 illustr.), par le Dr Esmonet. — Triomphe des Lyonnais. Où l'on voit Lépine, Teissier, Caligula et.... Guignol.

Hymne à Asclépios (1 illust.), par Guittet-Vauquelin.

Le Bal de l'Internat 1911 (9 illustr.). — Une résurrection des belles fêtes païennes; la beauté des femmes, l'art audacieux des loges, la splendeur des cortèges.

Mona Lisa était-elle rachitique? (9 illustr.), par le Dr Lequeux, prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Le bassin de la Joconde jugé par un gynécologue. Mona Lisa devant la maternité et l'accouchement.

Supplément. — Un monstre bicéphale (2 illustr.). — La ceinture de chasteté (2 illustr.), — Le Prof. Branly (1 illustr.). — Deux dessins de Rouveyre. — Une prévision d'Henri Fabre. — La chaumière natale de Bichat. — Le Collectionneur de Liquettes. — L'Homme préhistorique de la Quina (4 illustr.). — Les amours de la veuve de J.-J. Rousseau, etc.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— La procréation des sexes à volonté. — Le mystérieux et troublant problème de la procréation a fait pâlir de nombreuses générations de savants qui voulaient arracher à la nature le secret de la détermination des sexes.

Le docteur R. Robinson, qui pensait qu'une corrélation étroite existait entre l'activité des glandes surrénales et la détermination des sexes, a trouvé de nouveaux arguments en faveur de sa thèse.

Hier, l'Académie des sciences a écouté avec un vif intérêt une communication faite en son nom par le professeur Léon Labbé.

Le docteur Robinson a d'abord rappelé les observations récentes du docteur Fieux, de Bordeaux, qui, dans cinquante cas de grossesse, a noté le sexe du fœtus en comptant le pouls de celui-ci. A partir de 150 pulsations il ne s'agissait que de filles.

M. Robinson a observé de son côté que si l'on faisait à des femmes enceintes des injections d'adrénaline, substance sécrétée par les glandes surrénales, on constatait un ralentissement du pouls du fœtus.

La grande influence des glandes surrénales sur la détermination du sexe ressort également de toute une série d'observations faites par le docteur Robinson sur des femmes souffrant d'une irritation des capsules surrénales. Les filles ou femmes atteintes d'une affection de ces capsules deviennent presque des *hommes*. Leur voix prend de la rudesse, leur visage se couvre de poils.

Le professeur Léon Labbé termina en affirmant fort sérieusement que ces études théoriques étaient de la plus haute importance et qu'il suffira peut-être dans l'avenir qu'un homme prenne de l'adrénaline pour avoir des filles ou qu'une femme en prenne pour avoir des garçons.

(*Le Matin.*)

— L'hygiène à rebours. — Qui de vous, n'a vu, en chemin de fer, aux retours de permission, des soldats en bande boire à la régalade à même la même bouteille qui passe de mains en mains et de bouche en bouche? Les marins, à bord des navires, n'agissent pas autrement en buvant tous au même robinet. Or, voilà qui est mieux :

A Budapest, dans la meilleure société, une dame ne peut vous faire de plus grand honneur qu'en vous invitant à tremper vos lèvres dans son verre, après y avoir bu. Il paraîtrait que cette coutume existe aussi en Belgique. A Uccle et à Forest-les-Bruxelles, il est d'usage, dans certains bals-musettes, que la servante, avant de poser le verre de bière devant le consommateur, y trempe ses lèvres plus ou moins fraîches, plus ou moins aseptiques. Gestes galants, gestes indiscrets, puisqu'une croyance populaire prétend qu'à boire dans le verre d'autrui, on connaît la pensée de celui-ci. Gestes antihygiéniques contre lesquels on ne saurait trop protester, et pour cause.

— Le moyen d'éviter les puces. — D'après les observations faites par M. Zupita durant deux épidémies de peste dans l'Afrique occidentale allemande, l'iodoforme constitue un moyen remarquable de prophylaxie contre la puce; il suffit d'une parcelle de ce composé, à dose même inappréciable pour l'odorat humain; le parasite y est très sensible.

Cependant, quand on circule et que, par conséquent, on risque moins d'être incommodé par l'odeur de l'iodoforme, il est bon pour se préserver des puces de saupoudrer légèrement les ouvertures du vêtement, col, ouverture inférieure des manches de la veste, du pantalon; ouverture des chaussures — ainsi que le linge du corps. — On peut encore employer des sachets renfermant un mélange d'iodoforme et de désodorisant quelconque. Enfin, si réellement on ne peut supporter l'odeur iodoformée, il est bon de se parfumer avec un composé phéniqué.

— Ecole odontotechnique. — Un concours s'ouvrira dans la première quinzaine de *février* 1912 pour l'emploi de professeur suppléant des cours théoriques de :

Anatomie. Physiologie. Anatomie dentaire. Thérapeutique et matière médicale. Chimie. Physique et Mécanique. Histologie. Bactériologie. Pathologie Interne et externe. Pathologie générale. Pathologie et thérapeutique dentaires infantiles.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de l'Ecole. 5, rue Garancière, Paris VIe.

— Conférences de syphiligraphie. — Le Docteur Leredde fera, pendant le mois de décembre, une série de conférences sur la *syphiligraphie*. Ces conférences auront lieu dimanche matin, à 10 h. 1/2, à sa Maison de Santé, 31, rue de La Boétie, Paris.

PROGRAMME. — Les dimanche 3 décembre 1911, Technique des injections du « 606 ». — 10 décembre, Les accidents du « 606 ». — 17 décembre. La réaction de *Wassermann*. — 24 décembre. La stérilisation de la syphilis.

Ces conférences sont gratuites; mais on est prié de se faire inscrire à l'avance, en écrivant : 31, rue de La Boétie, Paris. Un cours régulier commencera en janvier 1912.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON 3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 50 Dimanche 10 DÉCEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A propos de l'action syndicale des médecins dans le département du Nord.

A ceux de nos lecteurs, qui nous demandent un peu tous les jours ce que peuvent et doivent faire les groupements de défense professionnelle, ce que doit être l'action syndicale : centrifuge ou centripète, réelle ou illusoire, nous recommandons la lecture de la lettre suivante, que des habitudes de courtoisie, dont nous ne saurions nous départir, nous font un devoir de publier, bien que le *Concours médical*, n'ayant jamais mis en cause la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, ne lui doive légalement pour cela l'insertion d'aucune réponse :

Lille, le 25 novembre 1911.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Monsieur le Directeur et honoré Confrère,

Dans le numéro du 12 novembre 1911 du *Concours médical*, sous la signature J. N. et la rubrique : Chronique de l'Assistance,— a paru une note *laissant cette impression* : que la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais ne s'occuperait aujourd'hui de la question des honoraires pour les accouchements des assistées que parce que le *Concours médical* aurait secoué son apathie.

Comme cette note, envoyée à neuf mille confrères (1), est de nature à porter un préjudice moral grave à notre Fédération, le comité directeur a donné à son bureau mandat d'élever une protestation d'autant plus énergique qu'il a eu déjà à rectifier un premier article tendancieux publié, sur le même sujet, et sous la même signature, dans le *Concours médical* du 28 mai 1911

Il est contraire à la vérité des faits — nous l'avons dit en réponse à l'article du 28 mai et nous le répétons en réponse à celui du 12 novembre — de prétendre, à propos des accouchements dans l'Assistance, que le *Concours médical* a eu à stimuler l'énergie syndicale dans le Nord

Si, d'une manière générale, nos Syndicats du

(1) Nos honorables correspondants se trompent, ce n'est pas 9.000 mais 8.000. Il est vrai que l'importance qu'on nous attribue de plus en plus, ne tardera pas, nous l'espérons, à porter à 9.000 le nombre de nos lecteurs, qui s'accroît sans cesse. J. N.

Nord et notre Fédération ne se sont pas occupés, jusqu'à ces derniers temps, du tarif des accouchements chez les assistées, c'est qu'ils n'avaient jamais, jusqu'à ces derniers temps, été saisis de cette question.

Et si, dans le cas particulier d'une commune du ressort du Syndicat de Cambrai que cite et recite si volontiers le *Concours médical*, la protestation première n'est pas émanée de notre Fédération, *c'est tout simplement parce que notre Fédération l'ignorait.*

Le président du Syndicat intéressé avait, en effet, contrairement à son devoir moral de fédéré, saisi l'*Union* un mois avant la *Fédération* (*l'Union, le* 17 *mai*, la *Fédération le* 15 *juin*). C'est en s'appuyant sur cette communication à l'*Union* que le *Concours médical*, entre temps, avait écrit son premier article, du 28 mai, auquel il a été fait allusion.

Telle est la vérité.

Et si, après l'avoir déjà dite une fois en vain, nous tenons à la redire quand même une fois encore, c'est surtout à cause de la campagne actuellement menée, pour des motifs que nous n'avons pas à relever ici, contre toutes les Fédérations en général.

Veuillez croire, Monsieur le Directeur et honoré confrère, à nos sentiments de haute considération.

Pour le Comité directeur de la Fédération et par ordre.

Le secrétaire général, Dr J. Lemière. — *Le Président,* Dr Cochet.

P. S. — Avons-nous besoin de réclamer de votre impartialité l'insertion intégrale de notre lettre dans le prochain numéro du *Concours médical* ?

***

Ne voulant pas donner à notre réplique un caractère purement *tendancieux* pour laisser une simple *impression* à nos lecteurs, nous répondrons de la façon la plus précise et la plus catégorique à nos honorables contradicteurs :

1° Aucun groupement de défense professionnelle ne s'était ému du chiffre dérisoire des honoraires attribués aux médecins pour les accouchements dans le département du Nord, avant la publication de notre article du 28 mai 1911, publié dans le *Concours médical.*

On ne saurait prétendre que ceci est contraire à la vérité des faits.

2° *Bien que n'ayant pas été citée,* la Fédération des Syndicats médicaux du Nord, nous fit parvenir une longue lettre datée du 11 juillet 1911, publiée *in extenso* dans le numéro du *Concours médical* du 23 juillet 1911, où elle nous fait remarquer que nous nous méprenons sur son rôle, dans les termes suivants :

« Vous ignorez peut-être ce qu'est une Fédération ?

« *La nôtre a pour but d'étudier et de faire aboutir toutes les questions soulevées par les Syndicats, chaque fois qu'une de ces questions intéresse plusieurs Syndicats ou l'ensemble de ces Syndicats. Or nous n'ignorons pas que les honoraires pour les accouchements de l'A. M. G. sont trop faibles, mais jamais* AUCUN DES INTÉRESSÉS, AUCUN SYNDICAT N'A ÉLEVÉ LA MOINDRE RÉCLAMATION ET N'A PORTÉ LA QUESTION DEVANT NOUS AVEC PRIÈRE DE L'ÉTUDIER, PAS MÊME LE SYNDICAT DE CAMBRAI.

« Nous avons été saisis de la question pour la première fois le 13 juin 1911, par une lettre du Syndicat médical de Cambrai, alors que votre article était du 28 mai.

« Dès le lendemain, nous nous sommes occupés de la question et *nous allons vous exposer ce que nous avons appris, ce que nous aurions pu vous écrire plus tôt, si vous nous aviez fait connaître le fait qui vous a ému* et que nous ignorions

Ces termes prouvent manifestement qu'avant notre article du 28 mai, aucun groupement professionnel dans le département du Nord ne s'était occupé de la question.

On ne saurait encore prétendre que ceci est contraire à la vérité des faits.

3° En annonçant le 12 novembre l'augmentation des honoraires pour les accouchements des assistés dans le département du Nord, nous avons écrit .

« Nous n'avons pas la prétention d'avoir à nous « seuls provoqué ce petit relèvement, insuffisant à « nos yeux, et néanmoins appréciable ; mais « nous ne doutons pas que les praticiens de cam« pagne du département du Nord, mieux éclairés, « ne nous gardent guère rancune aujourd'hui du « cri d'alarme un peu brutal que nous avons na« guère poussé et qui est parvenu à stimuler, sinon « à réveiller, l'énergie syndicale .

Nous ne sommes pas assez subtil casuiste pour juger si cette phrase s'adapte parfaitement à la vérité des faits, mais nous laissons à nos lecteurs le soin de l'apprécier.

Pour conclure, nous avouerons que no vons aucun goût pour les polémiques et que si, sortant de nos habitudes, nous avons cru devoir répliquer à la lettre de nos honorables confrères de la Fédération du Nord, c'est parce que la vérité des faits malheureusement nous prouve que, dans certaines régions, les groupements locaux de défense professionnelle ne se préoccupent pas autant qu'ils le devraient des choses qui les concernent et dont ils avouent ici ingénûment l'ignorance dans laquelle ils sont tenus.

Nous regrettons en outre et bien sincèrement de constater qu'à Lille, où les trois quarts des médecins praticiens font partie du Syndicat, *certaine Société de Secours mutuels paie encore son médecin un franc la visite, faisant toute réserve sur le cas où elle serait dans l'obligation de diminuer ces honoraires qu'elle paraît trouver élevés, puisqu'elle prie le même médecin, si singulière-*

ment exploité, de rembourser une somme à fixer sous forme de don à la fin de l'année.

Ceci est une constatation fort triste, constatation que nous avons faite dans notre dernier numéro. Comme nous l'avons empruntée au compte rendu d'une Assemblée du Syndicat médical de Lille, compte rendu publié dans le *Bulletin officiel de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, nous ne craignons pas qu'au nom du Comité directeur de la Fédération et par ordre, deux de nos honorables confrères lillois viennent par une nouvelle protestation indignée nous reprocher de publier des nouvelles contraires à la vérité des faits.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin.

Traitement du lumbago, du torticolis.

Nous avons dans le service plusieurs malades, deux atteints de lumbago, un autre d'arthrite costo-vertébrale, la quatrième de torticolis. Leurs affections respectives, différentes comme siège, sont assez semblables comme nature et relèvent d'un traitement analogue. C'est pour ce motif que je les ai réunis pour vous en parler aujourd'hui.

Nos deux premiers malades sont entrés dans le service pour du lumbago. Le lumbago provient d'une arthrite des articulations sacro-vertébrale, sacro-coxale ou des articulations des apophyses transverses. Quelquefois, une seule articulation est prise ; d'autres fois, plusieurs sont touchées ; rarement, les deux côtés sont intéressés.

Notre troisième malade a une histoire singulière. Il est âgé de 25 ans et exerce la profession d'employé du Métropolitain. Il fut envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de pneumonie. Il avait de la fièvre, une température de 39°, un pouls fréquent, une dyspnée vive et quelques crachats sanguinolents dus, sans doute, à un reliquat d'épistaxis. Lorsque nous l'avons examiné, le lendemain de son admission, la température était abaissée. Le type respiratoire n'était pas celui de la dyspnée pneumonique. Il faisait une inspiration et, à un moment donné, s'arrêtait comme si une douleur intense s'était produite. Nous avons constaté, en explorant la région dorsale, une douleur au niveau de l'articulation de la deuxième côte avec la vertèbre dorsale. C'était une arthrite de la deuxième articulation costo-vertébrale. Ces arthrites-là ne vont pas sans que les radicules nerveux ne soient frappés. Elles s'accompagnent de névralgie intercostale. Avec le traitement, nous avons obtenu une grande amélioration qui fera bientôt place à une guérison complète.

Le quatrième cas est un torticolis invétéré. Quand nous avons vu la patiente pour la première fois, elle présentait les phénomènes suivants : lorsqu'on appuyait sur l'articulation de l'apophyse transverse de la troisième cervicale, on provoquait une douleur vive. La malade contractait ses muscles du côté opposé pour immobiliser son articulation douloureuse. Elle penchait ainsi sa tête à droite et, de façon à faire équilibre, relevait son épaule gauche. Lorsque vous avez un torticolis, vous pouvez être sûr que la lésion ne siège pas du côté du muscle contracté, mais du côté opposé, du côté convexe et non concave. Ici, une fois la douleur calmée, le torticolis a cessé et l'épaule s'est abaissée. Par contre, est survenue une complication, une névrite du plexus cervical. Il s'est produit un peu d'atrophie musculaire.

Voilà donc quatre cas : deux de lumbago, le troisième de pleurodynie, le quatrième de torticolis, dans lesquels il s'est agi de rhumatisme, d'arthrite des petites articulations à mouvements limités. Dans ces affections, les muscles se contracturent pour limiter les mouvements, et la modification musculaire devient le symptôme prédominant. Lorsque la maladie dure longtemps, les muscles finissent par s'altérer, surtout dans le torticolis.

Les muscles sont, ici, douloureux parce qu'ils sont contracturés. Il faut connaître ces faits-là, car ils conduisent à une importante question de thérapeutique.

Tant qu'on s'est contenté de traiter ces lumbagos, ces pleurodynies, ces torticolis, par les vieux moyens, on a pu obtenir des soulagements, mais on n'a pas agi sur la lésion causale. D'ailleurs, en diminuant la contracture, la thérapeutique ancienne rend plus évidente la douleur originelle des articulations lésées.

Quel doit être le traitement de ces affections ? Prenons le lumbago. La première chose à faire est d'immobiliser au lit le malade. Celui-ci s'abstiendra le plus possible de mouvements jusqu'à ce que toute réaction thermique — s'il y en a — soit calmée. Comme médication interne, nous

disposons de plusieurs moyens. Le premier, le meilleur lorsqu'il est applicable, est la sudation à l'aide du jaborandi. Prenez 4 grammes de feuilles de jaborandi, jetez dessus 10 grammes d'alcool ou d'eau-de-vie, faites infuser cinq à six heures environ. L'alcool prend une coloration verte, qui prouve que le jaborandi était bon. Vous faites alors bouillir 150 grammes d'eau que vous ajoutez au *liquide* et vous attendez que l'infusion soit effectuée. Vous filtrez et vous faites prendre l'infusion au malade. Si le jaborandi est de bonne qualité, il se produit au bout d'une demi-heure de la salivation et des sueurs. La salivation peut aller jusqu'à un demi-litre et plus dans l'heure et demie que dure l'action du médicament. Pendant ce temps, le patient a soin d'éviter tout refroidissement et il ne doit ni boire, ni avaler sa salive, sous peine de vomissements très pénibles. Une fois l'effet du médicament terminé, le malade *est pris de faim très vive. Il ne faut lui permettre* de s'alimenter qu'une heure ou une heure et demie plus tard.

Le traitement par le jaborandi est une médication délicate à manier. Il est contre-indiqué chez les sujets atteints d'affections cardio-vasculaires. Il produit une sorte d'asystolie, d'arythmie. On ne peut donc l'administrer qu'aux malades dont le cœur est intact. C'est un médicament admirable, mais à employer avec précaution. Lorsqu'on peut s'en servir, le résultat est souvent merveilleux. J'ai vu des gens tenus au lit par leur affection être capables de marcher après l'administration du jaborandi. Malheureusement, le plus grand nombre des malades n'est pas justiciable de ce traitement, soit pour cause de tare cardiaque, soit que l'on n'ait pas sous la main une drogue de bonne qualité.

Le deuxième moyen médicamenteux est le salicylate de soude ; le troisième, l'aspirine. Pour ces *médicaments, vous procédez par tâtonnements.* Ainsi, notre premier malade n'avait éprouvé aucun soulagement avec 1 gr. 50 d'aspirine et il fut immédiatement amélioré par 4 gr. de salicylate de soude. Chez notre second malade, ce fut le contraire. Le salicylate de soude ne donna rien, et l'aspirine procura un bon effet. Par conséquent, allez de l'un à l'autre médicament. Donnez, en même temps, une infusion de chiendent additionnée de 2 grammes d'acétate de potasse.

Voilà pour le traitement interne. Vous le continuerez plusieurs jours, s'il y a lieu. Mais, dès que la température est tombée, vous pouvez recourir au traitement externe. En voici les principes :

1° Ne jamais l'appliquer au début ;

2° Ne jamais l'appliquer en cas de douleurs vives. Donc, le commencer seulement au cinquième, sixième jour. Ce traitement externe consiste en mobilisations des articulations intéressées. Faites asseoir le malade sur une chaise. Exercez d'abord avec la main, enduite de vaseline ou de talc, des frictions douces sur la région douloureuse. Après ce massage sédatif, de 3 ou 4 minutes de durée, faites jouer les articulations. Sur la paume de la main servant de pivot, mobilisez les apophyses transverses. Puis, prenez le patient sous les bras, et, mettant sur l'articulation sacro-vertébrale le genou comme point d'appui, faites exécuter des mouvements à cette articulation. La mobilisation est un peu douloureuse ; toutefois, la douleur cesse aussitôt après. Généralement, au bout de quelques séances, on a une grosse amélioration, et, après sept ou huit séances, une guérison complète.

Il existe une forme de lumbago dans laquelle ce n'est ni l'articulation sacro-vertébrale, ni l'articulation sacro-coxale, ni les articulations des apophyses transverses qui sont prises. La partie lésée est l'articulation de la douzième côte. La douleur retentit dans la région supérieure de la cuisse. Elle s'accompagne d'une particularité. Lorsqu'elle dure depuis assez longtemps, les muscles obliques s'atrophient, de sorte qu'il se forme une voussure de la paroi abdominale qui lui donne l'aspect d'une éventration. Le massage local et les mouvements de la douzième côte amènent la disparition de tous ces troubles.

Le malade, une fois guéri de son lumbago, reste cependant plus susceptible d'en contracter d'autres. Aussi est-il bon de continuer pendant un certain temps la mobilisation articulaire. La cure à Aix-les-Bains et à Luchon est également à recommander.

J'arrive au traitement du torticolis. Il convient de déterminer le point douloureux. Supposons, par exemple, que ce soit l'apophyse transverse de la 3e vertèbre cervicale. Vous ferez exécuter à la tête des mouvements de flexion et d'extension. Vous la ferez tourner ensuite, par une inclinaison avec légère rotation en sens opposé. Chez notre malade, cette mobilisation a amené la disparition de l'arthrite. Mais il s'est produit, chez elle, comme je vous l'ai dit, une complication, la névrite. Celle-ci est difficile à soulager et à guérir. J'ai essayé, sans résultat, la salipyrine, la quinine, la caféine, le pyramidon associé au bromure d'ammonium, la cocaïne. J'ai eu alors recours au radium et nous avons obtenu de la radiumthérapie une amélioration sensible, ce qu'aucun médicament n'avait pu donner. Le radium a l'inconvénient d'être coûteux et de ne pas pouvoir être appliqué par tout le monde. On pourra tenter, à son défaut, les rayons X. Je vais vous signaler encore un moyen qui procure parfois d'assez bons effets. C'est l'injection d'antipyrine. Germain Sée l'a préconisée en 1884. Vous faites une solution concentrée de 25 centigr. dans 75 centigr. d'eau. Vous injectez une pleine seringue (un gramme de solution) au point douloureux et vous renouvelez l'injection tous les deux

ou trois jours. L'injection d'antipyrine est douloureuse. On a essayé d'atténuer la douleur en y ajoutant de la cocaïne, mais on n'obtient ainsi aucune diminution de la douleur. Dans d'autres circonstances, j'ai conseillé les injections hypodermiques profondes de glycérophosphate de soude, faites tous les jours. Lorsqu'après sept ou huit injections, on n'a rien obtenu, il est inutile de continuer.

Ainsi, vous pourrez essayer, à la campagne par exemple où la radiumthérapie est d'emploi difficile, les injections d'antipyrine ou de glycérophosphate de soude. Le radium reste une ressource pour les cas rebelles et pour les malades de ville qui l'ont plus facilement à portée.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les erreurs et les dangers du nouveau Codex de 1908.

De nombreux articles ont déjà critiqué les innovations fâcheuses du nouveau Codex de 1908. Comme toute innovation dans notre pays a le don de soulever de passionnées critiques, nous nous sommes prudemment abstenu de jugements que nous considérions comme prématurés. Maintenant, le temps commence à faire son œuvre ; il n'est plus question de passion, ni même de partialité pour la bonne vieille routine ; les expériences se sont multipliées et il nous semble que le mécontentement ne s'est pas calmé.

Dans une récente séance de la Société médicale du XIe arrondissement de Paris, M. le Dr GUILHAUME a fait, en une communication très documentée, le procès de ce nouveau Codex et surtout de la manière anti-libérale qu'emploient les inspecteurs des pharmacies pour entraver la possibilité d'exécuter les prescriptions de l'ancien Codex de 1884.

« Les réformes sont depuis longtemps connues, dit M. Guilhaume, et je n'ose dire qu'elles sont très appréciées ; cependant, il importe que nous les passions en revue ensemble, car sous prétexte d'unifier les pharmacopées, on a supprimé ou modifié les médicaments d'un usage courant. Le but est louable ; mais il ne faudrait pas que, sous prétexte d'unification, on nous obligeât à exposer nos clients à des intoxications graves et qu'on enlevât toute liberté dans le choix de notre thérapeutique et de l'agent qui doit la réaliser.

« Les réformes édictées s'imposaient-elles ? J'en doute. Je veux cependant en retenir quelques-unes et vous les présenter sous un jour tout différent de celui où les ont vues les membres de la Commission. Le sous-nitrate de bismuth, tel qu'il doit être maintenant préparé, est *toxique* à la dose même de 4 grammes, par suite de formation de vapeurs nitreuses. Personnellement, je l'emploie et bien de nos confrères l'emploient à la dose de 15 et 20 grammes en thérapeutique gastrique. Où cela nous mènera-t-il ? L'été dernier, je formule donc, prévenu que j'étais, le sel de 1884, le pharmacien se refuse à en délivrer de peur de s'exposer à des poursuites pour fraude. C'est à grand'peine que ma cliente, à qui j'avais d'ailleurs fait mes recommandations put se procurer, après avoir visité plusieurs officines, le produit demandé. Ne parlons que pour mémoire de la teinture d'iode et des brûlures qu'elle a occasionnées à ceux qui ont eu l'imprudence de s'en servir sans la faire dédoubler.

« Le vieux laudanum de Sydenham, âgé de plus de 200 ans, respecté par tant de générations de médecins n'a pas trouvé grâce devant la réforme de 1908. « Vous devez avoir, dit la commission, dans 1 gramme de notre nouveau laudanum, 0 gr. 01 de morphine, c'est pour cela (Convention internationale) que nous l'avons modifié ». Un beau jour, on fait des prélèvements chez certains pharmaciens. On analyse, on trouve au lieu du centigramme demandé, juste 8 milligrammes. Poursuites, protestations du poursuivi sûr de sa conscience professionnelle, expertises, essais officiels à la suite desquels on s'aperçoit qu'après préparation soigneuse avec des produits de choix, en suivant à la lettre les prescriptions de la savante commission, on ne retrouvait toujours pas les 2 milligr. de morphine égarés. Ils s'obstinaient à rester dans le filtre, dans le marc. Le Dr Bardet signale encore la digitaline, l'apiol dont les modifications sont malheureuses. J'en ajouterai une autre ; celle du sirop iodotannique (fascicule 1908). Prescrivez-en et vous verrez ce que vous diront vos clients. Au bout de 4 ou 5 jours, il cristallise comme du vulgaire kummel, mais ce qui est apprécié dans une liqueur, ne l'est plus dans un sirop médicamenteux.

« On a supprimé des produits, mais on a ajouté l'*eau potable* (!!) et le suif de mouton PURIFIÉ (???). Le bain de sublimé est coloré, à la rigueur on peut se tromper de bouteille, mais boire l'eau d'un bain !.... Le dictame de Crète disparaît du diascordium, mais subsiste dans l'alcoolat de Fioraventi. Les sulfates de soude, de magnésie, jusqu'ici contenaient des chlorures, mais purgeaient bien. Il les faut très purs, partant ils deviennent plus onéreux. Et pourtant, les eaux minérales contiennent chlorures, carbonates, sels de calcium, etc. Espérons que, lors de la prochaine révision, les propriétaires seront priés de les purger elles aussi.

« Il paraît que le turbith minéral seul a droit au nom de précipité jaune ; malheureusement les oculistes appellent ainsi l'oxyde jaune de mercure : d'où inévitable confusion et hésitation du pharmacien. Le K de kola disparaît pour faire place au C, plus esthétique sans doute. Eh bien, voilà une réforme qui s'imposait : félicitons la commission, les médecins étant, comme chacun sait, des calligraphes émérites, il sera beaucoup plus facile de confondre cola et coca.

« Et les oubliés : dionine, héroïne, véronal, etc Tous ces produits d'un usage courant, vous pourrez les prescrire, mais le pharmacien ne doit pas

en avoir dans sa boutique et doit les préparer au moment où il s'en sert : et c'est sur ce point que j'attire votre attention plus particulièrement : *plus de liberté* pour formuler et choisir votre produit ; vous croyez, peut-être, que rien ne s'y oppose, car on vous avertit que tout produit officinal inscrit aux Codex précédents peut être encore prescrit. Vous pouvez donc ordonner le bismuth, le laudanum, et le reste dont vous déplorez la disparition. Erreur, vous le pouvez, mais on vous met dans l'impossibilité de faire exécuter votre prescription ; libre à vous de donner du laudanum, du bismuth 1884, mais jamais, au grand jamais, le pharmacien ne doit en avoir d'avance dans son officine. Or, il faut 10 *jours* pour préparer du laudanum 1884 et pour le bismuth, une petite usine. Et puis, voyez-vous le pharmacien préparer XXX gouttes de laudanum ou 15 grammes de bismuth ?

« Il faut donc que nous réclamions hautement le droit de formuler comme bon nous semble. Nous ne relevons que de nous-mêmes, et nous sommes déjà assez accablés de responsabilités, sans que nous prenions inconsciemment celle des erreurs des autres. Donc, sur ce point, il n'y a pas à hésiter ; puisqu'on peut nous accuser, qu'on nous laisse le risque entier. »

A la suite de la communication de M. le Dr Guilhaume, la Société du XIe arrondissement a voté l'ordre du jour suivant, auquel nous nous associons pleinement :

« La Société médicale du XIe arrondissement,
« considérant les erreurs et les oublis commis
« dans la rédaction du nouveau Codex, les dan-
« gers que pourra faire courir aux malades
« l'absorption de certains produits modifiés ;

« Constatant la difficulté qu'il y a, à préparer
« extemporanément certaines drogues du Codex
« 84 dont l'emploi peut être encore utile et même
« nécessaire ;

« Emet le vœu qu'il soit permis à tout phar-
« macien d'exécuter intégralement et sur l'heure,
« toute ordonnance médicale sans qu'il tombe
« sous le coup de poursuites légales, et que par
« conséquent il ne soit plus porté atteinte par ce
« moyen détourné à la liberté médicale de for-
« muler ».

La teinture d'iode à 2 pour 100 dans les brûlures.

La vogue de la teinture d'iode continue. Un auteur italien de Savone, M. Talassano, se basant sur un remarquable succès qu'il a obtenu par l'application de la teinture d'iode sur un marin atteint de brûlure des bras, préconise ce mode de pansement pour les brûlures en général. Mais il faut employer de la teinture d'iode à 2 pour 100.

« L'application de cette dernière provoque d'abord une sensation de brûlure pendant quelques minutes, puis une impression remarquable de bien-être ».

REVUE DES CONGRÈS

Congrès d'Urologie.

Kystes non hydatiques du rein — Ictère dans le rein mobile. — Lavages du bassinet. — Hématuries oxaluriques. — Les hémorragies prostatiques. — Traitement abortif de la blennorrhagie par l'argyrol. — Fonctionnement du rein lithiasique. — Éléments figurés de l'urine diabétique. — Prostatectomie précoce dans le cancer de la prostate.

Au XVe Congrès de l'*Association française d'Urologie* qui vient de se tenir à Paris, diverses communications ont été présentées dont nous donnons ci-après un compte rendu sommaire :

M. Brin (d'Angers) fait un rapport sur la *symptomatologie*, le *diagnostic* et le *traitement des kystes non hydatiques du rein*. L'auteur divise ces kystes en :

a) Grands kystes séreux, tumeurs qu'il n'est pas toujours facile de rattacher au rein et que le cathétérisme urétéral distinguera de l'hydronéphrose ;

b) Kystes hématiques ;

c) Reins polykystiques, variété de beaucoup la plus fréquente. Ils ont pour symptômes : des signes de néphrite chronique, des douleurs, des hématuries, des phénomènes de compression intestinale, la présence d'une tumeur. La marche de la maladie, quelquefois très lente, est fatalement mortelle ;

d) Kystes dermoïdes, de minime intérêt ;

e) Kystes périrénaux (traumatiques, wolfiens, etc.), encore mal connus.

M. Legueu remarque que ces kystes, au point de vue clinique, affectent un polymorphisme qui rend leur diagnostic difficile. Leur bilatéralité fréquente incitera le chirurgien à la prudence.

— MM. Legueu et Papin étudient l'*ictère et les troubles hépatiques dans le rein mobile.*

L'ictère est une complication très rare du rein mobile. Les auteurs l'ont observé dans deux cas. Dans le premier, il y avait un ictère marqué, des douleurs à irradiations vers l'épaule et une grosse tumeur sous-hépatique : à l'opération, on vit que cette tumeur était un rein hydronéphrosé et fixé en mauvaise position, comprimant les voies biliaires. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une malade avec rein très mobile, fréquence des mictions, sub-ictère, coloration jaune des conjonctives, aucun signe physique du côté du foie.

MM. Legueu et Papin ont réuni 53 observations de rein mobile accompagné d'ictère, dont 39 sans lithiase. La cause la plus fréquente de l'ictère, en pareil cas, leur paraît être le tiraillement des canaux hépatiques par les ligaments hépato-rénaux.

— M. Desnos parle des *lavages du bassinet.* Il signale les excellents résultats du cathétérisme urétéral et des lavages du bassinet. La technique bien établie aujourd'hui est très simple : une fois

l'extrémité de la sonde urétérale dans le bassinet, il importe de laisser écouler de l'urine assez longtemps, au point de vue diagnostic d'abord, pour s'assurer qu'il n'y a pas rétention rénale et, si elle existe, lui permettre de s'évacuer avant de faire le lavage. Une irrigation antiseptique est utile, mais il faut éviter de distendre la poche et injecter une quantité moindre que la quantité d'urine qui s'est écoulée par la sonde.

Toutes les pyonéphroses, sauf la tuberculose, sont justiciables des lavages du bassinet. M. Desnos insiste sur une classe particulière d'infection, celle des tabétiques, des médullaires.

— M. DEBOUT-D'ESTRÉES présente une *contribution à l'étude de l'oxalurie.*

Dans la gravelle oxalique, on sait que l'hématurie est la règle, alors qu'elle ne se rencontre qu'exceptionnellement dans la gravelle urique.

L'hématurie déterminée par l'oxalate de chaux peut avoir lieu sans graviers proprement dits et seulement avec des cristaux visibles au microscope. L'auteur a vu deux fois l'hématurie se produire chez des oxaluriques sans calcul, mais avec des cristaux d'oxalate de chaux, constatés dans l'urine.

— M. PASTEAU fait une communication sur les *hémorrhagies prostatiques.*

Les hémorrhagies d'origine prostatique sont rares chez les hommes jeunes ; par contre, elles sont assez fréquentes dans la seconde partie de la vie. Si leurs caractères cliniques ont été bien étudiés, leurs causes sont moins bien connues.

Les hémorrhagies d'origine prostatique sont rarement spontanées (et se trouvent alors surtout dans les néoplasmes malins) ; par contre, elles peuvent être provoquées par le plus léger contact uréthral dans l'hypertrophie simple. La cystoscopie montre que le sang vient de la région prostatique de l'urèthre ou de la région prostatique de la vessie.

Le traitement consiste dans l'aspiration des caillots et la prostatectomie. Celle-ci peut devenir urgente dans les cas graves. Elle doit être considérée comme l'intervention de choix, en dehors des cas de néoplasme malin et de ceux où cette intervention est formellement contre-indiquée du fait de l'état général du malade.

— M. JANET rapporte six observations favorables au *traitement abortif de la blennorrhagie par l'argyrol.* Le succès a été obtenu en trois à quatre jours chez des malades dont l'écoulement remontait au plus à 12 heures. Deux sujets traités dans de plus mauvaises conditions n'ont pas eu de résultat favorable. Le traitement proposé comporte deux séances par jour pendant trois jours. A chaque séance, il est fait un lavage de l'urèthre antérieur à 2 gr. 50 pour 500, suivi d'une injection uréthrale de 20 % à 5 %.

M. DE JARD est partisan de l'argyrol à toutes les phases de la blennorrhagie. Cet antiseptique, non caustique, dont l'application est absolument indolore, lui donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec les autres antiseptiques.

— M. PASTEAU étudie le *fonctionnement du rein dans la lithiase rénale.*

Pour l'auteur, un rein calculeux travaille moins bien qu'un rein qui ne contient pas de calcul, mais en général il possède un pouvoir fonctionnel encore assez marqué quand des lésions graves de rétention aseptique et surtout de rétention septique ne viennent pas compliquer la maladie.

D'autre part, le pouvoir fonctionnel du rein dépend essentiellement de l'état de son parenchyme. Si bien que, dans certains cas où un petit calcul se complique de lésions diffuses, même légères, on peut voir la fonction diminuer beaucoup plus que si le calcul plus gros s'était développé sans déterminer ces lésions de néphrite diffuse.

— M. HAMONIC présente un travail sur les *ferments figurés de l'urine diabétique.*

Lorsqu'on examine une urine diabétique au microscope, quelques heures après son émission, on y observe des éléments figurés, qui sont des levures ou des saccharomyces vivant aux dépens de la glycose. Les conditions favorables à leur développement sont la grande quantité de sucre, l'exposition du liquide à l'air et la chaleur.

— M. DESNOS a pratiqué 4 fois la *prostatectomie précoce dans le cancer de la prostate.* Ses opérations, dont deux datent de 1906 et 1907, n'ont pas été suivies de récidive, jusqu'à ce jour. Le diagnostic de cancer au début est, il est vrai, fort difficile ; mais il semble que les chirurgiens soient autorisés à proposer une prostatectomie dans un cas douteux, l'intervention étant assez bénigne.

P. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Mort par le 606. — Le 606 chez les femmes enceintes et les nouveau-nés. — Neurotropisme au cours du traitement par le 606. — Psoriasis syphilitique guéri par le 606. — Anaphylaxie à la suite d'injections chlorurées sodiques. — Un signe associé au Kernig : l'extension des orteils.

M. GAUCHER rapporte à l'*Académie de médecine* un cas de *mort par le* 606. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, robuste, sans aucune tare, atteint de syphilis secondaire vulgaire, qui reçut deux injections intra-veineuses de Salvarsan alcalin. Lors de la deuxième injection, le malade fut pris, quelques heures après, de vertiges, de céphalée, de vomissements. Ces accidents persistèrent, puis, le troisième jour, survint une crise convulsive, épileptoïde, à laquelle succéda du coma, avec dilatation pupillaire, respiration stertoreuse, accélération du pouls. Le patient succomba et, à l'autopsie, on trouva un peu de dégénérescence du rein, sans autre lésion appréciable. La mort fut due, en définitive, à une intoxication arsenicale suraiguë.

M. Gaucher conclut en disant que, quelle que puisse être son efficacité relative, le 606 est un

médicament dangereux. Il ne doit être manié qu'avec la plus extrême prudence et doit être réservé aux cas dans lesquels le mercure ne peut être supporté ou ne produit aucun effet utile, ce qui est, on le sait, exceptionnellement rare.

— M. Paul Bar expose à l'*Académie de médecine* les résultats que lui a donnés le *salvarsan à la Clinique Tarnier, chez les femmes enceintes et les nouveau-nés.*

Des injections de Salvarsan ont été pratiquées, à la clinique Tarnier, chez 10 femmes enceintes et 4 nourrices. Des faits observés, M. Bar dégage les conclusions suivantes :

a) Le 606 a une action intense sur les plaques muqueuses ; il amène la disparition rapide des spirilles ;

b) A la dose employée (50 centigr.), il n'est pas sans danger pour le fœtus. Il est vraisemblable que ce danger est plutôt dû à la destruction des tréponèmes qu'à une action directe de l'arsenic sur l'enfant ;

c) Un enfant d'une mère traitée par le Salvarsan a pu naître bien portant cinq mois et demi après la première injection. Un autre enfant, par contre, né soixante-douze jours après l'injection, est venu au monde syphilitique ;

d) Le Salvarsan injecté dans la veine n'a pas produit d'accidents graves immédiats ; il s'est vite éliminé. Comme accidents secondaires, on a observé une fois une albuminurie grave.

L'auteur a institué le traitement par le Salvarsan chez 8 nouveau-nés. Il pense, d'après ces essais que le 606 agit rapidement sur le pemphigus hérédo-syphilitique et peut permettre d'obtenir une guérison rapide et durable de l'hydrocéphalie de nature syphilitique. Il est possible toutefois, que le médicament diminue la résistance du nouveau-né aux infections intercurrentes.

M. Pinard apporte, de son côté, une courte contribution à l'étude du Salvarsan en obstétrique. M. Pinard s'est peu servi du Salvarsan, étant *resté fidèle au traitement classique*, mercuriel et ioduré, de l'hérédité syphilitique. Le mercure et l'iodure ne lui ayant pas causé de déceptions dans ces conditions, il en continue et en préconise toujours l'usage. De même, chez les nouveau-nés, l'action de la liqueur de Van Swieten mélangée au lait maternel, bien tolérée ainsi, lui a toujours paru puissante et efficace.

Deux fois, cependant M. Pinard a eu recours au 606 dans le traitement de l'hérédité syphilitique. Une des femmes accoucha d'un fœtus mort et légèrement macéré.

— MM. Sicard et Bizard reviennent, à la *Société médicale des hôpitaux*, sur la question du *neurotropisme d'alarme au cours du traitement par le* 606. Ils en signalent trois observations.

La déduction pratique thérapeutique à tirer de ces observations est qu'il faut se montrer très réservé dans la continuation d'un traitement intensif d'Ehrlich, lorsqu'à la suite d'une injection de 606 on voit apparaître et persister la triade symptomatique suivante : céphalée, vertiges, troubles auriculaires. Les auteurs insistent particulièrement sur la notion de persistance de ces accidents d'alarme ; on peut, en effet, quoique rarement, retrouver de tels signes réunis ou isolés chez certains malades à la suite d'une première injection de 606. Mais alors ils ne sont que transitoires et passagers, d'une durée de deux ou trois jours à peine, et ont disparu lors de la reprise thérapeutique.

— MM. Thiroloix et Mora présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *psoriasis palmaire et plantaire syphilitique guéri rapidement par le* 606.

Le malade, âgé de 60 ans, était atteint de lésions cutanées spécifiques siégeant exclusivement à la face plantaire des pieds et à la face palmaire des mains. Les lésions étaient restées rebelles à la médication iodo-hydrargyrique. Le bon état général du patient engagea MM. Thiroloix et Mora à recourir au 606 dont il fut fait une injection intra-veineuse de 60 centigr. Huit jours après l'injection, la guérison était complète.

— M. Léon Bernard rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire d'un malade chez lequel des *accidents « anaphylactiques »* apparurent *à la suite d'injections chlorurées sodiques.*

Aussitôt après une injection de sérum physiologique éclata une série de phénomènes morbides : troubles locaux pseudo-phlegmoneux avec douleurs d'une intensité exceptionnelle, troubles généraux marqués par un état lipothymique, une chute brusque du pouls, une dyspnée, une angoisse respiratoire, réalisant un tableau dramatique. Le patient avait été traité, deux ans auparavant, par des injections de sérum isotonique et il avait eu déjà quelques incidents analogues, quoique moins intenses, au moment où l'on commençait une deuxième série de piqûres.

M. Léon Bernard rattache ces accidents à l'anaphylaxie. Celle-ci, cependant, semble appartenir uniquement aux substances albuminoïdes, et l'auteur émet là une idée qui entre en conflit avec les théories courantes de l'anaphylaxie.

M. Milian se demande si, dans des cas de ce genre, les impuretés microbiennes de l'eau distillée, employée pour la préparation du sérum, n'interviendraient pas. L'eau distillée, utilisée dans les laboratoires de biologie et les pharmacies, est presque toujours une eau distillée fabriquée depuis dix ou vingt jours et qui traîne dans des récipients non stérilisés. On y trouve constamment une abondante flore de bacilles, champignons, infusoires, etc. Cette eau, stérilisée à l'autoclave, renferme donc des cadavres microbiens nombreux. Il convient, autant que possible, de se servir de sérum fraîchement préparé, avec de l'eau stérilisée distillée le jour même.

— M. P. Emile Weil fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur un *signe nouveau associé au signe de Kernig : l'extension des orteils.*

Quand on recherche le signe de Kernig, à partir du moment où la jambe commence à se pla-

cer dans la ligne d'extension de la cuisse, on obtient, aussi bien dans la position couchée que dans la position assise, des mouvements des orteils, semblables à ceux décrits par M. Babinski et connus sous le nom de signe de Babinski. Ces mouvements sont une extension intense et maxima du gros orteil, avec saillie des tendons, et une mise des autres orteils en éventail, avec extension plus ou moins marquée.

M. Weil a trouvé ce syndrome d'une façon presque constante (24 fois sur 25) dans les états méningés. Il lui attribue la même valeur séméiologique que celle du Kernig.

P.-L.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

Le coma diabétique.

Le Congrès de médecine de Lyon, qui vient de tenir ses assises (octobre 1911), a mis au point la question si intéressante du coma diabétique. Je ne saurais mieux faire que de résumer pour les praticiens, lecteurs du *Concours*, les différents rapports présentés par MM. Lépine, de Lyon, et Hugounenq et Morel, Marcel Labbé et Blum, en ne retenant, bien entendu, que les renseignements pratiques.

La théorie de la production du coma diabétique a été longtemps controversée ; mais il semble que la découverte de l'acide B oxybutyrique et la doctrine de l'acidose aient fait faire à cette théorie un grand pas en avant.

Autrefois, on considérait, comme causes déterminantes du coma diabétique, la fatigue musculaire, le régime carné exclusif, le traitement intempestif du diabète par les opiacés ; ou bien les maladies infectieuses survenant au cours du diabète

Actuellement, la théorie la plus acceptée du coma diabétique est celle de l'intoxication acide.

L'acétone, l'acide diacétique et l'acide B oxybutyrique produisent une dyscrasie : l'acidose. Ces corps acétoniques sont dus à une décomposition des acides gras. Il y a là une anomalie de nutrition. Or, ces corps acétoniques sont toxiques, ou tout au moins le deviennent en diminuant l'alcalinité du sang.

Cet état d'acidose se traduit cliniquement

1° Par la présence de l'acétone dans l'urine ;

2° Par la diminution de l'alcalinité du sang.

A quelle période survient le coma ?

Chez les diabétiques ignorés, la crise se produit en pleine santé apparente.

Chez les diabétiques avérés, l'acidose étant souvent bien supportée, la crise peut se produire en pleine santé apparente, sous l'influence d'une fatigue excessive, du surmenage ou d'un régime trop exclusif.

Chez les diabétiques cachectiques à amaigrissement prononcé, la crise peut se produire d'un moment à l'autre.

Prodromes.— Le coma n'éclate pas, en général, sans être précédé de signes révélateurs, directs ou indirects. On note le plus souvent un amaigrissement rapide, soit que le sujet soit déjà obèse et perde rapidement de son poids, soit qu'il soit maigre et arrive à maigrir encore avec destruction musculaire. On note également de la dépression physique avec tristesse ou gaîté insolite. Parfois la tristesse devient de la somnolence. Il peut se produire en outre de la céphalée intense, des vertiges ou des insomnies rebelles. L'haleine acquiert une odeur caractéristique due à l'intoxication acétonique (odeur de chloroforme). Le pouls est accéléré, la température est normale. On rencontre en outre des troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements, diarrhée) ; des troubles respiratoires (dyspnée *sine materia* de Kussmaul ou type de Cheyne-Stokes) ; des troubles urinaires (diminution de la diurèse, diminution de la glycosurie, présence de l'acétone

Période d'état. — Le coma est constitué par l'aggravation très marquée des signes précédents. La résolution musculaire est complète ; chez l'enfant on voit quelquefois apparaître des convulsions ; le malade est dans le décubitus dorsal, l'anéantissement est complet. Parfois on constate du délire avec agitation, cris, hallucinations. La dyspnée de Kussmaul apparaît (inspiration très profonde, suivie d'une expiration brève avec gémissement. Il semble que le thorax s'affaisse brusquement sous un poids considérable. Pas de signes d'auscultation). On constate de l'hypothermie ainsi que des troubles intestinaux tels que vomissements, diarrhées cholériformes.

L'odeur de l'haleine est tellement forte que le diagnostic peut être fait en pénétrant dans la chambre du malade. La peau est pâle, livide et froide, le pouls est filiforme et rapide.

Diagnostic. — Le coma diabétique ne peut guère être confondu avec les autres comas. S'il s'agit d'un malade pris subitement et que l'on voit pour la première fois, examiner les urines. Si l'on n'en a point, sonder le malade et rechercher non seulement le sucre (liqueur de Fehling) et la réaction de l'acétone (l'urine, distillée et traitée par une solution d'iode dans l'iodure de potassium, puis par la potasse caustique, donne un précipité d'iodoforme reconnaissable à sa couleur jaune, à son odeur spéciale). La présence d'albumine en quantité notable indique qu'il y a néphrite concomitante et dans ce cas, la dyspnée de Kusmaul peut être remplacée par une dyspnée type Cheyne-Stoke

Traitement. — Ce traitement doit être prophylactique à la période prémonitoire. On devra éviter les fatigues physiques et morales, le surmenage ; on évitera les interventions chirurgicales et la chloroformisation, on réduira le régime carné et on donnera des hydro-carbonés ou un régime végétarien.

Dans la période d'état, on conseillera le repos absolu au lit ; le régime lacté ou lacto-végétarien absolu ; on administrera un purgatif drastique :

Eau-de-vie allemande........	âà 20 gr.
Sirop de nerprun...........	

Et enfin, on s'adressera à la médication alcaline intensive. Le sel le plus employé est le bicarbonate de soude. On donnera de 3 à 5 grammes de ce sel toutes les trois heures, soit 30 à 40 grammes par jour. Si l'ingestion est difficile ou impossible (dyspnée, etc.), on tentera de le donner en lavements ; mais ces solutions sont mal supportées et provoquent souvent de la diarrhée et du ténesme. L'injection intra-veineuse est le procédé de choix. Lépine emploie une solution à 1 gr. 7 p. 100 dans l'eau distillée ; Sicard des solutions hypertoniques à 8 p. 100, Labbé des solutions à 3 et 5 p. 100. Elles doivent être tièdes, injectées lentement sous une pression moyenne de 1 m. 50 à la dose de un à deux litres. Mais c'est une arme à deux tranchants, car le sodium a une action hydropigène, bien mise en évidence par les travaux de Widal.

On complétera le traitement par l'administration des diurétiques (théobromine, caféine, théocine), les inhalations d'oxygène. Pour combattre la défaillance cardiaque, on utilisera les injections hypodermiques de spartéine, de caféine, d'huile camphrée. Contre l'algidité, on préconisera les frictions énergiques à l'alcool de lavande.

Le pronostic n'est pas absolument fatal, mais tout praticien averti, en présence d'un diabétique acétonique, devra s'efforcer de prévenir la crise par un régime et un traitement appropriés. Car, dans ce cas, mieux vaut prévenir que guérir.

Docteur DELPEUT.

LE LABORATOIRE & LE PRATICIEN

XII. — Instrumentation (résumé). Conditions générales de l'expédition des prélèvements.

L'instrumentation nécessaire aux prélèvements que nous venons de passer en revue comporte deux parties : une fournie par le praticien ou par l'entourage du malade, l'autre par le laboratoire.

La première existe déjà en partie dans l'arsenal de tout praticien, elle est complétée par tels moyens de fortune que l'on peut réaliser. Mais tous ces instruments doivent être stériles.

La seconde comprend quelques ustensiles ou appareils que le laboratoire donne ou prête, sur demande, au praticien.

Instruments fournis par le praticien, ou de fortune. — Tout praticien possède ou peut posséder : des pinces à disséquer, un couteau d'autopsie, un couteau de Graefe, un fil ou une spatule de platine montés, un abaisse-langue, une seringue de Pravaz en verre, une tige de fer de 4 à 5 millim. de diamètre, montée ou non, une lampe à alcool, des lames de verre, une blouse et un tablier. Il se procure aisément de l'alcool rectifié, de la glycérine neutre à 30°B. stérilisée, de l'eau de Javel, une casserole et de l'eau bouillante, des étiquettes quand ce ne serait que des « collants » de la poste.

En emballant ses envois, il se souviendra que le froid est le meilleur agent de conservation des microbes, ferments de toute espèce, que ces envois doivent toujours être hermétiquement clos, protégés contre les chocs et les bris, que tous ses flacons, tubes, pipettes, doivent porter une étiquette sur laquelle il aura écrit : la nature du prélèvement, la date, son nom et son adresse. En même temps que chaque colis, il enverra au laboratoire une lettre dans laquelle il consignera tous les renseignements qu'il pensera pouvoir être utiles, notamment dans le cas de prélèvement d'eau, de terre, etc., ainsi que les questions auxquelles il veut une réponse plus particulière. Il indiquera de plus, s'il y a urgence ou non.

Instruments fournis ou prêtés par le laboratoire. — Le praticien ne pouvant pas avoir chez lui un matériel de stérilisation qui ne lui servirait que de temps en temps, ni le matériel de verrerie nécessaire, n'ayant pas non plus le temps d'effectuer ni de surveiller ces opérations délicates, qui exigent un personnel stylé, s'adressera au laboratoire pour se procurer notamment la verrerie stérilisée, toute prête à l'usage ; il lui suffira d'apprendre à déboucher un tube ou un flacon aseptiquement et à le refermer de même. En se référant aux précédents articles de cette série, le praticien pourra demander au laboratoire :

Des pipettes, de petits et grands tubes bouchés au coton, capuchonnés ou bouchés avec un bouchon de caoutchouc, des tubes bouchés avec écouvillon, des flacons de 100 à 500 gr., des crachoirs de laboratoire à fond plat. Au nombre des appareils qu'on pourra lui prêter sont le flacon de Miquel et les tubes à bourre soluble. Enfin, s'il a la pratique des ensemencements, il pourra demander au laboratoire des tubes garnis de tous les milieux nutritifs dont il jugerait avoir besoin.

En résumé, en ajoutant très peu de chose à son

arsenal habituel, le praticien peut effectuer nombre de prélèvements et s'aider dans sa pratique journalière de tous les renseignements que peut donner le laboratoire. Aujourd'hui, les laboratoires n'existent pas seulement dans les grandes villes, mais déjà dans bien des villes de province de seconde et même de troisième importance, on trouve des laboratoires et des bactériologistes, tout comme on y trouve des chirurgiens et des spécialistes.

Dr René MARTIAL.

Petite correspondance de médecine pratique

Un curieux cas d'intoxication

Magalas (Hérault), 17 novembre 1911.

Monsieur le Directeur,

Me permettrez-vous de rapporter un cas d'intoxication passagère d'une étiologie peu commune ?

Dernièrement, j'étais appelé dans un village voisin pour une simple sciatique accompagnée de douleurs rhumatismales.

Je prescrivis des cachets avec 0.50 ctgr. d'aspirine, 0.30 de salicylate de soude et 0.02 de stovaïne. Sur la demande de la malade de prendre des infusions de feuilles de frêne, je complétais mon ordonnance en marquant celles-ci. Le soir, prise d'un cachet et d'une infusion ; quelques instants après, vomissements, douleur épigastrique violente, sueurs profuses suivies de cryesthésie, vertiges, pâleur. La nuit se passa des plus mauvaises, tantôt tendances à la lipothymie, tantôt à de l'agitation.

Sur le matin, prise d'un second cachet suivie d'une nouvelle infusion que le mari força plutôt à prendre. La malade tomba alors dans une profonde syncope. C'est alors que je fus mandé aussitôt et vous jugez de mon étonnement : appelé la veille pour sciatique et me trouver ainsi devant un tel tableau syncopal !

Pouvais-je accuser les cachets médicamenteux d'une pareille histoire ? Certes non. L'aspirine ne possède aucune action irritative sur la muqueuse stomacale ; le salicylate de soude n'amène de l'intolérance avec nausées, vertiges, qu'à des doses élevées et longtemps continuées ; on ne comprendrait pas que deux cachets de 0.30 ctgr. soient rendus coupables de produire une syncope ; du reste, les dix autres cachets pris après l'accident, amenèrent la guérison. La stovaïne s'est toujours montrée un excellent analgésique vis-à-vis des malades chez lesquels je crois devoir l'utiliser.

J'eus l'idée de me faire présenter le frêne, soupçonnant le mari de l'avoir coupé frais à la campagne par une sage économie qui ne l'était guère en pareil cas. La plante était en effet fraîchement coupée et les feuilles aux trois quarts déchiquetées par les mandibules de ces beaux coléoptères longicornes aux ailes souples et verdoyantes, par les cantharides. J'eus un instant l'idée du passage sur ces feuilles de limaces ou autres bêtes, véhicules de poisons, du voisinage de quelques plantes vénéneuses.

Quelques symptômes spéciaux me permirent de conclure à l'intoxication cantharidienne.

Il aurait pu se faire que quelques débris d'insecte ou quelque élytre desséchée soient restés accrochées à la plante ! Notre malade présentait surtout des *symptômes d'irritation* de tout le tube digestif, se traduisant par de la *diarrhée*, de l'*anurie* et une *soif ardente*. Dès le lendemain, le mari courait à la pharmacie prendre des feuilles de frêne sèche ; la malade prit très régulièrement les infusions et tout rentra dans l'ordre sous peu de jours.

On ne peut donc incriminer que le frêne frais devenu en partie la proie des cantharides. Toutes les circonstances corroborent pour justifier cette manière de voir.

Je serais heureux que ce cas suscitât de la part de nos confrères du *Concours* quelques critiques et quelques observations.

Recevez, Monsieur le Directeur, mes sentiments les plus distingués,

Dr E. BELLET.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts

Décret du 29 novembre 1911.

(*Journal officiel du* 1er décembre 1911.)

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ;

Vu les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899, relatifs au doctorat en médecine;

Vu les décrets et arrêté des 31 mai et 22 juillet 1902, relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Vu les décrets et arrêtés des 31 juillet et 31 décembre 1893 et l'arrêté du 20 février 1907, relatifs au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février 1880, 18 mars 1880 et 10 juillet 1896 ;

Vu les décrets du 21 juillet 1897 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu

Décrète

TITRE 1er. DURÉE DES ÉTUDES. — CONDITIONS DE GRADES. — INSCRIPTIONS. — LIVRET SCOLAIRE.

— Art. 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non compris l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie, dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret scolaire au nom de chaque étudiant.

Sont inscrites au livret scolaire les notes d'assiduité et d'interrogations obtenues aux travaux pratiques et aux stages.

Le livret, tenu à jour, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens, sous peine de nullité de l'examen

Une fois la scolarité terminée, il est remis à l'étudiant avec le diplôme.

TITRE II. — ENSEIGNEMENT. — *Programme d'enseignement. — Enseignement théorique. — Enseignement technique (travaux pratiques). — Enseignement clinique.* — Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend :

1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine ;

2° Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ;

3° L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programmes d'enseignement. — Art. 10. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire, ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la faculté et soumis au ministre de l'instruction publique.

Après approbation du ministre, les programmes sont publiés au début de l'année scolaire.

L'assemblée de la faculté fixe également le nombre des leçons, conférences et séances de travaux pratiques que comporte l'exécution de chaque programme.

Art. 7. — Le doyen est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut s'y faire aider par une commission composée, sous sa présidence, d'un professeur titulaire désigné par les professeurs titulaires, d'un autre professeur titulaire désigné par les agrégés en exercice.

Enseignement théorique. — Art. 8. — Dans chaque faculté, ou école, il est fait au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

Art. 9. — L'enseignement théorique comprend :

1° Les sciences biologiques ; Anatomie. Histologie. Notions d'embryologie. Physiologie. Notions de physique et de chimie médicales.

2° Les enseignements annexés à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique : Physique et chimie appliquée à la médecine. Anatomie pathologique. Anatomie topographique. Médecine opératoire. Pathologie expérimentale. Bactériologie. Parasitologie. Pharmacologie. Hygiène. Thérapeutique. Médecine légale.

3° Pathologie générale : Pathologie interne. Pathologie externe. Obstétrique. Stomatologie. Notions de législation et de déontologie médicales.

Tous ces enseignements sont complétés, suivant leur nature, par des démonstrations et travaux pratiques.

Enseignement technique (travaux pratiques). — Art. 10. — Les travaux pratiques sont obligatoires et sont répartis entre les cinq années de scolarité.

Le travail de l'étudiant aux travaux pratiques est constaté par des interrogations ou des manipulations donnant lieu à des notes inscrites au livret scolaire.

Enseignement clinique. — Art. 11. — L'enseignement clinique comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de la séméiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de première année ;

2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale ;

3° L'enseignement élémentaire des cliniques spéciales ci-après : Dermatologie et maladies vénériennes. Voies urinaires. Maladies nerveuses. Maladies mentales. Médecine infantile. Ophtalmologie. Otorhino-laryngologie. Gynécologie. Maladies contagieuses.

TITRE III. — DU STAGE. — Art. 12. — Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études.

Il doit être accompli au siège de la faculté ou école pendant les quatre premières années.

Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.

Art. 13. — Chaque année, le stage a une durée de neuf mois.

En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

Art. 14. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'administration générale de l'Assistance publique, est tenu pour équivalent du stage de médecine et de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque faculté ou école.

Des facilités seront accordées aux internes des hôpitaux pour l'accomplissement des stages spéciaux.

Art. 15. — Les stagiaires de première année sont groupés dans des services qui leur sont réservés.

Sous réserve d'une entente entre la faculté ou école et l'administration de l'assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital.

Art. 16. — Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le chef de service auquel il est attaché.

Il lui est délivré un certificat comprenant deux notes, l'une d'assiduité, l'autre d'interrogations. L'insuffisance d'assiduité peut entraîner la suspension de l'inscription suivante. Il est tenu compte de la note d'interrogations dans le résultat des examens.

TITRE IV. — RÉPARTITION DES ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX PRATIQUES ET DU STAGE. — Art. 17. — Les enseignements, les travaux pratiques et le stage sont répartis ainsi qu'il suit entre les différentes années d'études :

Première année. — Semestre d'hiver. — Ostéologie. — Anatomie descriptive (y compris le système nerveux périphérique). — Notions élémentaires de pathologie générale comme introduction à l'étude de la médecine (enseignement facultatif pour les étudiants).

Semestre d'été. — Histologie. — Physiologie. Travaux pratiques. Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Deuxième année. — Semestre d'hiver : Achèvement de l'anatomie, y compris le système nerveux central, et anatomie topographique.

Semestre d'été : Achèvement de l'histologie et notions d'embryologie. — Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales. Travaux pratiques. Stage, le matin, dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Troisième année. — Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. Quelques leçons de tératologie sont annexées à la pathologie externe.

Cours d'accouchements avec manœuvres obstétricales. Quelques leçons de tératologie sont annexées à ce cours.

Enseignement de la médecine opératoire.

Enseignement de la bactériologie.

Enseignement élémentaire, en quelques leçons, de la pathologie expérimentale.

Enseignement de la parasitologie.

Travaux pratiques de médecine opératoire, de bactériologie, de pathologie expérimentale et de parasitologie.

Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Quatrième année. — Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe.

Enseignement de la pathologie générale.

Enseignement de l'anatomie pathologique.

Notions élémentaires de matière médicale (médicaments simples et composés).

Eléments de pharmacologie (action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses).

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, de matière médicale et de pharmacologie.

Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Suivant ses convenances et ses moyens propres, chaque faculté ou école organise, en troisième et en quatrième année, les stages des cliniques speciales.

Les stages des cliniques spéciales, sauf pour la gynécologie, sont obligatoires.

Cinquième année. — Enseignement de la thérapeutique. Enseignement de l'hygiène. Enseignement de la médecine légale. Enseignement de la stomatologie. Notions de législation et de déontologie. Travaux pratiques d'hygiène. — Démonstrations et travaux pratiques de médecine légale. Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

TITRE V. — DES EXAMENS. — Art. 18. — Les examens sont de deux sortes :

1° Les examens de travaux pratiques ;

2° Les examens de fin d'année.

a) Examen de travaux pratiques. — Art 19. — Chaque enseignement, donnant lieu à des travaux pratiques, a pour sanction un examen placé à la fin des travaux pratiques.

Cet examen comprend : L'épreuve pratique. De interrogations.

Art. 20. — Sont l'objet d'examens de travaux pratiques les matières suivantes :

L'anatomie, l'histologie, la physiologie, la physique et la chimie appliquées à la médecine, la médecine opératoire, la parasitologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique, la matière médicale, la pharmacologie, l'hygiène et la médecine légale.

Art. 21.— En cas d'échec à l'examen de travaux pratiques, l'étudiant est tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription du trimestre suivant.

En cas de succès ultérieur, l'inscription lui est accordée rétroactivement.

Art. 22. — Pour les travaux pratiques dont la durée ne dépasse pas trois mois, la faculté ou école devra organiser des séries complémentaires d'épreuves.

Il y aura, avant le début de l'année scolaire, une nouvelle session d'examens de travaux pratiques pour les candidats ajournés à la session précédente, quel que soit l'endroit, où pendant les vacances, ils auront fait leurs travaux pratiques.

L'étudiant de nouveau ajourné à cette session supplémentaire sera tenu de recommencer son année d'études.

Art. 23. — Pourront être admis par la commission scolaire à subir les examens de travaux pratiques, les élèves qui justifieront devant la commission avoir suivi des travaux pratiques dans des établissements dépendant de l'Université ou agréés par la faculté.

b) Examens de fin d'année. — Art. 24. — Indépendamment des examens de travaux pratiques, chaque année d'études se termine par un examen de fin d'année.

Art. 25. — Sont l'objet d'examens de fin d'année les matières suivantes : anatomie et histologie, physiologie avec notions de physique et de chimie médicales ; obstétrique ; pathologie interne ; pathologie externe ; pathologie générale ; thérapeutique ; hygiène ; médecine légale avec notions de législation et de déonlogie et les cliniques visées à l'article 27.

Art. 26. — Les examens de fin d'année sont répartis ainsi qu'il suit :

Première année. — Anatomie et histologie.

Deuxième année. — 1° Anatomie et histologie. 2° Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Troisième année. — Obstétrique.

Quatrième année. — 1° Pathologie interne ; 2° Pathologie externe ; 3° Pathologie générale.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Cinquième année. — 1° Thérapeutique ; 2° Hygiène ; 3° Médecine légale avec notions de législation et de déontologie.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Examens de cliniques. — Art. 27. — Les examens de cliniques ont lieu après validation de tous les stages obligatoires.

Ils comprennent : 1° Examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe ; 2° Examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale avec revision générale de l'obstétrique ; 3° Examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

TITRE VI. — DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX DIFFÉRENTS EXAMENS. — EXAMENS DE TRAVAUX PRATIQUES. — JURYS. — Art. 28. — Aux examens de travaux pratiques, pour les matières qui ne font pas en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation peut porter sur l'ensemble du programme ; pour les matières qui font en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation est limitée au programme des travaux pratiques.

Art. 29. — Les examens de travaux pratiques sont subis devant des commissions spéciales de trois membres.

Peuvent faire partie de ces commissions :

Les professeurs titulaires, les professeurs adjoints, les agrégés, les chefs de travaux et assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de 1re classe.

Sauf le cas de force majeure, chaque commission d'examens de travaux pratiques comprendra le chef des travaux pratiques correspondants.

Examens de fin d'année. — Art. 30. — Chacun des examens de fin d'année est subi devant un jury de trois membres.

Art. 31. — Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants.

Ces questions sont tirées au sort.

Le candidat tire un bulletin de l'urne ; ce bulletin contient trois questions différentes ; le candidat est interrogé sur une, sur deux ou sur les trois questions, au choix du jury.

L'examen est public ; il est subi devant le jury complet.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury complet.

Examens de cliniques. — Art. 32. — Le jury de chacun des examens de cliniques est composé de trois juges.

Art. 33. — Pour la clinique chirurgicale, chaque série d'examens comprend au maximum : trois candidats.

Pour la clinique médicale : quatre candidats.

Pour la clinique obstétricale : six candidats.

Art. 34. — L'épreuve consiste dans l'examen d'un ou deux malades.

Les candidats aux épreuves de clinique médicale et de clinique chirurgicale disposent de quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.

Pour l'épreuve de clinique obstétricale, le temps attribué à l'examen du malade est de vingt minutes au maximum.

L'examen des malades a lieu sous la surveillance du jury.

Les juges siégeant ensemble interrogent successivement les candidats au sujet des malades examinés, et s'assurent, en outre, qu'ils possèdent les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance le service où il aura à subir l'épreuve clinique.

Examens de fin d'année. — Examens de cliniques. — Sessions. — Notation. — Art. 35. — Les examens de fin d'année ont lieu en deux sessions : l'une en juillet, l'autre en octobre.

Les dates en sont fixées par le doyen ou directeur.

Sauf pour les examens de cliniques, aucun examen individuel ou collectif ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 36. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen, qui n'est accordée que pour motif grave, subir l'examen correspondant à son année d'études à la session de juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre les candidats ajournés à la session de juillet ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 37. —L'étudiant qui n'a pas subi avec succès l'examen correspondant à son année d'études au plus tard à la session d'octobre est ajourné à la session de juillet de l'année scolaire suivante et ne peut prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

L'étudiant ajourné en juillet et en octobre peut obtenir le transfert de son dossier dans les formes prescrites par le décret du 21 juillet 1897.

Art. 38. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : Extrêmement satisfait ; Très satisfait ; Bien satisfait ; Satisfait ; Mal ; Nul.

Les notes *mal* et *nul* sont éliminatoires.

Dans les examens de cliniques, la note *mal* entraîne l'ajournement à trois mois ; après deux échecs successifs, l'ajournement est fixé à six mois.

La note *nul* entraîne l'ajournement à six mois.

Les notes sont attribuées après délibération du jury

Thèse. — Art. 39. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de cliniques et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Art. 40. — Pour chaque thèse de doctorat, le jury est composé de trois juges.

Art. 41. — Les examens de cliniques et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 42.— Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première, à la deuxième, à la troisième et à la quatrième année d'études.

Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondants à la première et à la deuxième années d'études.

Art. 43. — Dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examen sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

TITRE VII. — DISPOSITIONS TRANSITOIRES. — Art. 44. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret.

Les étudiants qui auront pris inscription avant cette date, subiront les examens d'après le régime prévu par le décret du 24 juillet 1899.

Art. 45. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent décret, les dispositions contraires des décrets des 31 juillet 1893, 31 décembre 1894 et 24 juillet 1899, ainsi que les dispositions du décret du 11 janvier 1909.

Art. 46. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois* et *publié* au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 29 novembre 1911.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République,

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
T. STEEG.

Le ministre des finances,
L.-L. KLOTZ.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 29 novembre 1911, portant réorganisation des études médicales, et notamment le § 1er de l'article 44 ainsi conçu :

« Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret ».

Arrête :

Art. 1er. — Les dispositions du décret du 29 novembre 1911, portant réorganisation des études médicales, seront appliquées à partir du 1er novembre 1913.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine qui s'inscriront à partir de l'année scolaire 1912-1913 en vue du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) seront astreints au régime d'études médicales prévu par le décret du 29 novembre 1911.

Fait à Paris, le 30 novembre 1911.

T. STEEG.

***

Un rédacteur du *Temps* est allé interviewer un certain nombre d'intéressés et de confrères.

A l'association corporative des étudiants en médecine.

Le nouveau décret donne-t-il satisfaction aux vœux des étudiants en médecine qui, on le sait, organisent une vive agitation en faveur d'une réforme radicale des études médicales ? C'est ce que nous avons demandé à l'Association corporative des étudiants en médecine.

Ce décret, nous dit-on, n'est guère qu'une réédition du décret de 1909 qui ne fut jamais appliqué. Comme lui, il est issu des délibérations d'une commission nommée par le ministre et où les médecins praticiens ne jouaient qu'un rôle secondaire. Comme lui, il est susceptible des plus graves critiques.

La première de ces critiques, c'est qu'il ne prévoit pas une réforme du stage hospitalier. Actuellement, le nombre des services hospitaliers, où les élèves sont admis à faire leur stage, est de 55, ce qui donne une moyenne de 20 à 25 élèves par service de 60 ou 70 lits. Avec le nouveau décret, les élèves ayant une année de stage hospitalier de plus à faire, leur nombre s'élèvera à 30 ou 40 par service, ce qui supprime la possibilité de s'instruire pratiquement.

Le nouveau décret multiplie les travaux pratiques. Il enlève ainsi toute liberté et toute initiative à l'étudiant, ce qui peut être très préjudiciable à la préparation des concours des hôpitaux, externat et internat, qui, comme on le sait, constituent le début de la filière par laquelle on arrive à l'agrégation.

C'est surtout contre la multiplication des examens que nous nous élevons. Vingt-sept examens en cinq ans, c'est près d'un examen tous les deux mois. C'est trop, aussi bien pour les professeurs qui n'y suffiront pas, que pour les étudiants qui seront, par ce fait, bien plus portés à étudier dans les livres qu'au lit du malade.

L'opinion du docteur Roux.

Le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, nous a donné son opinion dans les termes suivants :

J'ai fait partie de la commission de 1907, dont les travaux ont servi à préparer le décret qui vient d'être signé par le président de la République.

Les idées que j'y ai défendues n'ont pas prévalu. Tous ses membres sont tombés d'accord que l'enseignement devait être rendu beaucoup plus pratique qu'il ne l'est actuellement, aussi bien à l'hôpital qu'au laboratoire. Mais comment ces idées vont-elles être appliquées ? Comment ce décret va-t-il fonctionner ? Je l'ignore. En tout cas, il faut se garder de le juger avant d'avoir constaté ses résultats. Sans doute, il est bien loin de la grande réforme médicale que quelques-uns avaient rêvée. Mais il constitue un progrès sur le passé. S'il développe l'enseignement pratique, peut-être est-il un acheminement vers quelque chose de mieux.

Le décret institue le livret scolaire. C'est une bonne réforme. Mais si, comme on le dit, il crée vingt-sept examens, il fait une besogne regrettable. Ce qu'il faudrait, ce n'est pas augmenter le nombre des examens, mais les rendre plus pratiques et plus sérieux.

C'est le vrai moyen d'avoir des praticiens capables et d'éviter l'encombrement de la profession médicale dont on se plaint tant aujourd'hui.

Les examens doivent être tout autre chose qu'une conversation entre l'examinateur et le candidat. Les examens cliniques devraient durer plusieurs jours. L'élève serait en face d'un malade, et appelé à faire œuvre de médecin devant le professeur, de façon que celui-ci soit éclairé sur ses connaissances réelles.

Quoi qu'il en soit, attendons avant de juger cette première réforme de l'enseignement médical, les résultats qu'elle va donner.

Chez le sénateur Reymond.

Nous avons également demandé au docteur Reymond, sénateur de la Loire, qui s'est beaucoup occupé de la réforme des études médicales, ce qu'il pense du décret :

Comme vous le savez, nous a-t-il dit, le décret qui vient d'être promulgué est le résultat des travaux de la grande commission qui fut choisie en 1907, qui travailla très activement et dont les conclusions constituèrent le décret du 11 janvier 1909. Ce décret ne fut pas appliqué faute de fonds. Aussi suis-je intervenu au Sénat, le 3 juillet 1911, pour demander au ministre qu'on fît quelque chose. Il y avait toute une partie du décret dont l'application n'aurait entraîné aucune dépense et qui cependant restait lettre morte. En octobre 1911, une commission très restreinte fut désignée. Elle avait pour objet simplement de trouver le moyen financier de réaliser l'œuvre de la commission de 1907.

En même temps que l'application du décret du 11 janvier 1909, j'avais demandé au Sénat qu'il fût créé un organisme permanent destiné à suppléer le défaut inhérent à une commission temporaire comme celle de 1907. Cet organisme, dont le ministre annonce d'ailleurs la création prochaine, devra comprendre des praticiens. Les praticiens ont à dire ce qui leur a manqué au cours de leurs études et il faut qu'on les écoute. D'ailleurs, ils ne sont pas si révolutionnaires qu'on pourrait le croire. Beaucoup d'entre eux sont même très conservateurs.

Quant aux réformes apportées par la commission de 1907 et par le décret actuel, elles sont pour la plupart très intéressantes. D'abord, la commission de 1907 elle-même a permis à des hommes ayant des idées très diverses de se rencontrer, d'apprendre à se connaître, et par suite d'adoucir ce que leurs opinions pouvaient avoir d'intransigeant. J'ai connu ainsi des professeurs à qui les travaux de cette commission ont fait changer d'avis sur bien des points.

En second lieu elle a cherché à rendre l'enseignement plus pratique. Elle a notamment ouvert tous les services hospitaliers à l'enseignement. Jusqu'à maintenant, en effet, un petit nombre de médecins des hôpitaux avaient des stagiaires. Il en résultait de l'encombrement. Dorénavant, tout chef de service hospitalier qui en fera la demande pourra avoir des étudiants. De cette manière, la répartition sera mieux

faite. Et surtout on pourra dans beaucoup de cas faire faire certains travaux, des pansements, par exemple, par les étudiants, au lieu de les faire faire par des salariés ; ce qui vaudra mieux pour tout le monde, pour les malades et pour les élèves.

La commission de 1907 a également introduit le libre choix du stage, c'est-à-dire la possibilité pour l'élève de prendre à l'hôpital le maître qui lui plaît.

Ces réformes, qui ne coûtaient rien, n'avaient pas été appliquées, quoique le décret de 1909 les eût prévues. Cela montre qu'il y a eu une certaine nonchalance.

Il faut reconnaître que tout n'est pas parfait dans le nouveau décret. Notamment le nombre des examens est trop élevé. On a cru qu'on empêcherait, par ce procédé, les ignorants d'arriver au but. C'est une erreur manifeste. Mais je compte beaucoup sur la commission permanente pour réparer cette erreur et toutes celles qui ont pu se glisser dans l'œuvre de la commission de 1907.

L'opinion d'un réformiste.

Le docteur Leredde, que nous avons également vu, au sujet de ce décret, et qui, on s'en souvient, a joué un rôle important dans les incidents relatifs au concours de l'agrégation de médecine, nous a dit de son côté :

Les mesures prises, sauf en ce qui concerne la prolongation d'un an des études médicales, sont exactement opposées à ce qu'ont demandé le docteur Roux et les Congrès des praticiens.

Nous avons demandé que l'hôpital fût le centre de l'enseignement médical et que l'élève eût le libre choix du maître. L'administration détruit définitivement la liberté du stage qui existait autrefois et que réclament encore les médecins des hôpitaux indépendants de la faculté, les praticiens et les étudiants en médecine. De ce fait elle prépare une agitation permanente parmi ceux-ci.

Nous avons demandé que l'enseignement scientifique comme l'enseignement clinique fût donné dans « l'atelier médical », d'une manière intime, en collaboration, et surtout à l'hôpital près des malades. On répond en prétendant développer des travaux pratiques obligatoires, où les élèves seront conduits en masse, et d'où ils sortiront comme des travaux pratiques actuels, sans savoir manier un microscope et colorer un microorganisme, et sans avoir eu, non plus que dans les services hospitaliers, de contact direct personnel, familier, avec le maître.

Nous avons demandé des examens techniques prolongés, où l'étudiant puisse montrer, en faisant œuvre technique professionnelle, qu'il connaît le métier médical, qu'il est apte à faire un diagnostic, à établir un traitement, à intervenir lui-même, à faire une recherche de laboratoire élémentaire. On répond en aggravant le système actuel d'examens qui est déjà absurde.

Enfin on prétend créer un conseil médical dans un esprit *aussi libéral* que celui dans lequel a été créée la commission de 1907. Or cette commission n'a point été créée dans un esprit libéral, mais ses membres ont été simplement désignés par le ministre. Il faut ajouter du reste que les délibérations de la commission n'ont pas été respectées par le décret.

(*Le Temps*, 2 déc. 1911.)

CHRONIQUE SYNDICALE

Le Bureau et le Conseil du Syndicat des médecins de la Seine.

Dans notre dernier numéro, nous avons publié un communiqué du Syndicat des médecins de la Seine qui indiquait la composition de son bureau et de son conseil d'administration.

Par le fait d'une erreur, ce communiqué était incomplet ; nous nous faisons un devoir de rectifier et de publier la liste complète du Bureau et du Conseil d'Anministration.

BUREAU. — *Président* : M. BELLENCONTRE ; *Vice-présidents* : MM. VIMONT et LEVASSORT ; *Secrétaire général* : M. TOURTOURAT ; *Secrétaire général adjoint* : M. LAMARE ; *Secrétaires des sections* : MM. BONGRAND, PAMART et TOLÉDANO ; *Trésorier* : M. SALTAS ; *Directeur des accidents du Travail* : M. DE LAURADOUR ; *Directeur des Recouvrements et Contentieux* : M. QUIDET. — *Directeurs de l'Exercice illégal* : MM. ARMAND LÉVY et PATRY ; *Syndic des Congrès* : M. LAFONTAINE ; *Archiviste* : M. LEREDDE.

ADMINISTRATEURS. — 1er arr. Drs SCHMIDT ; 2e arr. FACDOUEL ; 3e arr. LEMOINE ; 4e arr. LECŒUR ; 5e arr. PEYRAMAURE-DUVERDIER ; 6e arr. SALTAS ; 7e arr. TOLÉDANO ; 8e arr. PAMART ; 9e arr. A. LÉVY ; 10e arr. FIQUET ; 11e arr. GASCUEL ; 12e arr. BONHOMME ; 13e arr. DESMONS ; 14e arr. COLDEFY ; 15e arr. JACOB ; 16e arr. TOURTOURAT ; 17e arr. BONGRAND ; 18e arr. MAYOUX ; 19e arr. BACHMANN ; 20e arr. AURENCHE. — Drs GÉRARD, CIBRIE, CURIE, LÉVY-BRAM, FANTON D'ANDON.

Sections de banlieue : 1re FOURNIER ; 2e BARON, 3e HULEUX ; 4e P. CAMUS ; 5e COQUEREAU.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

LA HERNIE, ACCIDENT DU TRAVAIL.

La Jurisprudence de la Cour de Cassation, des Cours d'Appel et des Tribunaux décide que LA HERNIE EST un ACCIDENT du TRAVAIL, malgré l'avis d'experts trop favorables aux assureurs.

I. *La hernie doit se produire pendant ou à l'occasion du travail.* — L'ouvrier qui invoque une hernie comme un accident doit, bien entendu, établir qu'elle s'est déclarée au cours du travail.

Lille 8 juillet 1907, Vil. de Pr. 1907, p. 154.

II. *Conditions d'apparition de la hernie.* — Certains médecins experts, trop favorables aux intérêts des Compagnies d'assurances, ont cherché à faire admettre par les tribunaux une prétendue distinction entre les hernies dites de force et celles dites de faibless e.

D'après eux, pour que la hernie soit susceptible d'être considérée comme accident du travail,

il faudrait qu'elle fût la conséquence d'un effort dépassant de beaucoup l'effort demandé habituellement à l'ouvrier. Il faudrait aussi que l'apparition de la hernie s'accompagnât de douleur vive et prolongée, obligeant le blessé à cesser immédiatement son travail.

Or, lorsque l'intérêt ne dicte pas le rapport, le praticien se souvient que la clinique lui montre souvent des cas dans lesquels des hernies véritablement dues à un traumatisme, sont survenues sans douleur bien définie, bien limitée et même bien appréciable et ce, souvent, à la suite d'un effort qui est loin d'être anormal.

Et la jurisprudence s'est rangée à ces données de la clinique.

La hernie est accident du travail, lorsqu'elle se produit *même au cours d'un travail ne nécessitant pas un effort anormal.*

Cour de Rouen, 14 déc. 1901.

Cour de Lyon, 22 mai 1902.

Cour de Montpellier, confirmé par **Cass. Ch. Req.**, 17 fév. 1908 et **Ch. Civ.**, 27 mai 1908 :

« Attendu qu'il est excessif de poser en principe comme l'ont fait des experts commis par les premiers juges, qu'une hernie doit mériter le qualificatif de hernie de force pour servir de base à une demande d'indemnité .... Les experts ont suivi une tendance trop répandue, consistant à se considérer comme des juges et non comme des auxiliaires chargés de réunir tous les éléments de décision ».

Cass. Ch. Civ., 22 du 1909 : « Attendu que toute lésion dont le travail, *même normal*, a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'art. 1er de la loi du 9 avril 1898 ».

Cet arrêt casse celui rendu par la Cour de Bordeaux, le 4 mars 1907, refusant une rente à l'ouvrier Q..., pour le motif que la hernie a été la simple conséquence d'un effort approprié à son travail normal.

Un arrêt de la **Cour de cassation**, chambre civile, du 5 avril 1909, rejette encore un pourvoi formé contre un arrêt de la **Cour de Douai**, du 13 mars 1905, rendu en faveur du hernieux Volant, contre la Compagnie du Nord. Cet arrêt de Douai donnait tort au tribunal de Boulogne, qui avait décidé que le blessé *n'avait pas fait un effort extraordinaire et qu'il était physiologiquement prédisposé.* La Cour de cassation, en rejetant le pourvoi formé contre l'arrêt de la Cour d'appel de Douai, décidait implicitement *qu'il n'était pas nécessaire qu'il y eût effort extraordinaire* pour qu'une hernie donnât droit à la rente si l'incapacité est admise.

L'ouvrier n'est pas absolument obligé de cesser immédiatement tout travail.

a) Le **Tribunal civil de Quimper** (17 juin 1908) a décidé que devait être considéré comme accident du travail une hernie inguinale survenue à la suite d'un effort pour soulever une pièce d'un manège de machine à battre, alors que l'ouvrier prévint ses camarades qu'il venait de ressentir une douleur à l'aine et que le certificat médical déclare que la hernie doit être attribuée à l'accident, et *bien que l'ouvrier continuât à travailler du* 21 *août, jour de l'accident au* 1er *septembre.* La **Cour de Rennes** sur appel *a confirmé* ce jugement (15 janvier 1909.)

III. *Prédisposition et état antérieur.* — La question n'est plus à discuter, à l'heure actuelle ; tout au plus l'état antérieur peut entrer en ligne de compte pour l'appréciation du quantum de l'incapacité.

« Si la victime était affectée de la prédisposition herniaire, le tribunal tiendra compte, dans l'appréciation de l'incapacité, de la part due à l'accident et de celle imputable à l'état pathologique du blessé ».

Cour d'appel de Paris, 8 fév. 1902.

Cour d'appel de Chambéry, 19 nov, 1900.

Mais la prédisposition n'empêche nullement de déclarer la hernie comme accident du travail.

« Il importe peu que l'individu ait une prédisposition herniaire, du moment où la hernie n'a pas été amenée par l'évolution naturelle de cette prédisposition ».

Cour de Chambéry, 16 fév. 1901.

Il convient de citer, notamment, un arrêt, déjà ancien — il est du 16 juillet 1902 — de la **Cour d'appel de Grenoble**, rendu en audience solennelle, *toutes chambres réunies*, après cassation d'un arrêt de la Cour de Lyon. Voici le résumé de cet arrêt qui a été publié dans le numéro de la *Gazette du Palais de Paris*, daté des 5-6 juillet 1903.

1° *L'art.* 3 *de la loi de* 1898 *ne distingue pas, en ce qui concerne les suites des accidents du travail, entre l'incapacité qui résulte d'une blessure proprement dite et de la privation totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, et celle qui consiste dans une maladie occasionnée par un accident, en diminuant dans une plus ou moins grande mesure la faculté de travail de l'ouvrier* ;

2° *L'indemnité forfaitaire allouée par l'art.* 3 *de la loi de* 1898 *est uniquement réglée d'après le salaire de l'ouvrier, et le degré de son incapacité de travail, abstraction faite de son état de santé antérieur et de toute prédisposition naturelle à la maladie dont l'accident a amené la manifestation et la naissance.*

Cette décision établissait nettement le droit à l'indemnité pour toute lésion entraînant une incapacité permanente produite par le travail, ou à son occasion, quelle que fût la prédisposition du blessé, et particulièrement pour la hernie, puisque c'est de cette affection qu'était atteint l'ouvrier Maigre, qui poursuivait la Société des Mines de la Péronnière.

Cass. Ch. Civ., 24 oct. 1904, qui casse un arrêt de la Cour de Paris qui avait tenu compte de la prédisposition de l'ouvrier.

Tribunal civil de Bordeaux, 25 nov. 1907 :

« ... Attendu que, avant le 27 juin 1907, D..., tout en étant peut-être atteint d'un varicocèle et tout en ayant peut-être des *dispositions à la hernie*, n'en faisait pas moins sans douleur, un travail pour lequel, de l'aveu même de la Compagnie, il lui était payé par elle mil sept cent soixante-quatorze francs vingt-cinq dans l'année ; que, par l'effet d'un accident survenu au dit jour, à l'occasion de ce travail, il subit une diminution

permanente d'aptitude, due à la survenance d'une hernie et à des souffrances causées par le varicocèle ; que, étant données les contingences, il échet d'arbitrer à 20 p. 100 la diminution du salaire correspondante..... »

Plus près de nous, le **J. P. de Séclin**, par jugement du 25 fév. 1910, dit très nettement :

« Qu'au surplus, en admettant même qu'au point de vue constitutionnel, l'ouvrier ait une *disposition* à la hernie, sans qu'avant l'accident il y ait eu de manifestation, il n'en resterait pas moins acquis que c'est à l'effort fait dans son travail que la hernie doit de s'être produite et qu'en ce cas même, ce serait un accident régi par la loi de 1898 ».

Cass. Ch. Civ., 28 mars 1911. — « La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail prévoit expressément, non seulement les accidents directement causés par le travail, mais aussi ceux qui *surviennent à l'occasion du travail*, ce qui ne permet d'écarter de son application que l'accident qui, à l'égard *d'une affection ou d'une infirmité préexistante*, a eu un rôle simplement révélateur. Par suite, on ne saurait écarter la demande d'un ouvrier atteint d'une hernie au cours de son travail, par ce seul motif que le travail en a été l'occasion et non la cause. On doit au contraire l'accueillir s'il est démontré qu'il y a eu, au cours du travail : 1° brusquerie et violence de l'effort ; 2° apparition de la hernie avec douleur intense ; 3° nécessité pour la victime d'interrompre immédiatement son travail. »

IV. *Les récidives et hernies préexistantes.* — Une récidive de hernie doit être considérée comme accident du travail.

Trib. civ. de Bourgoin, 29 mars 1901.

« Au cas de hernie préexistante, c'est le patron qui doit faire la preuve qu'il n'y a aucune relation entre le travail et la lésion. »

La **Cour de Douai**, par arrêt du 12 juillet 1911, cassa un jugement du Trib. de Lille du 4 mars 1911, qui avait négligé de faire état du certificat établi par le médecin de l'ouvrier, pour ne considérer que le certificat du médecin de la Compagnie d'assurances qui déclarait qu'il ne s'agissait que d'une *récidive herniaire, suite d'une cure radicale, faite il y a* 10 *ans*.

Voici l'arrêt de la **Cour de Douai** (12 juillet 1911) :

« Attendu qu'il est constant que D... était employé depuis longtemps aux travaux de force les plus pénibles sans que jamais sa santé ait paru altérée, quand le 12 octobre 1910, au cours d'une manœuvre, en *faisant un effort* pour soulever une pièce de fer, *il sentit une brusque douleur* à l'aine et au côté, *jeta un cri, devint pâle et dut cesser immédiatement tout travail* ;

« Attendu que, visité immédiatement par le Dr Verhaeghe, il fut constaté qu'il était atteint d'une déchirure musculaire au niveau de la région lombo-dorso-abdominale droite et d'une pointe de hernie à gauche, que ce praticien déclare d'origine traumatique ;

« Attendu que D... a donc établi d'une façon ndiscutable que, dans l'accomplissement de son travail et par suite d'un effort pour soulever une pièce de fer, il a été atteint d'une *lésion organique* qu'il n'avait pas auparavant, qui ne s'était *révélée avant cet accident par aucune manifestation et par aucun symptôme* ; attendu que *la sortie de cette hernie*, à supposer même que ce soit une récidive herniaire *survenue au cours du travail et à la suite d'un effort musculaire, rentre dans les prévisions de la loi du* 9 *avril* 1898, *que le certificat du Docteur de la Compagnie d'assurances qui n'a visité le blessé que quinze jours après ne saurait infirmer les constatations faites immédiatement après l'accident* ; que le temps écoulé ne lui permettait plus de retrouver la trace des phénomènes locaux en rapport évident avec le traumatisme ; attendu que la diminution d'aptitude générale au travail ne saurait être supérieure à 6 %...

« Par ces motifs, condamne.... »

V. *Les circonstances.* — Il y a donc lieu de tenir compte de nombreuses circonstances avant de rejeter un cas particulier de hernie comme ne constituant pas un accident du travail.

Le **Tribunal civil de Grenoble** (5 février 1908) déclare que « la question de savoir si une hernie est une hernie de force ou de faiblesse dépend moins d'une appréciation technique de l'homme de l'art sur l'infirmité qu'il constate un temps plus ou moins long après son apparition que de l'examen des circonstances mêmes dans lesquelles elle s'est déclarée. »

Cass. Ch. civ., 5 avril 1909 :

« Le juge du fond apprécie souverainement les circonstances de fait dans lesquelles la hernie s'est produite ».

VI. *Le blessé, atteint de hernie, est-il obligé de se faire opérer ?*

C. de Rennes (1re *Ch.*). *Arrêt du* 27 *mars* 1906. — *Rec. Rennes*, 1906, *I.* 91. — « La hernie étranglée doit être considérée comme un accident du travail, si elle est survenue brusquement par suite d'un traumatisme dû au travail.

« Une opération chirurgicale, surtout une opération du genre de celle de la hernie, peut toujours être considérée comme dangereuse et aléatoire dans ses résultats ; on ne peut, par suite, faire grief à l'ouvrier de n'avoir pas consenti, malgré les conseils qui lui étaient donnés, à en courir les risques. En conséquence, on ne peut décider que sa résistance à cet égard ait pour effet de dépouiller les membres de sa famille du droit aux indemnités par la loi du 9 avril 1898.

« Lorsque les tribunaux ne possèdent pas les documents nécessaires pour arriver à sa détermination, ils doivent recourir à une expertise. »

Cour de Douai, 20 nov. 1906 :

« L'ouvrier ne saurait être contraint de subir une opération dont les résultats ne sont pas certains, qui ne peut être effectuée que sous le chloroforme et toujours dangereuse par les complications qui peuvent survenir. »

Dans le même sens :

Cour de Rennes, 27 mars 1906 (*Rec. Rennes*, 1906, p. 19. *Rec. Somm*, 1907 n° 725).

Trib. Valenciennes, 3 mai 1907. (*Rec. Jurispr. Douai*, 1907, p. 42). Dr DIVERNERESSE.

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX

Tarif des Sociétés de Secours Mutuels (grandes villes) (1).

Le 7 novembre 1911.

Monsieur et honoré Confrère,

En réfléchissant ces jours-ci, je constate que, dans ma lettre au sujet du tarif à appliquer aux Sociétés de Secours mutuels, il y a un cas que je n'ai pas signalé, c'est celui des Sociétés de secours mutuels des grandes villes comme Lyon, Paris, etc...

Je ne vous ai parlé que des Sociétés de secours de petites villes ou campagne. A ce propos, puisque vous aimez les faits à l'appui, en voici d'autres.

A X., où la Société comprend 80 membres, sur lesquels il y a 20 ouvriers et 60 commerçants à l'aise, le tarif de la visite au cabinet et à domicile est de 1 fr. 50, y compris la petite chirurgie, pour la visite de jour, et 3 fr. la nuit. Cela fait donc du 50 % de rabais et même davantage puisque, dans ce tarif de 1 fr. 50 ou 3 fr., est comprise la petite chirurgie : pointes de feu, ventouses, incisions d'abcès superficiels, phlegmons, etc.

Fractures de clavicule ou d'avant-bras, paracentèse, thoracentèse, etc., 10 fr.

Fractures de jambe ou de bras, luxation d'épaule et de coude, ligature de grosse artère, etc., 20 à 25 fr.

Fracture de cuisse, luxation de hanche, etc., 40 fr.

Opération de hernie étranglée, trachéotomie, empyème, amputation, etc., 40 fr.

Le malade de X... me donne donc 0 fr. 90 de sa poche à chaque visite de jour, puisque j'ai établi le tarif de 3 fr. avec réduction de 20 % ; je tarife la petite chirurgie en plus de la visite.

Pour la Société de Y, le tarif est de 2 fr. la visite de jour et 4 fr. la visite de nuit, y compris toujours la petite chirurgie. Le kilomètre est calculé à raison de 0 fr. 25 aller simple (ou 0,50 aller et retour). Dans ce cas, le malade me donne 0,40 de sa poche par visite de jour.

Les deux nouvelles Sociétés de villages voisins, fondées il y a 3 à 4 ans, ont été tarifées, comme je vous le disais, à plein tarif et réduction de 20 %.

Je vous disais donc, dans une précédente lettre, qu'il faudrait arriver à faire payer plein tarif aux Sociétés, ces dernières indemnisant leurs membres au prorata de l'argent en caisse.

En attendant d'en arriver là, je vous disais d'établir le tarif plein à 3 fr., la visite de jour au cabinet et domicile avec réduction de 20 %, soit 2,40 la visite de jour.

Ce tarif de 3 fr. la visite de jour (2,40) est celui applicable aux Sociétés de campagne et petites villes, et non pas celui des grandes villes, cas dont j'ai oublié de vous parler, vu que je ne connais pas les tarifs faits aux Sociétés de grandes villes.

(1) Voir *Concours Médical*, 1911, p. 1094.

Quel est le tarif imposé par les Sociétés de secours mutuels des grandes villes comme Lyon, Paris, Bordeaux, etc., au médecin pour sa visite au cabinet et à domicile de jour et de nuit ? Je l'ignore complètement.

En tout cas, il faudrait d'abord que le tarif de jour soit doublé pour la nuit, et arriver à établir un seul tarif ; que la visite soit payée même prix ; qu'elle ait lieu au cabinet ou à domicile.

Le tarif de 5 fr. pour ouvrier et domestique devient de plus en plus répandu dans les grandes villes, Lyon, par exemple (le tarif de 3 fr. se raréfiant de plus en plus).

Il serait logique, pour ces villes, que le tarif des Sociétés de secours mutuels fût plus élevé que dans les campagnes ou petites villes, localités où le tarif maximum est de 3 fr. pour ouvrier et domestique.

Donc, en se basant sur le tarif de 5 fr. la visite de jour, cela ferait, avec 20 % de réduction : 4 fr. la visite de jour pour Sociétés ; ce serait un tarif peut-être trop élevé ou plutôt trop brusquement augmenté. — On pourrait donc faire une réduction temporaire de 25 % sur 5 fr. = 3 fr. 75 la visite. — Si cela était encore trop fort, on arriverait alors à une réduction de 30 % sur 5, ce qui amène à la visite à 3 fr. 30 pour Sociétés, ou en chiffre rond 3 fr.

Il faudrait donc que dans ces villes où de plus en plus la visite, même pour ouvrier et domestique, est tarifée 5 fr., que la visite de jour des Sociétés de secours ne soit jamais inférieure à 3 fr.

En faisant la visite à 2,50, comme semblait l'indiquer ma précédente lettre, cela ferait du 50 % de réduction (2,50 au lieu de 5), ce serait vraiment trop exagéré ; cela ferait comme à X. (1,50 au lieu de 3), donc abusif.

Il faudrait donc que la proportion de réduction faite aux Sociétés de secours mutuels fût la même par rapport au chiffre ouvrier courant, soit dans les petites villes, soit dans les grandes.

Dans les petites villes et campagnes à 3 fr. on mettrait 2,40, soit une diminution de 0,60. Dans les grandes villes à 5 fr., il faudrait faire une réduction proportionnelle, mais sans jamais, cependant, descendre au-dessous de 3 fr., qui est l'ancien plein tarif ouvrier des grandes villes, tarif qui devient de plus en plus rare.

On pourrait couper la paille en deux (quand le tarif de 5 fr. sera général) pour satisfaire tout le monde : médecin de grandes villes et Sociétés. On mettrait la visite de jour (au cabinet et à domicile) à 3 fr. 50 ; tarif qui tiendrait le milieu entre une réduction de 25 %, soit 3,75, et une réduction de 30 %, soit 3,30 en partant du tarif de 5 fr. de plus en plus courant.

Le chiffre de 3,50 serait donc une solution satisfaisant les médecins et les Sociétés, si le tarif de 4 fr. est refusé catégoriquement par les Sociétés.

En admettant qu'actuellement les Sociétés payent un tarif au-dessous de 3 fr., il faudrait qu'à partir de maintenant, elles payent 3 fr., au minimum. Plus tard, dans 3 à 4 ans, on élèverait à 3,50 et cela avec d'autant plus de juste raison que le tarif de 5 fr. serait alors devenu presque le

seul tarif des grandes villes pour ouvrier, tarif ayant supprimé complètement celui de 3 fr.

Naturellement, ces chiffres de réduction ne concernent que le prix de la visite. La petite chirurgie et la chirurgie courante restent tarifées pour les Sociétés au plein tarif chirurgical ouvrier de votre « Tarif Jeanne ».

L'âge d'or médical serait celui du plein tarif ouvrier (tarif qui augmentera avec le temps) avec indemnité à chaque membre de Société au prorata de l'argent en caisse de la Société. Mais cela, c'est l'âge d'or, et je doute que les générations médicales actuelles (sauf de rares exceptions, comme dans le Haut-Jura) aient jamais la satisfaction de le voir régner ; on verra plutôt, je crois, l'âge de fer ou d'airain.

Dans votre « Tarif général minimum », il faudrait donc que vous signaliez deux classes de Sociétés de secours mutuels.

1re CLASSE. — Sociétés de secours de campagne ou petite ville. Dans ces localités, le tarif normal de l'ouvrier est de 3 fr., donc le tarif des Sociétés serait de 2,40.

2e CLASSE. — Les Sociétés de grandes villes : Lyon, Paris, etc. Dans ces localités le tarif normal de l'ouvrier tend de plus en plus à devenir à 5 fr.Donc, dans ces localités, les Sociétés de secours seraient tarifées à 4 fr., à 3,50 ou 3 fr., minimum.

Si l'on tarifait les Sociétés à 4 fr., on pourrait peut-être leur tenir ce raisonnement :

Une Société, une communauté d'individus est toujours plus riche qu'un particulier isolé. Donc, là où un particulier serait de la 1re classe du « Tarif Jeanne » donc 3 fr., une communauté, qui est plus riche, doit être de la 2e classe, donc 4 fr. minimum D'où visite des Sociétés de secours à 4 fr. minimum.

Du temps où il y avait des communautés religieuses (quand il n'y avait pas de traitement fixé à l'année pour soigner toute la communauté), le médecin était, je crois, payé à la visite et à plein tarif courant. Or, dans les communautés religieuses, il y avait des riches et des pauvres dont l'ensemble faisait une fortune moyenne pouvant être mise dans la 2e classe. Par la mort de certains membres, la fortune s'augmente ; c'est ainsi que les cotisations s'accumulant, les Sociétés arrivent à avoir des réserves et économies très fortes, elles thésaurisent.

Les Sociétés de secours mutuels pourraient donc être assimilées à ces anciennes communautés et par conséquent être tarifées à la 2e classe future, donc à 4 fr.

Ces différentes idées que je vous soumets, sont des hypothèses et non pas des certitudes, puisque, n'ayant jamais exercé dans une grande ville (Paris Lyon, etc.), j'ignore quels sont les tarifs actuellement en vigueur et par conséquent, ceux qu'il faudrait établir d'après votre futur « Tarif Jeanne », de façon à ce que, pour les Sociétés, la différence entre le tarif général ouvrier le plus courant et le tarif de la Société soit égal ou dans les mêmes proportions dans la petite ville et campagne et dans la grande ville,

Il serait injuste qu'une Société de grande ville payât, à proportion gardée, moins cher qu'une Société de petite ville.

Vous êtes au courant des tarifs actuels et futurs des grandes villes : à vous donc de rédiger un « Tarif minimum », en conséquence. Il ne faut pas oublier en effet que votre Tarif doit servir de base non seulement aux médecins et juges de paix de campagnes et de petites villes, mais encore à ceux des grandes villes (Lyon, Paris, Rouen, Bordeaux, etc.). Il faut donc que tout le Corps médical puisse, avec contentement, faire appel à votre « Tarif » dans un cas de litige. De là deux classes de Sociétés de secours à établir dans votre « Tarif ».

Veuillez agréer, etc.

Dr MARICHAL
à Thoissey (Ain).

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration des 2, 9, 16, 23 et 30 novembre 1911.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, de MM. les Docteurs :

2452 Izard, à Cransac (Aveyron).
2453 Vicq, à Sampigny (Meuse).
2454 Lamoureux, au Raincy (Seine-et-Oise).
2455 Klein, à Auxerre (Yonne).
2456 Duché, à Auxerre (Yonne) .
2457 Durand, à Saint-Bris (Yonne).
2458 Bonifas, à Mauguio (Hérault).

— Le Dr D. informe qu'il a gagné le procès en diffamation intenté avec l'appui du « Sou » contre un journal.

— Le Dr de R. est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui condamne à lui payer le montant de ses honoraires le père divorcé d'enfants confiés à leur mère à laquelle est servie une pension alimentaire insuffisante.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr de R. devant la juridiction d'appel.

— Le Dr C. est traîné en appel d'un jugement de paix lui accordant le paiement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail atteint d'une hernie.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. devant la juridiction d'appel.

— Le Parquet a poursuivi sur la plainte du Dr C. un ancien client qui l'a frappé en public. Un avocat représentera le Dr C. aux débats et se portera partie civile en son nom s'il juge cette intervention utile.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui du « Sou médical » pour cette intervention, s'il y a lieu.

— Le Dr L. demande l'appui pécuniaire pour défendre à l'appel interjeté par une Société de secours mutuels contre un jugement qui la condamne à lui payer une partie de ses honoraires, le

surplus restant à la charge de la mutualité, cliente du Docteur L.

L'appui pécuniaire demandé est accordé par le Conseil.

— Le Dr G. a demandé conseil pour une affaire d'accidents du travail, dans laquelle il y a procès entre l'ouvrier et le patron sur la responsabilité de l'accident. Me Gatineau et l'avocat du Dr G. sont d'avis que ce dernier, ayant été mis en œuvre par le patron, peut le poursuivre en vertu du droit commun, sans attendre qu'il ait été jugé s'il y avait ou non eu accident du travail.

Cette affaire étant nouvelle en jurisprudence et d'intérêt général, le Conseil est d'avis d'accorder au Dr G., l'appui pécuniaire du « Sou médical », pour le procès à intenter au patron en justice de paix.

CORRESPONDANCE

La séance du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats du 18 novembre 1911.

Impressions d'un délégué d'un Syndicat de Province.

Comme ce titre un peu long doit l'indiquer, il ne s'agit pas ici d'un compte rendu, ni non plus d'une critique, mais simplement d'impressions écloses dans le silence, après le tumulte des réunions.

Délégué par mon Syndicat, j'ai assisté à la séance du 18 novembre et à une réunion préparatoire ; j'ai recueilli les opinions de nombreux confrères et c'est le résultat de mes réflexions que je voudrais communiquer aux médecins qui ne verront que les comptes rendus officiels,souvent insuffisants pour se former une opinion.

Ce n'est pas une critique, ce n'est pas non plus un éloge de ce qui s'est fait, ce sont des appréciations personnelles que je veux développer. On trouvera peut-être que je cite trop de noms, que je fais trop de personnalités ; ceux qui ont assisté à la réunion comprendront combien il serait difficile d'exposer des idées sans prononcer le nom des hommes qui les ont émises et qui les représentent. Si, trop souvent, au cours de ces réunions, des noms ont été prononcés, c'est qu'il était impossible de faire autrement, car derrière ces noms il y avait des idées, des méthodes, des principes.

Si ce n'est pas un compte rendu que j'entends donner ici, que l'on n'attende pas non plus un écho des « à-côtés » de la séance, un ensemble de potins de coulisses. Ce n'est pas dans mes cordes et quelques-uns de nos confrères nous inondent en ce moment de feuilles de chou, soi-disant professionnelles, qui en sont remplies et menacent de nous submerger.

Ces potins de coulisses, j'en ai eu pendant 18 heures les oreilles rebattues, je vous en fais grâce, je suis convaincu que les hommes qui se sont mis en avant samedi, à quelque parti qu'ils appartiennent, car il y a des partis dans l'Union des Syndicats tout comme à la Chambre des députés, je suis convaincu, dis-je, que ces médecins sont avant tout médecins et n'ont en vue que le plus grand bien moral et matériel de notre profession.

J'arrivai donc à Paris presque ignorant des débats qui allaient être soulevés à la réunion du Conseil d'administration.

Je savais bien quelque peu que l'élection du Bureau serait disputée, que c'était là la grande question, mais voilà tout.

J'avais en main l'ordre du jour envoyé par le Bureau de l'Union, avec le règlement de la séance et je crois que la plupart des délégués provinciaux n'avaient pas d'autres documents.

J'étais donc bien aise d'aller m'instruire à une réunion préparatoire qui avait lieu le samedi matin à 9 h. 1/2 sous la présidence du Dr Gairal, président sortant et à laquelle avaient été conviés la plupart des délégués de province.

Là, j'appris beaucoup de choses.

1° Il existait, ce que je savais déjà, tout un parti, que je qualifierai de *radical*, décidé à renverser le bureau actuel.

Ce parti avait à sa tête de jeunes confrères, actifs, remuants et partisans acharnés des nouveaux statuts.

2° Le bureau actuel présentait de son côté son ancienne liste, dont s'étaient volontairement exclus tous nos amis du *Concours médical*, parce que considérés comme des meneurs encombrants.

3° Toute tentative de conciliation entre les deux partis avait échoué et le président Gairal prononça une allocution très applaudie qui peut se résumer en ces mots : « Qui m'aime me suive. »

Ma religion était dès lors bien éclairée et c'est en connaissance de cause que j'arrivai à 1 h. 3/4 à l'Assemblée du Conseil d'administration de l'Union.

L'ordre du jour portait en premier lieu la vérification rigoureuse des pouvoirs des délégués.

Cette chose si simple en apparence, par suite de son organisation défectueuse, dura environ une heure 1/2. Il aurait été si facile d'éviter cette cohue et ce désordre en invitant, dix ou quinze jours avant, les délégués ou les présidents de Syndicats à envoyer au secrétariat les pouvoirs de leurs représentants, le bureau de l'Union adressant alors directement aux délégués leurs cartes et leurs carnets de bulletin de vote, lesquels, soit dit en passant, n'ont servi de rien puisqu'on n'a pas eu le temps de voter sur les questions à prendre en considération et à mettre à l'étude. L'interminable formalité de la vérification des pouvoirs et de la distribution des cartes et bulletins de vote aurait été ainsi réduite aux seuls délégués désignés au dernier moment et qui n'auraient pas eu le temps d'envoyer leurs pouvoirs à Paris.

Il y a pourtant lieu de féliciter le bureau sur le choix du local. La salle de la Société de géographie est vaste, bien aérée, bien éclairée et bien supérieure au point de vue de l'acoustique à celle de la rue Serpente.

C'est donc à plus de trois heures que nous som-

mes entrés en séance et après l'allocution du sympathique président Gairal, dès le rapport du secrétaire général, la bataille s'engagea. Lutte oratoire, vive sur toute la ligne, parfois acerbe, quelquefois peu courtoise, mais, dans laquelle il faut rendre justice à l'impartialité, au sang froid et à l'habileté du président.

Je ne veux pas analyser ici tous les discours dont quelques-uns très remarquables. Je vais seulement en quelques mots exposer le débat.

La grosse et presque la seule question, c'est l'élection du bureau.

Deux listes sont en présence. La première qui est celle du bureau sortant, et que j'appellerai « liste conservatrice » comprend sous la présidence du Dr Gairal, MM. Dubuisson, Barbanneau, Charier et Decourt, comme vice-présidents, M. Lepaître, comme secrétaire général, etc.

L'autre, que je qualifierai de « radicale » donne en première ligne MM. Smester, Leredde, Lafontaine comme secrétaire général, Campinchi, etc.

Cette liste a la particularité de ne pas porter le nom d'un candidat à la présidence.

La lutte, je l'ai déjà dit, s'engage très vive entre les divers candidats.

MM. Leredde, Lafontaine, Campinchi, prennent vivement à partie le bureau sortant.

Les statuts, votés par l'Assemblée générale d'avril, conformes aux vœux et aux idées directrices énoncés par l'Assemblée de novembre 1910, n'ont pas été appliqués.

Le bureau n'a pas su ou pas voulu comprendre ces idées directrices et il persiste dans son ancien système : initiative venant de l'Union qui donne des ordres aux Syndicats, donc *initiative centrifuge.*

Les nouveaux statuts, au contraire, ont pour principe l'autonomie des Syndicats ; c'est du Syndicat local que doit partir l'initiative ; l'Union n'a pour but que de concentrer, de coordonner cette *initiative centripète.* C'est ce qui n'a pas été fait par le bureau sortant, donc devant son impuissance à faire fonctionner les statuts, il doit être remplacé.

L'autre parti déclare, au contraire, que les statuts nouveaux ont parfaitement été appliqués, que s'il n'ont pas donné de meilleurs résultats, c'est qu'ils ne peuvent rien faire de plus et que par conséquent on doit les modifier.

Donc, nécessité encore une fois de réviser les statuts.

Pendant toutes ces discussions qu'un confrère a qualifié de *byzantines*, le temps passe, l'assemblée s'énerve et rejette un projet de suspension de séance pendant laquelle une dernière tentative de conciliation aurait été essayée.

Le vote par appel nominal et par délégation est enfin commencé ; il dure près d'une demi-heure ; quant au dépouillement, malgré toute la bonne volonté des scrutateurs, c'est un travail tellement énorme qu'on ne sait si on pourra en avoir le résultat avant la fin de la réunion.

Après une assez longue suspension, la séance reprend donc et en attendant le résultat du vote on s'occupe *de la révision des Statuts* ! ! ! ! !

Avant de savoir ce que peuvent donner les statuts actuels, on en demande le remaniement et l'assemblée approuve cette manière de voir !

A ce moment, tout le monde est d'accord. Il faut remanier les statuts et à cet effet on fera appel aux Syndicats. Une commission est nommée en dehors du bureau de l'Union pour condenser et collectionner les desiderata qui lui seront envoyés par les Syndicats locaux.

Nous allons donc vivre encore au minimum deux ans sous le régime du provisoire avec les statuts actuels pour nous diriger. La philosophie qui se dégage de tous ces débats n'est pas claire ; ceux qui accusaient le bureau sortant de ne pas appliquer les statuts nouveaux sont maintenant les premiers à vouloir remanier ces mêmes statuts, ce qui laisse à entendre qu'eux non plus n'en sont pas absolument satisfaits.

Mais, étant données les fameuses idées directrices de 1910, comment trouver d'autres statuts que ceux de 1911 ? Attendons les événements ; peut-être de toutes les discussions et de toutes les incohérences jaillira-t-il une lumière d'autant plus éclatante que l'obscurité était plus profonde !

Le résultat du vote fut annoncé au cours de cette discussion. La liste Gairal est élue avec une énorme majorité, plus de 4.000 voix contre 1.800 environ aux premiers noms de la liste adverse.

Que faut-il en conclure ? Que les médecins sont satisfaits de l'organisation actuelle de l'Union des Syndicats ? Je ne le crois pas. Je pense plutôt que si ce bureau a été élu, c'est grâce à son chef, au Dr Gairal, qui est extrêmement sympathique, et à juste titre, parmi le Corps médical de province. A mon avis, lui seul est cause du succès de sa liste, car parmi nous, personne ne connaît et personne n'a encore vu à l'œuvre ses nouveaux collaborateurs principaux.

Les autres questions à l'ordre du jour, comme tout le monde le sentait, étaient secondaires ; elles furent expédiées alors que la plupart des membres de l'Assemblée avaient déjà quitté la salle.

Je me contente de le regretter, car j'estime qu'il est bien inutile de faire venir à Paris des délégués des quatre coins de la France pour voter le renouvellement d'un bureau, alors qu'un vote par correspondance serait tout aussi efficace.

Pendant ce temps, l'Etat resserre les mailles du filet avec lequel il nous enveloppe ; les grandes compagnies financières et industrielles exploitent de plus en plus leurs médecins ; les assureurs avancent sourdement et gagnent tous les jours du terrain auprès des pouvoirs publics dans la question des accidents du travail ; les mutualités s'organisent, se groupent, fondent des dispensaires ; les hospices et hôpitaux publics ou privés drainent nos malades et nos honoraires ! Mais, nous avons renouvelé le bureau de l'Union des Syndicats et nommé une commission de révision des statuts. O Byzance ! ! !

De tout ceci, que résulte-t-il en fin de compte ? A mon avis, l'Union des Syndicats est dans une période des plus critiques de son existence. Défigurée au Nord, au Midi et à l'Est par de grandes façades syndicales qui s'en détachent, soutenue très mollement par le Syndicat de la Seine, qui

n'est peut-être pas loin, lui aussi, de faire défection, quel aspect va-t-elle prendre ?

Franchement, mieux vaudrait la mort que l'état morbide où elle se trouve actuellement. Amputée, paralytique, que lui reste-t-il ? Quelle vitalité a-t-elle encore et quel rôle peut-elle jouer, telle quelle dans notre vie sociale ?

Mais l'Union des Syndicats ne peut pas disparaître ; elle est une nécessité de la profession médicale ; de même que la fonction crée l'organe, elle reprendra sa vitalité lorsque quelqu'un aura le courage de mettre le feu dans tout l'amas des ruines sur lesquelles elle repose et quand, rajeunie, elle renaîtra de ses cendres

Dr SERVAS,
(de Bourg).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Une grande commission. — Voici la composition de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France :

MM.

Astier, Denoix et Sarrien, sénateurs.

Chassaing, Lachaud et Rabier, députés.

Pujalet, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Dr Belugou, de Lamalou,

Dr Beurnier (Louis), chirurgien chef de service à l'hôpital Saint-Louis.

Dr Blanc, d'Aix-les-Bains.

Dr Boursier, de Contrexéville.

Dr Caron de la Carrière, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Dr Durand-Fardel, de Vichy.

Dr Ferras, de Luchon.

Dr Piatot, de Bourbon-Lancy.

Prof. Robin, président du Syndicat des médecins des stations balnéaires.

Lequime, hôtelier à la Bourboule.

Meillon, hôtelier à Cauterets et à Pau.

Vedrine, hôtelier à Châtel-Guyon.

Ballif, président du Touring-Club.

Defert, avocat au Conseil d'Etat, membre du conseil d administration du Touring-Club.

Hendlé, préfet du Calvados.

Richard, préfet de la Haute-Savoie.

Charles Fère, membre de la chambre syndicale du commerce et de l'industrie des eaux minérales et établissements thermaux.

Lefebvre, membre de l'union des établissements thermaux.

Mélays, membre de l'association amicale des propriétaires et directeurs de casinos.

Cère, ancien député.

De Pillot, sous-directeur honoraire au ministère de l intérieur.

La composition de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques est complétée, en exécution de l'article 41 du règlement d'administration publique du 26 juin 1911, par la désignation :

1° Des membres de droit ci-après :

Le président de la section de l'intérieur au conseil d'Etat, président, M. Hébrard de Villeneuve.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, M. Mirman.

Le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur, M. Maringer.

Le directeur de la sûreté générale au ministère de l'intérieur, M. Hennion.

Le directeur général de la comptabilité publique au ministère des finances, M. Privat-Deschanel.

Le directeur des mines au ministère des travaux publics, M. Weis.

Le directeur du service de santé au ministère de la guerre, M. le médecin inspecteur général Février.

Le chef du service central de santé au ministère de la marine, M. le Dr Bellot.

Le président du conseil supérieur du service de santé des colonies, M. le méd. inspecteur général Grall.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le prof. Landouzy.

Le directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris, M. H. Gautier.

2° Des membres suivants désigné par leurs pairs :

M. Rabier, conseiller d'Etat, désigné par le conseil d'Etat.

M. Gauwain, conseiller maître à la cour des comptes, désigné par la cour des comptes.

M. le prof. A. Gautier, désigné par l'Académie des sciences.

M. le prof. Gariel, désigné par l'Académie de médecine.

M. Kuss, désigné par le conseil général des mines.

M. le prof. Pouchet, désigné par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le prof. Chantemesse, désigné par la Faculté de médecine de Paris.

Au total 46 membres ! Espérons que ces 46 membres sauront s'entendre pour le plus grand bien de l'industrie thermale et climatique française !

— Perfectionnement des évacuations en temps de guerre. — L'impératrice douairière de Russie, Maria-Féodorovna, a constitué un fonds inaliénable de 100.000 roubles (266.000 francs) dont le revenu est destiné à récompenser les inventeurs des meilleurs procédés d'évacuation des blessés du champ de bataille sur les hôpitaux de l'arrière des armées. Un concours est ouvert à cet effet pour le 1er mai 1912 à Washington, où se tiendra la prochaine conférence internationale de la Croix-Rouge.

— Syndicat professionnel des médecins bordelais. — Dans sa dernière séance, le Syndicat professionnel a décidé que la conférence de Me Duthil aurait lieu le mardi 12 décembre, à huit heures et demie du soir, à l'Athénée, dans la salle de la Société de médecine et de chirurgie.

Plusieurs questions très importantes ont été soulevées, parmi lesquelles l'exercice illégal de la médecine. Des poursuites vont être engagées par le Syndicat contre un rebouteur qui a estropié un malade actuellement en traitement dans un de nos hôpitaux.

On s'est demandé également quels moyens on pourrait employer pour empêcher ou contrarier ces réclames éhontées sur le 606 qui s'étalent actuellement dans nos journaux quotidiens ; ainsi que le disait le docteur Leuret, il y a là un véritable danger public qui, évidemment, doit être combattu avec énergie.

Voilà un syndicat qui semble donner des preuves d'une activité qui mériterait d'être imitée partout ailleurs !

— **Honoraires en nature.** — C'est en Allemagne que la chose se passe, sous la forme de l'annonce suivante parue dans un journal cynégétique :

« Un médecin de notoriété reconnue en gynécologie aura le droit de tirer un cerf bien gras, dans mes réserves ; en échange, il devra établir le diagnostic exact de la maladie dont souffre ma femme. Ecrire à... »

Il serait intéressant de savoir quel a été le sort de cette annonce auprès des médecins passionnés de chasse. Lefaucheux ou Hammerless dans une main, Cusko ou Fergusson dans l'autre, et voilà le confrère armé pour les deux sports : le cynégétique et le gynécologique, l'un payant l'autre. Et allez donc ! On ne doute de rien au XX[e] siècle !

— **Prophylaxie sanitaire internationale.** — Le Gouvernement de la République française et le gouvernement impérial allemand ont convenu de réglementer l'échange immédiat des informations entre les autorités compétentes de la frontière des deux Etats, en cas d'apparition de maladies contagieuses des hommes et des animaux.

Les maladies contagieuses suivantes, qui atteignent les hommes, sont soumises à l'obligation de l'avis réciproque :

I. — Lèpre (sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités), choléra asiatique, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole.

II. — Fièvre typhoïde, dysenterie, diphtérie, scarlatine, méningite cérébro-spinale, fièvre récurrente (sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités), ophtalmie granuleuse (sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités).

L'avis est donné, en ce qui concerne les maladies désignées dans la section I, dès l'apparition des premiers cas, et en ce qui touche les maladies énoncées dans la section II, lorsqu'il se produit de nombreux cas dans une localité.

L'échange des informations, en cas d'apparition de l'une des maladies dont il s'agit, a seulement pour but d'attirer d'une façon confidentielle l'attention des autorités compétentes des deux Etats sur les parties de leur circonscription exposées à l'infection et d'y provoquer la surveillance appropriée au point de vue sanitaire.

Les maladies contagieuses affectant les animaux, au sujet desquelles il y a lieu à information réciproque, sont les suivantes :

Peste bovine, rage, morve et farcin, fièvre aphteuse, péripneumonie contagieuse, clavelée, dourine, gale du mouton, pneumo-entérite infectieuse.

(*Bull. Méd.*)

— **Les femmes ingénieurs.** — Il y a des femmes médecins ou avocats. Verrons-nous bientôt la femme ingénieur ? Il y a présentement, en effet, au lycée Buffon, à Paris, deux jeunes filles qui suivent les cours de la classe des mathématiques spéciales. Il faut remarquer que cette classe prépare aux concours d'admission de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole normale supérieure.

Déjà, une jeune fille suivit, à Buffon, les cours de mathématiques spéciales. Elle subit avec succès le concours de l'Ecole normale supérieure.

— **Fraudeurs d'autrefois.** — Voulez-vous savoir — par ces temps de rareté du lait, du beurre et des œufs — comment on punissait ceux qui aquatisaient le lait, falsifiaient le beurre ou vendaient des œufs pourris en 1481 ?

« A tout homme ou femme qui aura vendu lait mouillé, soit mis un entonnoir dedans sa gorge et ledit lait mouillé entonné jusques à temps qu'un médecin ou barbier dise qu'il n'en peut, sans danger de mort, avaler davantage.

« Tout homme ou femme qui aura vendu beurre contenant navet, pierre ou autre chose, sera saisi et bien curieusement attaché à notre pilori du Pontel. Pourront les chiens le venir lécher et le menu peuple l'outrager par telles épithètes diffamatoires qu'il lui plaira (sans offense de Dieu, du roi, ni d'autres).

« Tout homme ou femme qui aura vendu œufs pourris et gâtés sera pris au corps et exposé sur notre pilori du Pontel. Seront lesdits œufs abandonnés aux petits enfants, qui, par manière de passe-temps joyeux, s'ébattront à les lui lancer sur le visage ou dessus ses habillements, pour faire rire le monde. Mais ne leur sera permis jeter autres ordures ».

Cette curieuse ordonnance, signée Jacques de Toursel, se trouve dans les archives du Puy-de-Dôme. Elle fut prise à la suite d'une supplique présentée en 1481 par les habitants d'Ambert.

(*Paris-Journal.*)

— **Il grandira, car il est... Suisse.** — Ce ne sont plus les Espagnols qui bénéficient de cette prédiction légendaire, mais les Suisses, si nous en croyons du moins certaine statistique officielle, basée sur les mensurations auxquelles sont soumis tous les jeunes gens de 19 ans aux conseils de revision et desquelles il résulterait que la taille moyenne des Helvètes a augmenté de plus de 2 centimètres dans l'espace de vingt ans.

La stature moyenne des conscrits était, en effet, de 163,5 centimètres dans la période de 1884 à 1891 ; en 1908, elle s'élevait à 165,6 centimètres.

On attribue ce résultat à une meilleure alimentation de l'enfance comme au développement de la gymnastique dans les écoles.

— **Action de la phénophtaléine sur les urines.** — Au fait cité dans les *Actualités médicales* du n° 44 p. 990, il convient d'ajouter le suivant communiqué à la Société des sciences médicales de Gannat, par M. Léger, pharmacien, qui cite l'observation d'urines d'une femme enceinte et de matières fécales fortement colorées en rouge, pouvant faire penser à du sang. La coloration disparaissait avec l'addition d'une goutte d'acide dans l'urine : elle était due à l'absorption de phénolphtaléine contenue dans une fructine prise comme laxatif.

C'est un effet de la phénophtaléine auquel il est bon de penser en présence d'urines colorées en rouge.

— Un **concours** pour deux places d'aides de clinique titulaires attachés à la **Clinique nationale des Quinze-Vingts** et d'un aide de clinique provisoire s'ouvrira le lundi 18 décembre 1911.

Seront admis à y prendre part, les candidats de nationalité française âgés de moins de trente-cinq ans et ayant pris au moins douze inscriptions à l'une des deux Facultés de médecine de l'Etat.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice national, dix jours au moins avant la date fixée pour le concours.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 51 Dimanche 17 DÉCEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Dichotomie

Bien que le mot soit impropre dans le sens qu'on lui attribue en médecine professionnelle, il est consacré par l'usage ; les grands dictionnaires l'admettent avec cette acception. Nous sommes donc tenus de nous en servir pour désigner la répartition des honoraires entre les chirurgiens et les médecins traitants. Ce sujet délicat est remis à l'ordre du jour, tant par une pièce à scandale, qui fit récemment beaucoup de bruit dans un établissement montmartrois, que par la très grande publicité donnée au projet d'un chirurgien très connu de faire débattre encore une fois la question dans une assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine.

Nous disons « encore une fois », parce que ces mœurs, que la grande presse déplore avec son pharisaïsme ordinaire comme un signe des temps et de l'avilissement progressif de notre profession, existent depuis fort longtemps ; parce tout ou presque tout a été dit sur la dichotomie ; parce que la solution de ce problème déontologique a été trouvée, maintes fois publiée, admise par de grandes associations médicales, par des praticiens indépendants d'une honorabilité incontestée, et des chirurgiens et des spécialistes universellement estimés.

Munaret, il y a près de 60 ans, Dechambre en 1883, Frank, Jeanne, à diverses reprises dans le *Concours médical*, MM. Legendre et Lepage, dans leurs conférences de Déontologie de 1899 à 1901 ; le Dr Lataste, dans une communication à la *Société médicale du Louvre*, le Dr

Gouffier dans un remarquable rapport à la *Société médicale de Neuilly-sur-Seine* en 1903, nous-même dans un article du *Progrès médical* (5 octobre 1907), enfin plus récemment l'*Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris*, et sans doute bien d'autres, ont examiné la question sous toutes ses faces.

Personnellement, il nous est d'autant plus facile de traiter ce sujet en toute indépendance que, par le fait de circonstances qui nous ont mis en relations avec de nombreux confrères devenus des amis, pratiquant des échanges de services fréquents et où l'intérêt moral entre seul en cause, nous n'avons jamais eu, en 18 ans d'exercice, l'occasion de pratiquer une seule fois le partage des honoraires.

Est-ce à dire que nous le réprouvons ?

Nous n'hésitons pas à répondre : NON et à en donner les raisons.

Nous ne saurions réprouver que ce qui est malhonnête et, contrairement à ce que voudraient faire admettre certains maîtres en Déontologie médicale, nous ne faisons pas de distinction entre le médecin malhonnête et le malhonnête homme. Il ne saurait y avoir pour nous deux sortes de probité : la probité professionnelle et la probité tout court. Ce qui est considéré comme criminel ou délictueux pour un médecin doit être considéré comme criminel ou délictueux pour un individu quelconque. Or, il n'est jamais venu à l'idée de personne de considérer comme un vol la remise faite à un intermédiaire par un commerçant ; on ne saurait non plus considérer comme un vol la remise faite par un chirurgien à un médecin qui lui amène un client. Ce que l'on appelle dichotomie ne peut donc pas être considéré comme un acte malhonnête.

Nous savons que cette assimilation de la médecine au commerce est de nature à choquer nombre de nos confrères ; c'est peut-être pour cela même que nous la faisons, pour faire ressortir avec plus de netteté les conclusions de notre thèse.

L'exercice de la médecine a été commercialisé industrialisé *contre nous, médecins praticiens, et malgré nous.* Alors que nous avions coutume de nous faire payer proportionnellement aux ressources de nos clients et que nous ne faisions des tarifs que pour nous servir de guides, on nous a imposé peu à peu des tarifs forfaitaires ; on nous a officiellement obligés d'assimiler nos soins à des travaux manuels. Faisant abstraction de notre dévouement et de notre conscience, on a exigé de nous des notes détaillées absolument semblables à des mémoires d'entrepreneurs, on est allé jusqu'à exiger sur ces notes le rabais de 20 à 25 % qui est devenu coutumier dans les règlements de comptes de la maçonnerie, de la fumisterie, de la serrurerie et de la charpente. Systématiquement, la magistrature nous a soumis à ces lois malgré nos protestations et nos résistances. On nous a assimilés à des commerçants, à des industriels. Nous ne saurions donc admettre qu'on nous reproche des actes considérés comme licites chez les commerçants et les industriels.

Les conventions entre médecins traitants et chirurgiens ne sont malhonnêtes que si elles portent tort au malade. « L'important, dit le Pr Morache, en faisant sur les conventions entre malade et chirurgien des réflexions qui peuvent exactement s'appliquer ici, l'important est que, dans la convention, tout soit honnête, loyal, qu'il n'y ait pas même l'ombre d'une pression, d'une exploitation d'un malade dont l'esprit est affaibli, qui ne vit que dans l'espoir de sa guérison. Avant tout, il faut se garder de faire naître dans cet esprit, prêt à se laisser suggestionner, un espoir chimérique et trompeur (1) ».

Concluons : ce que l'on est convenu d'appeler dichotomie ne saurait être considéré en principe comme un acte illicite ni indélicat.

Mais la question peut être envisagée autrement.

Cette coutume, objectera-t-on, ne donne-t-elle pas lieu à de nombreux abus ? Ne compromet-elle pas ainsi le bon renom de la profession médicale ? N'est-elle pas au fond plus nuisible qu'utile aux médecins et aux chirurgiens qui la pratiquent ?

Tout cela dépend de la valeur morale des médecins et non de la coutume elle-même.

Il n'est pas douteux que, sous le couvert de la légitimité du partage proportionnel des honoraires, il a existé, existe et existera des forbans de la médecine qui se sont livrés, se livrent et se livreront à des actes d'exploitation sur le malade et de chantage à l'égard des chirurgiens. Mais qu'on se rassure : les écumeurs de notre profession ont l'esprit assez ingénieux et la conscience assez subtile pour, à l'exemple de leur maître Panurge, avoir, en dehors de la dichotomie, « soixante-trois manières de trouver de l'argent tousjours leur besoing, dont la plus honorable et la plus commune est par façon de larrecin furtivement faict. »

Le nombre de ces aigrefins est assez restreint, et si certains chirurgiens réputés les croient légion, c'est qu'ils s'abattent toujours en essaim sur eux, dont ils espèrent tirer profit, comme les mouches sur un entremets sucré.

En éliminant les bandits dont nous ne saurions faire état, la rémunération du praticien

(1) G. MORACHE. — La Profession médicale, ses devoirs et ses droits.

par le chirurgien n'a rien en soi qui peut choquer la conscience la plus délicate. Est-il besoin de rappeler les excellentes raisons que notre Directeur, Jeanne, exposait éloquemment dans ce journal même pour bien en faire comprendre l'équité en détaillant le rôle, presque aussi important que celui du chirurgien, que joue le médecin traitant dans une intervention chirurgicale ?

« Qui soupçonna à temps, écrivait Jeanne, et posa même peut-être formellement ce diagnostic précoce dont dépendent la possibilité et l'utilité de l'opération ? Qui prépara le patient à cette perspective ? Qui triompha des résistances opposées à l'appel redouté du chirurgien ? Qui encouragea le malade pendant les heures d'appréhension et l'amena résigné et convaincu sous les vapeurs du chloroforme ? Qui raffermit l'entourage pour la bonne direction des soins ?

« Le médecin traitant, le médecin de famille.

« Et qui va prendre ensuite la grosse responsabilité du traitement consécutif, pour supporter seul la charge, si le mal a vaincu la science, et ne bénéficier, au cas contraire, que d'un petit rayon de la gloire acquise par le chirurgien ? C'est lui, toujours lui. »

Ce que nous devons désirer, c'est que, comme nous l'avons déjà écrit, tout se passe au grand jour, que le médecin traitant et le chirurgien, après une opération, n'aient pas l'air de deux malfaiteurs qui, une fois le coup fait, se partagent en cachette, derrière la porte, les dépouilles de leur victime.

Le système de la note commune déjà fort répandu répond à toutes les objections.

Certains chirurgiens qui, à l'heure actuelle, soulèvent la question, paraissent l'ignorer ; cependant il ne date pas d'hier puisque, en 1883, un académicien que nos maîtres les plus officiels et à la Déontologie la plus chatouilleuse, ne désavoueront pas, A. Dechambre, l'exposait tout au long dans son livre : *Le médecin, devoirs privés et publics.*

Dechambre, après avoir courageusement affirmé que le *principe du partage des honoraires n'est aucunement répréhensible*, que loin d'y trouver une forfaiture, « on pourrait à meilleur droit y voir un acte de bonne confraternité », que « c'est une affaire de délicatesse personnelle, où la morale n'est nullement engagée », estime néanmoins que pour ne pas « fournir des armes, même involontaires aux détracteurs de la profession médicale, quiconque est jaloux de l'estime publique et de la dignité de l'art, doit *aujourd'hui* refuser à quelque titre, sous quelque prétexte et dans quelque mesure que ce soit, toute participation aux honoraires des chirurgiens ou des médecins consultants ».

Mais tout aussitôt il ajoute ces phrases qui qui seront pour nous une conclusion :

« Un usage ne s'est pas perdu, et je me suis assuré dans des conversations qu'il était accepté et pratiqué par des confrères de la plus indiscutable moralité, que révolte fortement le système des remises. Cet usage consiste *à présenter en commun, chirurgien et médecin, une note unique faisant masse des honoraires de l'un et de l'autre, sauf à s'entendre entre eux pour le partage.* Ici le médecin est rétribué convenablement et il l'est au su du client, qui, libéré envers lui, n'étant pas exposé à payer deux fois, n'a pas à s'occuper de ce qui pourra lui revenir. Certes, cet autre système n'est pas absolument réfractaire à l'exploitation des familles ; *aucun principe n'est bon là où il est entre les mains de l'improbité* ; mais celui-ci a la double qualité d'être sincère et de parer à une choquante inégalité. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades :

M. le Professeur Hutinel.

La pleurésie dans le rhumatisme articulaire aigu.

Je vais vous présenter aujourd'hui une fillette dont l'histoire est, à plusieurs points de vue, intéressante. Au cours d'une chorée de moyenne intensité, caractérisée par quelques mouvements incoordonnés, cette enfant a fait une endopéricardite et une pleurésie.

Je vous ai parlé, il y a peu de temps, de la chorée. Je vous ai dit qu'elle devait être considérée non comme une névrose, mais comme une encéphalopathie légère, occasionnée par un germe qui est, dans la plupart des cas, le même que celui du rhumatisme articulaire aigu. Notre petite malade s'est comportée, non comme une enfant atteinte de névrose, mais comme une enfant infectée. Voici, d'ailleurs, le résumé de son histoire.

Elle est âgée de 9 ans 1/2. Elle est entrée une première fois à l'hôpital il y a 6 mois pour sa chorée et elle y est revenue il y a 3 mois. Lorsque nous l'avons examinée, à ce moment, nous avons trouvé, outre sa chorée, un petit souffle à la partie moyenne du cœur, souffle variable, paraissant être extra-cardiaque. Nous faisions quelques réserves sur ce souffle. Les mouvements choréiques et le souffle cardiaque disparurent. Trois ou

quatre semaines plus tard, le souffle reparut. Nous constations, cette fois, un souffle systolique net se propageant à l'aisselle. Bientôt après, l'auscultation révéla un autre bruit mésosystolique qui s'accentua : c'était un frottement péricardique. De telle sorte que le diagnostic d'endo-péricardite devint évident. Puis, le frottement péricardique s'amenda, le souffle de la pointe persistant. Enfin, un jour, la température remonta, l'enfant fut abattue, avec une rate volumineuse. Ce qui justifiait cette recrudescence de la fièvre, c'était un retour de la péricardite. Les frottements péricardiques étaient plus rudes que jamais, le cœur était volumineux, bondissant. L'enfant augmentait de poids et avait de l'œdème des membres inférieurs. Le souffle de la pointe offrait un timbre piaulant. La pointe du cœur restait mobile.

La température a continué à s'élever, et, il y a douze jours, nous nous sommes aperçus que la respiration était faible à la base droite, que les vibrations thoraciques diminuaient. Une ponction pleurale ramena quelques gouttes de liquide. La respiration semble aujourd'hui s'entendre un peu mieux, mais l'enfant reste pâle, dyspnéique, avec un peu de cyanose des extrémités. A la région précordiale, le souffle systolique est encore très rude. A la base du cœur, on note quelques frottements péricardiques. Je crois qu'il se forme une symphyse du péricarde ; la pointe est mobile, mais moins que ces jours derniers.

Nous avons donc eu une endo-péricardite, à alternatives, et une pleurésie droite caractérisée par l'affaiblissement du murmure vésiculaire, sans souffle véritable. De l'histoire de cette fillette, je ne retiendrai aujourd'hui qu'un point : la pleurésie droite survenant au cours d'une cardiopathie, chez une choréique.

Il y a un mois, j'ai eu l'occasion de vous présenter, à une leçon du mercredi, une enfant qui était entrée la veille à l'hôpital dans un état lamentable. Elle était cyanosée, anhélante. Elle avait le cœur très hypertrophié, le foie volumineux. On constatait des frottements péricardiques, un gros souffle . L'enfant était en train de faire une symphyse du péricarde dont l'origine semblait être un rhumatisme articulaire aigu. La petite malade avait eu plusieurs atteintes de rhumatisme. On constatait une diminution de la sonorité à la base du poumon. Je portai un pronostic très réservé. Le soir, l'enfant mourut dans une syncope. A l'autopsie, nous avons trouvé un cœur énorme, entouré de fausses membranes, avec une grosse endocardite mitrale. C'était une pancardite mitrale. Nous avons trouvé, en outre, une pleurésie droite, un litre de liquide dans la plèvre. Dans ce cas, le médiastin était notablement infiltré, et je suis convaincu que nous avons eu une propagation de la pancardite à la plèvre par le médiastin.

Une chose m'engage à vous parler de ces pleurésies consécutives aux cardiopathies de la chorée ou du rhumatisme : chorée et rhumatisme sont sœur et frère. Si vous lisez ce qui a été écrit sur ces pleurésies rhumatismales, vous verrez qu'il règne à leur sujet une assez grande confusion.

Les véritables pleurésies du rhumatisme articulaire aigu sont secondaires aux cardiopathies. Il faut les séparer des autres qui sont de fausses pleurésies rhumatismales. Lasègue disait que la pleurésie rhumatismale n'est pas une maladie de la plèvre, mais des parties ambiantes, du tissu sous-pleural, le processus étant identique à celui de la fluxion articulaire. Lasègue décrit ainsi la symptomatologie de la pleurésie rhumatismale : de la fièvre, de la douleur, qui disparaît par l'immobilisation, un épanchement que limite l'exsudation néo-membraneuse. Si de telles pleurésies, d'ordre rhumatismal, existent chez l'adulte, je n'en ai jamais vu chez l'enfant. Ce que j'ai vu, ce sont des pleurésies de cette allure de nature tuberculeuse, avec intervention non du germe rhumatismal, mais du bacille de Koch.

Toute différente est la pleurésie consécutive aux cardiopathies. Le nom de pleurésie rhumatismale donné par Lasègue à la pleurésie dont je viens de parler ne doit pas être conservé. Ce n'est pas là une pleurésie rhumatismale, c'est une pleurésie tuberculeuse. Les pleurésies du rhumatisme ou de la chorée apparaissent au cours de cardiopathies et ont une allure toute différente. Sont-elles fréquentes, ces pleurésies rhumatismales vraies ? Dans une statistique ancienne de Claisse, nous trouvons 6 cas de pleurésie sur 18 cas de rhumatisme grave. Durieu estime à 18 % le chiffre des pleurésies rhumatismales. Roger allait plus loin encore. Quand on a, dans un rhumatisme, disait-il, une complication du côté du cœur, on peut prédire qu'il va survenir une pleurésie, à gauche ou des deux côtés. Roger n'a pas tout à fait raison. Il vous arrivera de voir des cardiopathies dans un rhumatisme sans pleurésie. D'autre part, la pleurésie ne se fait pas toujours à gauche, elle a lieu assez souvent à droite. A quoi tiennent ces divergences d'opinion ? Roger était un excellent clinicien, mais à l'époque où il observait, on n'avait pas la médication salicylée. Celle-ci amende le rhumatisme. Je ne veux pas dire que le salicylate de soude ou l'aspirine font disparaître les cardiopathies rhumatismales, elles les rendent cependant moins communes.

Les complications pleurales en question sont plus rares chez l'adulte que chez l'enfant, la péricardite, cause efficiente de ces pleurésies, étant elle-même plus rare à l'âge adulte. Le péricarde de l'enfant est plus susceptible, plus vulnérable.

Les cas, dans lesquels la pleurésie apparaît au cours du rhumatisme ou de la chorée sans cardiopathie, sont des cas douteux. La cardiopathie antérieure est la condition de la lésion pleurale.

Comment les choses se passent-elles ? Voici un enfant atteint de rhumatisme articulaire aigu. Un jour, vous constatez des phénomènes cardiaques, un bruit mésosystolique à la région précordiale, qui devient un frottement bientôt étendu à toute la région, un souffle à la pointe. Vous reconnaissez l'endo-péricardite. Quelques jours après, se montre un épanchement pleural qui aura tendance à devenir double. Ce sont alors deux pleurésies indépendantes, n'évoluant pas parallèlement.

On a dit que ces pleurésies n'avaient rien à voir avec le rhumatisme. Je crois que c'est une façon singulière de comprendre les choses. Le rhumatisme est bien réellement en cause, le germe de l'infection rhumatismale se propage du péricarde à la plèvre. De même dans la chorée, l'agent pathogène des deux maladies étant probablement identique.

A quel moment apparaissent ces pleurésies ? Vers le deuxième septénaire. Elles s'annoncent par des phénomènes peu nets. L'enfant a de la fièvre, que l'on attribue facilement à la péricardite. Si on ne cherche pas, on peut passer à côté de l'épanchement pleural, qui s'installe insidieusement. Nous ne trouvons pas le début annoncé par Lasègue. On note de la fièvre, une accélération du pouls, une légère diminution de la sonorité. Pas de frottement pleural. La recherche des vibrations thoraciques, précieuse chez l'adulte, ne donne rien chez l'enfant, qui parle peu et de voix grêle. Le malade est dyspnéique, mais il est difficile de savoir ce qui, dans cette dyspnée, revient au cœur et à la plèvre. Le diagnostic est ainsi quelquefois difficile et ne devient net qu'au moment où se montre la matité, quand l'épanchement est assez haut. En pareil cas, examinez les deux côtés. Alors que l'épanchement est minime d'un côté, vous le voyez monter souvent de l'autre côté.

L'ascension du liquide se fait assez vite. D'un jour à l'autre, vous voyez la plèvre se remplir. La décroissance est, fréquemment, non moins rapide. Il vous arrivera de décider la veille une ponction, de venir le lendemain et de ne trouver presque plus de liquide. L'épanchement se fait vite et régresse vite. C'est une fluxion. L'épanchement résorbé, vous trouvez quelquefois des frottements, mais pas toujours. De même, les adhérences sont loin d'être constantes. Lorsqu'elles existent, vous comprenez combien elles peuvent gêner l'expansion pulmonaire.

Nous venons de voir qu'au cours du rhumatisme ou de la chorée, il peut se faire de l'endo-péricardite et de la pleurésie. Celle-ci est une propagation directe de l'endo-péricardite par le médiastin, par une médiastinite. Eh bien ! au cours du rhumatisme, on peut voir aussi des manifestations pleurales tout autres. Les accidents pleuraux auxquels je fais allusion ne relèvent plus de la propagation directe, mais d'une embolie pulmonaire. Ils s'observent plutôt chez l'adulte que chez l'enfant. Le patient est alors pris de dyspnée intense, de douleur vive en un point du thorax. Vous pensez à l'embolie. Deux ou trois jours après, il y a quelques crachats sanglants. L'examen de la plèvre montre des frottements, d'autres fois un épanchement pleural. Ces faits-là ne sont pas très communs chez l'enfant. Les plus fréquents sont les pleurésies consécutives aux cardiopathies.

Je vous signalerai simplement l'hydrothorax observé dans le rhumatisme, avec anasarque. Il s'agit d'un épanchement peu fibrineux qui suit la marche de l'anasarque.

Le pronostic de la pleurésie au cours du rhumatisme et de la chorée est assez sévère. Le cœur est assez gravement touché. La péricardite peut provoquer des adhérences, une symphyse cardiaque *qui cause l'asystolie. L'asystolie relève* rarement des lésions valvulaires chez l'enfant. De même, après la pleurésie, peuvent se produire des adhérences.

Cependant, en face de cas pareils, ne formulez pas trop vite un pronostic pessimiste, pour deux raisons. La première est que l'affection peut durer longtemps 3, 4 ans, et qu'il vaut mieux ne pas désoler aussi longtemps d'avance une famille. La seconde raison, c'est qu'il arrive, malgré les prévisions, que tout cela s'arrange. Je me rappelle un petit malade que j'avais vu avec Brouardel. Nous le considérions réellement comme perdu étant donné l'extrême gravité apparente de ses troubles cardio-pulmonaires. Brouardel estimait même à quelques heures seulement sa survie pour ainsi dire... Eh bien, l'enfant guérit, et il vécut de longues années. Ne vous hâtez pas, surtout à la première atteinte, de porter un pronostic trop mauvais. Lorsque l'enfant sort de sa crise avec de l'asystolie, une symphyse cardiaque, la situation laisse véritablement peu d'espoir. Il y a des hauts et des bas, mais la terminaison est à peu près fatale. Vous pourrez tenter la cardiolyse, l'opération des adhérences. Les résultats de la cardiolyse que j'ai vus n'ont pas été bien satisfaisants.

Je reviens à notre petite malade. Que faire chez elle ? Soutenir le cœur avec des injections d'huile camphrée, de petites doses de digitale ; donner de petites doses de salicylate de soude. Le pronostic reste grave. Vous pouvez être surpris par une syncope, une mort subite. C'est dans des cas de cet ordre que vous sentirez tout le poids de votre responsabilité, que vous chercherez vraiment que faire pour maintenir la vie chez le malade confié à vos soins.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Le traitement de l'épilepsie.

M. le Dr Babonneix a fait récemment à l'hôpital des Enfants-Malades une leçon sur l'épilepsie d'où nous retiendrons, en particulier, le traitement. (*La Pédiatrie pratique*).

« En raison de la fréquence de l'hérédité similaire en matière d'épilepsie, il faut être très réservé dans l'octroi de l'autorisation du mariage à l'épileptique venant consulter à ce sujet. Il faut exiger au moins cinq ans de traitement sévère avant de donner cette autorisation.

« La thérapeutique médicamenteuse de l'épilepsie se résume à l'emploi de la médication bromurée. Les bromures et, avant tout, le bromure de potassium, constituent le pain des épileptiques.

« On l'administrera de deux façons :

« La méthode de Charcot, codifiée par Gilles de la Tourette, se résume en l'emploi de doses alternativement croissantes et décroissantes de ce médicament.

« Pendant quinze mois à deux ans, l'on recourt, sans interruption aucune, à des doses continues, suffisantes. Ces dernières varient, bien entendu, suivant l'âge, l'intensité de l'affection ; et c'est à les bien choisir que vous devrez vous employer dès les premiers temps du traitement.

« Supposons un enfant de huit ans, atteint de crise ou de vertige épileptique, manifestation, plus difficilement curable que l'accès convulsif.

« On commencera par lui faire prendre 1 gramme de bromure pendant toute une semaine, ou 2 grammes par exemple ; durant la seconde semaine, vous lui en donnerez 3 ; puis 4 pendant la troisième semaine. Ces doses de 2, 3, 4 grammes seront prises quotidiennement, chacune pendant une semaine. Après une semaine de repos, vous suivrez la progression descendante ; la cinquième semaine vous prescrirez 4 grammes, la sixième 3, la septième 2.

« Ce repos entre les prises des doses ascendantes et descendantes vous permettra de juger de l'effet produit par votre médicament, de vous rendre compte si les crises convulsives, les absences ou leurs équivalents, se sont moins souvent manifestés qu'auparavant. De cette façon vous serez fixés sur la valeur de votre thérapeutique, vous saurez si la dose suffisante est atteinte. Au cas où ces résultats ne seraient pas suffisamment favorables, vous ajouteriez un appoint supplémentaire de cinquante centigrammes aux doses précédentes.

« Pour Gilles de la Tourette, la proportion médicamenteuse efficace serait celle qui provoque la paresse pupillaire ; la saturation serait obtenue quand les réflexes sont diminués, quand il se produit de l'apathie et des phénomènes d'intoxication. On serait parvenu, à ce moment, à une dose maxima que l'on ne doit pas dépasser. Il ne faut pas oublier les accidents bromiques : éruptions cutanées acnéiformes, placards livides des membres et surtout de l'extrémité inférieure des jambes à tendance ulcérative, troubles intellectuels dépressifs, désordres digestifs (inappétence, diarrhée ou constipation, etc.). Pulvérisations humides chaudes, applications de poudre de talc, seront utilisées contre ces manifestations cutanées de l'intoxication bromée ; les purgations fréquentes, le régime lacté, la suppression absolue de tout liquide alcoolisé seront dirigés contre les troubles digestifs ; une hydrothérapie tiède ou froide luttera contre une excitation ou dépression nerveuse trop marquées.

« Une préparation bromurée très simple est celle qui contient : bromure de potassium, 40 gr., bromure de sodium, d'ammonium, benzoate de soude, ââ 12 gr., eau distillée, q. s. pour 1000 gr.

« Cette formule de Gilles de la Tourette qui ne contient pas d'alcool, produit susceptible d'exciter les épileptiques, se prend aisément dans du lait.

« Ce dernier auteur appliquait sa méthode pendant quinze à dix-huit mois, jusqu'à la disparition des crises. Il l'employait contre l'état de mal aussi bien que contre les vertiges et les absences, forme de la maladie particulièrement difficile à guérir. Méthode des plus recommandables, mais à laquelle tous les auteurs sont, aujourd'hui, d'avis d'apporter un correctif, à savoir : la suppression de la médication pendant l'état de mal.

« MM. Charles Richet et Toulouse préfèrent à la méthode précédente (usage exclusif de hautes doses de bromures) la combinaison du bromure et de la déchloruration. Cette modification de l'ancienne thérapeutique anti-épileptique est basée sur ce fait d'observation : quand un organisme privé de chlorure de sodium est doté de bromure, les cellules nerveuses s'approprient ce dernier avec avidité. De là est venue l'idée de déchlorurer le régime des malades dont nous parlons ; ainsi les doses de bromure à leur donner sont, de beaucoup, inférieures à celles dont usait Gilles de la Tourette, qui ne craignait pas d'atteindre des chiffres de 12 à 15 grammes dans une journée.

« Certains, croyant augmenter encore l'absorption du bromure par les éléments nerveux, ont eu recours à une déchloruration totale, ont même supprimé le lait dont la teneur en chlorure de sodium est de 1 gr. 50 par litre environ ; la conséquence de cette pratique par trop radicale fut la production de certains accidents graves, parfois mortels.

« Contentez-vous donc, si vous y faites appel, d'hypochlorurer vos petits malades et de leur prescrire des quantités de bromures bien inférieures à celles que nécessite la première méthode. En règle générale, un maximum de 2 gr. est suffisant pour un enfant de huit ans ; 3 grammes constituent déjà une dose forte, considérable, avec ce régime hypochloruré ; jamais je n'ai atteint le chiffre de 4 gr. — Personnellement, en matière de vertiges, et devant l'éventualité de troubles démentiels, je préfère recourir à la méthode de Gilles de la Tourette.

« L'alimentation de l'épileptique, d'où l'alcool sera absolument banni, sera surtout végétarienne ;

toutefois la viande, en quantité modérée, n'est pas dangereuse pour lui.

« La vie au grand air, les travaux agricoles lui conviennent tout particulièrement ; mais en toutes circonstances, il devra être l'objet d'une surveillance des plus attentives ».

Le traitement chirurgical (ligature de la carotide, crâniectomie, ponctions lombaires) doit être réservé aux cas graves, où la vie du malade paraît être en danger.

Le permanganate de potasse et la teinture d'iode dans le traitement du choléra.

M. le Dr Jean Logotheti, de Smyrne, a récemment communiqué au *Bulletin médical* les résultats de ses recherches sur l'emploi du permanganate de potasse et de la teinture d'iode dans le choléra.

Le permanganate de potasse peut être employé à la dose de 0,40 à 0,50 centigr. par jour. On dissout cette dose dans 400 à 500 gr. d'eau pure et on en donne au malade une grande cuillerée chaque demi-heure ; les malades acceptent volontiers cette solution et sans manifester la moindre intolérance. Quelques heures après, ils éprouvent un bien-être manifeste ; les vomissements, la diarrhée et les crampes diminuent progressivement d'intensité puis tendent à disparaître ; le pouls redevient régulier et la réaction s'établit le lendemain ou le surlendemain avec crises sudorales et urinaires. On continue le médicament à doses décroissantes deux à trois jours après l'amélioration ci-dessus. « Sur les cas de choléra que j'ai traités par le permanganate de potasse, 48 ont été suivis de guérison. L'action du permanganate est particulièrement efficace, quand le choléra se complique d'hémorragies ».

Quant à la teinture d'iode, voici ce que rapporte l'auteur :

« La dose quotidienne que j'administrais est XL à LX gouttes dissoutes dans 250 gr. d'eau distillée. Je faisais prendre de cette solution une petite tasse à café toutes les heures. J'ai observé qu'une amélioration de l'état général des cholériques survient dès le lendemain de l'application de ce traitement ; les vomissements, la diarrhée, les crampes diminuent progressivement d'intensité puis disparaissent, la température revient à la normale, le pouls régulier et la réaction s'établit dans les 48 heures.

« Cependant il y a des cas rebelles qui réclament en même temps les grandes lavages de l'intestin, Dans mon service, j'ai eu à traiter huit de ces cas et d'une gravité exceptionnelle ; j'ai combiné à l'usage de la teinture d'iode par voie buccale les grands lavages de l'intestin, soit avec une solution tiède iodée, soit avec une solution au permanganate de potasse à 1 % et je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus.

« Sur 42 cas traités par la teinture d'iode, 34 ont été suivis de guérison. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Migraine thyroïdienne de l'enfant. — Pleurésie sèche précordiale. — Empoisonnement par les champignons. — Méningite cérébro-spinale éberthienne primitive. — Névrite périphérique consécutive à la scarlatine.

M. Netter présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild relatif à la *migraine thyroïdienne de l'enfant.*

Dès 1906, MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild avaient émis l'idée que la migraine commune était le plus souvent d'origine thyroïdienne et guérissait à la suite d'un traitement thyroïdien. Aujourd'hui, les mêmes auteurs pensent que, chez l'enfant, la migraine est toujours d'origine thyroïdienne. A l'appui de leur opinion, ils exposent dix observations d'enfants âgés de 9 à 15 ans atteints de migraine. Tous ces petits malades, à la suite de l'ingestion de poudre de corps thyroïde, ont accusé une amélioration immédiate et progressive. Dans les cas suivis assez longtemps, la continuation du traitement a amené une guérison définitive. Chez les sujets dont la cure a été interrompue, la reprise de la médication a produit, chaque fois, l'amélioration.

En dehors de cet argument du traitement « pierre de touche », les auteurs invoquent encore la présence, chez ces enfants, des symptômes, caractéristiques d'après eux, d'instabilité thyroïdienne, soit un mélange de signes d'hypo et d'hyperthyroïdie. L'hypothyroïdie se traduit par la frilosité, la diminution de l'appétit, la constipation, le retard de croissance ; l'hyperthyroïdie, par la nervosité, l'agitation, les cauchemars, le développement du système pileux.

L'administration de la poudre thyroïdienne est utile dans le traitement de l'hyperthyroïdie comme dans celui de l'hypothyroïdie. Mais, tandis que, contre l'hypothyroïdie, il faut donner des doses élevées (0 gr. 10, une ou deux fois par jour), contre l'hyperthyroïdie, il faut s'en tenir aux doses faibles (0 gr. 005 milligr.).

Pour traiter une migraine thyroïdienne, on commencera par les quantités minimes, que l'on augmentera progressivement jusqu'à amélioration. Si l'on dépasse la dose exacte, on voit reparaître les migraines et d'autres signes d'hyperthyroïdisme.

— M. Siredey communique, au nom de M. Ch. Mantoux, à la *Société médicale des hôpitaux,* une étude sur la *pleurésie sèche précordiale.*

La pleurésie sèche, localisée à la région précordiale, donne lieu à une série de symptômes particuliers. Les signes physiques sont très discrets : ils se caractérisent uniquement par des petits frottements très fins, très secs, très superficiels, synchrones aux mouvements respiratoires et indépendants du rythme cardiaque. Ce dernier caractère les distingue des frottements

péricardiques ; ils disparaissent, par conséquent, quand le malade retient sa respiration.

Aux foyers de pleurite précordiale correspondent constamment des zones où la pression du doigt est douloureuse ; la sensibilité est absolument limitée à la région des frottements.

A ces signes stéthoscopiques, à cette douleur provoquée qui marche de pair avec eux, correspondent des troubles fonctionnels dont les plus habituels sont : de la douleur spontanée, de fortes palpitations et une sensation d'étouffement. L'éréthisme cardiaque, observé ici, semble devoir être expliqué par des phénomènes réflexes. On sait, depuis les travaux d'Abrams, que les excitations de la paroi thoracique, même légères, amènent immédiatement des changements de volume du cœur.

Le traitement consistera en révulsion par les ventouses et les pointes de feu. Ces malades étant généralement nerveux, on ne négligera pas la thérapeutique psychique. On rassurera les patients et on atténuera ainsi leurs souffrances. C'est même là un élément de différenciation avec l'angine de poitrine, qui, elle, est inaccessible aux raisonnements les plus rassurants.

— M. P. Claisse relate à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*empoisonnement par les champignons.*

Le malade, entré à l'hôpital à 8 heures du matin, après une nuit sans incident jusqu'à 6 heures (l'ingestion des champignons remontait au dîner de la veille) mourut, avec des symptômes cholériformes, dans la soirée. Une autre personne qui avait participé au même dîner a succombé également. Une troisième personne a été très malade.

L'empoisonnement par les champignons, dit M. Claisse, peut se résumer de la façon suivante. Deux substances sont en jeu : la muscarine et la phalline.

La muscarine (*amanita muscaria*, fausse oronge) produit très rapidement des vomissements, de la diarrhée et une sorte de délire analogue à l'ébriété alcoolique. Ces troubles sont de courte durée et le sujet se rétablit vite.

La phalline (*amanita phalloides*) agit très *tardivement*, au bout de douze heures — comme chez le malade actuel — de vingt-quatre, de trente-six heures. Elle détermine aussi des vomissements, de la diarrhée, puis des crampes des membres et des troubles nerveux d'asthénie avec collapsus final, sans délire. Cet empoisonnement est d'une extrême gravité. La mortalité serait d'environ 90 %.

Ce poison, la phalline, se comporte comme certaines toxines microbiennes, se répand sournoisement dans l'organisme et les premiers signes éclatent alors qu'il s'est diffusé en dehors du tube digestif, ce qui rend vaines les tentatives d'évacuation par vomitif. Les ressources thérapeutiques sont presques nulles. On donnera néanmoins un purgatif, supposant qu'une partie du poison est dans l'intestin, et on s'efforcera d'agir sur l'état général par le sérum, et les toniques du cœur.

L'auteur termine sa communication en déplorant que la surveillance des approvisionnements parisiens ne soit pas plus efficace.

— MM. Bergé et Weisenbach ont observé un cas de *méningite cérébro-spinale éberthienne primitive* qu'ils exposent à la *Société médicale des hôpitaux.*

Dans le cas en question, le bacille d'Eberth a été trouvé à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang de la malade.

Cette méningite éberthienne a évolué comme une méningite cérébro-spinale primitive et isolée. Elle n'a été ni précédée ni suivie d'un syndrome de fièvre typhoïde, et, dans son cours d'ailleurs très bref, elle ne s'est pas accompagnée des symptômes ordinaires de la dothiénentérie. Elle est restée cliniquement une méningite cérébro-spinale pure et simple, se rapprochant remarquablement, par sa symptomatologie, de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Les observations de méningite cérébro-spinale éberthienne primitive jusqu'à ce jour connues sont peu nombreuses. Cinq cas seulement ont été publiés, avec 3 morts et 2 guérisons.

— M. Chavigny fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur un cas de *névrite périphérique consécutive à la scarlatine.*

Les névrites peuvent reconnaître pour cause toutes les maladies infectieuses, mais à la suite de la scarlatine cette complication est rare, sinon exceptionnelle. L'auteur a observé, après une scarlatine, chez un jeune soldat, des troubles paralytiques d'ordre névritique qui ont débuté vers le quinzième jour de la convalescence et sont d'ailleurs restés rebelles au traitement.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement des oreillons chez l'adulte.

I. *Prescriptions hygiéniques et mesures prophylactiques.* — Repos à la chambre. Diète modérée. Antisepsie buccale : lavages boriqués ; acide borique 4 % (Martin). Isolement de 15 à 20 jours. Désinfection de la chambre. Un ou deux bains savonneux à la fin de la maladie.

II. *Traitement médicamenteux.* — *Contre la douleur* : — Onction des régions parotidiennes, sous-maxillaires avec :

Huile de camomille camphrée, baume tranquille (Rilliet) ;

ou avec le liniment suivan

Laudanum de Sydenham	5 gr.
Chloroforme	10 gr.
Huile de camomille camphrée	60 gr.
Baume tranquille	15 gr.

Recouvrir d'ouate hydrophile.

A l'intérieur : antipyrine, salicylate de soude ou aspirine.

En cas d'*insomnie*, lavement de chloral :

Hydrate de chloral	2 à 5 gr.
Lait bouilli.....................	150 cc.
Jaune d'œuf......................	n° 1

Contre l'*hyperthermie* et *le délire* : balnéation tiède ou froide et la potion suivante :

Teinture de musc.........	XV gouttes
— de valériane.....	0 gr. 50 à 1 gr. 50
Bromure de potassium	1 à 3 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.................	60 gr.
Eau de tilleul.............	q.s. pour 210

A prendre par cuillerée à soupe d'heure en heure.

Contre l'*embarras gastrique* : huile de ricin, eau de Sedlitz, calomel.

Contre la *salivation interne* : sulfate neutre d'atropine en pilules, par exemple :

Sulfate neutre d'atropine.	un quart de milligr.
Extrait de gentiane......	q. s.

Pour une pilule n° 6.

Deux à quatre par jour.

III. *Traitement des complications.* — 1° *Orchite.* — *Traitement local.* — Port d'un suspensoir ouaté, ou mieux suspension sur une planchette. Cataplasmes laudanisés en permanence, onction avec de l'onguent napolitain ; bains.

Traitement général. — Pilocarpine, un centigramme tous les deux jours, en injections hypodermiques ; frictions générales stimulantes ; potion à l'acétate d'ammoniaque.

Quand les accidents aigus sont apaisés, il est bon d'ordonner les bains sulfureux, les douches périnéales et de faire la galvanisation faible du testicule. A l'intérieur on prendra la noix vomique et le sulfate de strychnine.

2° *Rhumatisme.* — Administration de salicylate et d'antipyrine.

3° *Albuminurie.* — Régime lacté.

4° *Dacryo-cystite* (Leriche). — Résolutifs locaux, pommades hydrargyriques ou iodurées, ponction s'il y a nécessité.

5° *Ovarite.*— Emissions sanguines locales, irrigations vaginales chaudes, opiacés que l'on administrera de préférence par le rectum.

6° *Surdité.* — Electricité, pilocarpine.

IV. *Traitement de la convalescence.* — Médication tonique ferrugineuse. Huile de foie de morue, quinquina, préparations martiales, poudres de viande. Bains de mer. Cures hydro-minérales et climatiques.

Dr G. Siguret.
(Saint-Nectaire).

UROLOGIE PRATIQUE

Rapports urologiques.

Nous avons indiqué, dans les articles précédents, les méthodes qui permettent de déterminer qualitativement et quantitativement la composition d'une urine et nous avons vu qu'une urine ne contenant aucun élément pathologique peut pourtant être anormale par l'excès ou le défaut de ses éléments normaux ; on a de plus reconnu, que ce qu'il est important de connaître, ce n'est pas tant la valeur absolue des nombres représentant la composition d'une urine, que leur rapport ; ces *rapports urologiques* nous renseignent sur la nature de l'excrétion urinaire, tandis que les nombres bruts eux-mêmes ne nous donnent que sa mesure. Sans doute, *il ne faut accorder* à ces rapports qu'une valeur toute relative ; mais, lorsque le chiffre obtenu présente un écart considérable avec le rapport normal, on peut sans hésitation conclure qu'on se trouve en présence d'un trouble fonctionnel plus ou moins grave.

On peut établir presque à l'infini de semblables rapports ; mais nous n'envisagerons ici que ceux le plus couramment employés dans les laboratoires :

I. Rapport de l'urée aux matières solides (Bouchard).

II. Rapport azoturique ou coefficient d'oxydation (A. Robin).

III. Rapport de l'acide urique à l'urée.

IV. Rapport de l'acide phosphorique à l'urée.

V. Rapport du chlorure de sodium à l'urée.

VI. Rapport des éléments minéraux aux matières fixes ou coefficient de déminéralisation (A. Robin).

Rapport de l'urée aux matières solides. — Le dosage de l'urée a été indiqué précédemment ; quant à celui des matières fixes, il se fait de la manière suivante :

On place 10 cm. d'urine dans une capsule en porcelaine, ou mieux en platine et on évapore au bain-marie, pendant trois heures ; puis on maintient deux heures à l'étuve à 100° ; quand le poids de la capsule a cessé de diminuer, on la laisse refroidir sous une cloche, à l'abri de l'humidité, et on la pèse avec précision ; on rapporte le résultat trouvé au litre d'urine, en multipliant par 100.

Le rapport $\frac{\text{Urée}}{\text{Matières fixes}}$, dans une urine normale, a la valeur $\frac{1}{2}$; il augmente dans le diabète sucré et diminue dans le cas d'insuffisance hépatique et le cancer ; dans le cas d'une urine de diabétique, il faut retrancher du poids de matières fixes celui du sucre.

Le dosage des matières fixes est assez délicat, aussi Joulie a-t-il proposé, dans le rapport précédent, de remplacer le poids de résidu fixe par l'excès de densité sur celle de l'eau pure ; la densité



est facile à mesurer, soit avec un densimètre, soit par simple pesée; le rapport $\frac{\text{Urée}}{\text{Excès de densité sur celle de l'eau}}$, plus facile à évaluer que le rapport $\frac{\text{Matières fixes}}{\text{Urée}}$, donne identiquement les mêmes renseignements; il nous indique s'il y a excès ou défaut d'urée par rapport aux autres constituants de l'urine.

Rapport azoturique ou coefficient d'oxydation. — C'est le rapport $\frac{\text{Azote urée}}{\text{Azote total}}$, appelé aussi coefficient d'utilisation de la machine humaine, il nous renseigne sur la qualité du travail fourni par l'organisme pendant la nutrition, celle-ci étant d'autant plus parfaite que la dégradation de la molécule albuminoïde est plus complète, et par suite qu'une plus grande quantité d'azote s'élimine à l'état d'urée, terme ultime de la désintégration de la molécule azotée. La valeur normale de ce rapport est de 88 à 90 pour 100; elle s'élève dans le diabète sucré et sous l'influence de certains médicaments comme le pyramidon; elle diminue au contraire dans toutes les maladies où la nutrition se ralentit, neurasthénie, tuberculose, variole, scarlatine et sous l'action de l'antipyrine; cet abaissement, lorsqu'il n'est pas dû à un médicament toxique, comporte un pronostic très grave; lorsque le rapport azoturique tombe à 70 %, une issue fatale est à redouter.

Ce rapport ne nous renseigne que sur l'utilisation des matériaux azotés et non sur celles des molécules de carbone; on pourrait d'ailleurs évaluer un rapport analogue $\frac{\text{Carbone urée}}{\text{Carbone total}}$, mais ce rapport, difficile à évaluer, est peu employé.

Nous avons vu précédemment comment on pouvait doser l'urée dans une urine; l'uréomètre nous a donné directement le volume d'azote correspondant à l'urée, c'est ce volume qui, rapporté au litre, formera le numérateur du rapport.

Quant à l'azote total, sa détermination par la méthode de Kjeldahl est longue et délicate, elle nécessite l'emploi d'un appareil distillatoire de Schlœsing, assez coûteux; nous conseillons donc aux praticiens d'avoir recours, autant que possible, pour cette détermination, à un chimiste ou à un pharmacien.

Nous indiquerons simplement une modification de la méthode de Kjeldahl, due à Henninger, ne nécessitant pas de distillation : 5 c.c. d'urine sont placés dans un ballon à long col de 200 c.c. et additionnés de 20 c.c. d'acide sulfurique à 56° pur et exempt de tout produit ammoniacal; on recouvre le col du ballon avec un petit entonnoir et on chauffe peu à peu sur un bec Bunsen ou au bain de sable; on élève peu à peu la température jusqu'à ébullition du liquide, que l'on maintient jusqu'à la complète décoloration du mélange. L'opération dure une heure. Il faut se placer soigneusement à l'abri des courants d'air, qui provoqueraient infailliblement la rupture d'un ballon aussi surchauffé. L'attaque achevée, on laisse refroidir lentement, puis on ajoute goutte à goutte de l'eau distillée, avec précaution, pour éviter toute projection et tout échauffement brusque; on laisse de nouveau refroidir, on neutralise très exactement l'excès d'acide et on complète le volume à 200 c.c. par exemple; dans la solution ammoniacale ainsi obtenue, on dose ensuite l'azote par l'hypobromite au moyen de l'uréomètre, comme il a été indiqué à propos de l'urée. Le volume d'azote ainsi obtenu, ramené au litre d'urine, donne le numérateur du rapport azoturique.

Rapport de l'acide urique à l'urée. — Ce rapport ne tire pas son importance d'une relation physiologique entre les deux corps, l'acide urique n'étant qu'en partie transformée en urée dans le foie. L'expérience a montré toutefois que, dans une urine normale, ce rapport est sensiblement constant et égal $\frac{1}{40}$

Ce rapport s'accroît dans tous les cas où il y a destruction trop abondante de nucléoalbumines, ou mauvais fonctionnement de la cellule hépatique, dans la goutte, la cirrhose, l'ictère. Il s'abaisse dans tous les cas possibles de rétention de l'acide urique dans l'organisme et sous l'action de certains médicaments comme la quinine et l'atropine.

Rapport de l'acide phosphorique à l'urée. — Ce rapport $\frac{P^2O^5}{\text{Urée}}$ est le plus constant de tous les rapports urinaires, sa valeur normale varie de $\frac{1}{8}$ $\frac{1}{16}$; son augmentation notable est caractéristique de la phosphaturie.

On lui substitue souvent le rapport $\frac{P^2O^5}{\text{Azote total}}$ dont la valeur normale est 0,18 c. et qui a même signification que le précédent

Rapport du chlorure de sodium à l'azote total ou à l'urée. — Ce rapport, moins important que les précédents, a pour valeur, dans une urine normale, 40 %; il diminue notablement dans tous les cas de rétention des chlorures dans les tissus, par suite de l'imperméabilité rénale par les sels, en particulier, dès le début d'un grand nombre de maladies aiguës, comme la pneumonie, la pleurésie, la fièvre typhoïde, etc.; si sa valeur tombe à zéro, c'est l'indice d'une mort prochaine (Méhu).

Rapport des éléments minéraux aux éléments fixes à 100° *ou coefficient de minéralisation.* — C'est le rapport $\frac{\text{cendres}}{\text{éléments fixes}}$ dont la valeur normale est de 30 à 40 pour 100.

Chez les diabétiques, sa valeur augmente et peut atteindre 45 à 50 pour 100; toute variation notable de ce rapport est l'indice d'une affection grave.

Nous avons indiqué précédemment comment on pouvait doser les éléments fixes à 100° contenus dans une urine.

Le poids du résidu minéral, c'est-à-dire des cendres, s'obtient en calcinant le résidu de l'évaporation à 100°, obtenu dans le dosage précédent; on effectue la calcination aussi lentement que possible, de préférence sur une lampe à alcool, pour éviter la volatilisation des chlorures, en ajoutant vers la fin de la calcination une pincée de nitrate d'ammoniaque pour brûler complètement le carbone. On laisse refroidir et on

pèse les cendres obtenues. Ce dosage ne peut jamais être fait avec une très grande précision : il y a toujours, quelles que soient les précautions prises, une légère perte de chlorures ; aussi la valeur obtenue pour le rapport est-elle toujours un peu faible.

Tels sont les rapports les plus couramment utilisés en urologie. Le plus important est, sans contredit, le rapport azoturique. Il ne faut pas oublier que ces rapports sont susceptibles de subir des variations sensibles sous l'influence de l'alimentation ; aussi ne s'appliquent-ils qu'à un sujet soumis à un régime uniforme pendant toute la durée de l'expérience et, ainsi que l'a montré le Dr Moreigne, seulement à partir du moment où « l'équilibre dans les échanges intraorganiques a été établi, ce qui n'a lieu en général que le troisième jour ».

V. Volmar,
Ingénieur-chimiste,
Licencié ès sciences.

KINÉSITHÉRAPIE

La kinésithérapie dans le traitement de l'artério-sclérose (1),

Par le Dr P. Kouindjy,

Chargé du service de rééducation et de massage à la clinique Charcot (Salpêtrière).

Le massage abdominal a déjà fait preuve, depuis fort longtemps, de son influence sur l'organe cardio-artériel. Piatot (2), qui étudia, en 1898, l'action du massage abdominal chez les cardiaques, est arrivé à conclure qu'il agit :

1° En augmentant la diurèse ;

2° En favorisant l'action plus complète des produits de désassimilation ; par conséquent, en stimulant la nutrition générale ;

3° En activant la capacité respiratoire ;

4° En régularisant les fonctions digestives et intestinales ;

5° En facilitant la résorption des œdèmes, la disparition des stases veineuses ;

6° En agissant directement sur la circulation ;

7° En faisant disparaître les troubles fonctionnels : douleur précordiale, barre épigastrique, dyspnée d'effort, etc.

L'action diurétique du massage fut déjà démontrée bien avant par Hirchberg et Coutru. En 1908, nous avons publié une observation d'une de nos malades atteinte d'artério-sclérose avancée par myocardite bien caractérisée. A la suite d'une broncho-pneumonie, notre malade présenta des complications du côté du cœur et de la circulation périphérique. D'accord avec le médecin consultant, nous prescrivons à notre malade 2 grammes de théobromine par jour. La quantité d'urine, qui a été à peine de 375 grammes par jour, monta les trois premiers jours, sous l'influence de ce médicament, à 700 gr. Le quatrième jour, elle redescendit de nouveau à 500 grammes. Voyant que la diurèse n'augmentait pas beaucoup, nous nous sommes décidé à faire le massage abdominal méthodique et profond, en le combinant avec le massage des deux membres inférieurs. La quantité d'urine n'a pas tardé à augmenter, et deux jours après la première séance de massage, elle atteignit déjà 1.100 grammes. Nous ajoutions alors 50 centigrammes de théobromine. Cette quantité de médicament et le massage abdominal suffirent pour maintenir la diurèse à 1.100 gr. assez longtemps.

L'augmentation de la diurèse joue le rôle prépondérant dans le traitement de l'artério-sclérose, car, comme le disait Huchard, si « la lésion est au cœur, le danger est au rein ». Dieulafoy (1), avec son imagination vive de maître, comparait le cardiaque à une charrette trop chargée : « Quand la charrette ne peut plus avancer, dit-il, ce n'est pas en fouettant outre mesure les chevaux épuisés que l'attelage repartira ; mais il repartira si l'on veut bien alléger leur fardeau ». Le massage abdominal combiné avec le massage méthodique des membres inférieurs arrive à soulager le travail du cœur par l'augmentation de la diurèse et par la régularisation des fonctions digestives et intestinales. Cette dernière action physiologique du massage abdominal a autant d'importance chez les artério-scléreux que l'augmentation de la diurèse. En augmentant la tonicité intestinale, nous arrivons à débarrasser le tube digestif non seulement de ses toxines, mais aussi de la flatulence, qui souvent augmente la fatigue du muscle cardiaque. A ce propos, nous citerons l'observation suivante, qui montre l'utilité du massage méthodique dans les cas d'artério-sclérose considérée comme avancée. Il y a trois ans, nous fûmes priés par notre regretté maître, le professeur Raymond, de donner nos soins à un de nos plus illustres savants atteint d'une sciatique gauche depuis plus de deux ans. Au cours des trois premières séances, notre vénéré malade nous raconta que, depuis quelque temps, il souffrait d'une sorte de crise d'angine de poitrine, qui le prenait régulièrement tous les matins entre 4 et 5 heures. Ces attaques le mettaient dans un tel état d'angoisse qu'il appréhendait avec horreur l'arrivée du matin. Soigné par toutes les sommités de l'école française, notre maître voulait savoir si la kinésithérapie possédait quelques moyens pour agir contre ces crises, que quelques-uns considéraient même comme des attaques d'un véritable *angor pectoris*. Nous avons cité à notre malade plusieurs observations où le massage abdominal est arrivé à soulager les troubles cardiaques par son action diurétique et surtout par son action contre la flatulence. Persuadé que cette dernière joue chez lui un rôle important, notre malade a bien voulu accepter notre façon de voir et s'est soumis au traite-

(1) Nous sommes heureux de reproduire dans le *Concours Médical* l'article très intéressant et très pratique que notre confrère et ami, le Dr Kouindjy a bien voulu nous adresser et qui a déjà paru dans le *Journal de Bruxelles* du 9 novembre 1911.

(2) A. Piatot. — Traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques. *Thèse de Paris*, 1898.

(1) Dieulafoy. — *Manuel de Pathologie interne.*

ment kinésithérapique, que nous lui avons fait d'abord tous les jours, ensuite trois fois par semaine, tout en continuant le traitement kinésithérapique de la sciatique. Après six séances, il ressentit déjà une légère amélioration. Après la quinzième séance, il nous affirma ne plus avoir de crises comme précédemment. Un mois après, notre malade n'eut plus de crises. Deux mois, après, il commença déjà à faire de petites promenades et ne tarda pas à reprendre sa place à l'Académie, qu'il avait dû abandonner depuis plusieurs mois. Et jusqu'à présent, malgré son âge avancé, il se porte bien et est plein d'activité scientifique.

Mais en dehors du massage abdominal et méthodique, il y a d'autres éléments kinésithérapiques qui rendent de grands services dans le traitement des artério-scléreux. C'est d'abord la gymnastique : les mouvements passifs et actifs contribuent à augmenter le travail musculaire périphérique, lequel, comme l'ont démontré Chauveau et Kaufmann, quintuple la circulation périphérique pendant les exercices musculaires. Le mouvement, et ici prend place la mécanothérapie, « draine », suivant l'expression de Lagrange (1), le sang artériel, comme une ventouse. La contraction musculaire agit mieux qu'une ventouse : elle n'immobilise pas le sang ; elle le rejette dans les veines après l'avoir tiré des artères. De telle sorte que le mouvement et, par conséquent, la contraction musculaire, établissent un va-et-vient dans le courant sanguin, ce qui contribue à augmenter la circulation chez les artério-scléreux et à tonifier le muscle cardiaque. Pour Hasebroek, la gymnastique active légère entraîne la fonction périphérique des vaisseaux, et la gymnastique active plus forte lutte contre la résistance périphérique. Dans un cas, il y aurait diminution, et dans l'autre cas, augmentation de la pression artérielle (2).

La gymnastique respiratoire est encore un des éléments kinésithérapiques qui contribue beaucoup à rétablir la régularité dans la marche du muscle cardiaque : la rééducation de la respiration établit une rééducation des mouvements du cœur.

Ainsi la kinésithérapie présente une série d'éléments qui, par leur ensemble, sont aptes à agir sur le parenchyme cardiaque et, par l'intermédiaire de celui-ci, sur la circulation artérielle elle-même. D'ailleurs, les expériences faites par Zobludowski, Ekgreen, Cautru et d'autres, ont démontré que le traitement kinésithérapique des artério-scléreux faisait tomber la pression artérielle et diminuait la fréquence du pouls, parfois de plus de 30 pulsations à la minute. Les expériences de Stapfer et de Romano montrèrent que c'est grâce aux réflexes dynamogéniques que le massage abdominal, principal élément de la kinésithérapie, agit sur le muscle cardiaque. « Les effets dynamogéniques du massage consistent, dit Romano, en partie dans la stimulation cardiaque, systole plus énergique pendant le massage, diastole plus ample après le massage ou pendant les pauses, et dans une alternative de vaso-constriction et de vaso-dilatation rythmées de la circulation abdominale et périphérique, avec prépondérance de vaso-constriction » (1).

Les indications du traitement kinésithérapique de l'artério-sclérose peuvent, par conséquent, se justifier, d'une part, par l'action réflexe de ses éléments sur le travail même du muscle cardiaque, et d'autre part, par son action directe sur les organes circulatoires, périphériques. Ces deux actions concordent, se complètent et finissent par vaincre la résistance artérielle. D'où il résulte un échange plus facile et plus régulier dans la nutrition propre de tous les organes et une diminution à peu près complète des phénomènes toxiques de l'organisme.

(1) Lagrange. — Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie, 1899.

(2) K. Hasebroek (de Hambourg). — *Congrès Int. de Physiothérapie*, 1910.

(1) Romano. — Thèse citée par Wettervald, *Revue de Cinésie*, 1908.

THÉRAPEUTIQUE

La pathogénie des goitres ; les lésions ; le traitement.

Les recherches entreprises pour déterminer la cause du goitre ont abouti aux mêmes conclusions : c'est l'eau des boissons qui est la coupable.

Mais les deux grandes commissions d'études française et piémontaise envoyées dans les Pyrénées, les Vosges et les Alpes pour chercher à pénétrer le mécanisme de cette nocivité n'ont pu y arriver.

Il est probable que la composition chimique de l'eau a une grande importance ; la faible teneur en iode des eaux de montagne constatée par Chatin en 1852 a été longtemps invoquée et paraissait être une explication d'autant plus satisfaisante qu'elle correspondait fort bien avec les bons effets que produit dans cette affection la médication iodée. On fait cependant des objections à cette théorie et l'on constate que le goitre disparaît sur les hauts plateaux et les sommets élevés où l'iode est très rare, tandis que les iodures que contient l'eau de l'Allier n'empêchent pas le développement du goitre dans les campagnes riveraines.

L'eau peut encore exercer une influence nocive en servant de véhicule à des microbes spéciaux et qui seraient des staphylocoques à faible virulence. Carle et Lustig, Kummer et Tavel, Jaboulay, ont soutenu cette théorie parasitaire que Combes, de Lausanne, admet aussi. Une inflammation chronique de nature bactérienne serait l'origine de la néoformation épithéliale et l'on passerait ainsi de la thyroïdite chronique au goitre. Ce sont encore là des hypothèses.

On ne sait donc rien de définitif sur la patho-

génie du goitre ; mais on en connaît les lésions. Deux faits de première importance dominent cette étude d'anatomie pathologique :

1° Une prolifération de l'épithélium glandulaire ;

2° Un état encapsulé nodulaire de la tumeur ou un état diffus.

Pour Virchow, le goitre se constitue par prolifération des éléments adultes ; des bourgeons pleins naissent, s'étranglent en chapelet et donnent naissance à des vésicules thyroïdiennes nouvelles.

Pour Wolfler, il s'agit d'un adénome ayant pour origine des débris embryonnaires, restés de la formation de la thyroïde ; c'est le goitre colloïde.

On distingue aussi le goitre fibreux (sclérose généralisée), le goitre kystique et le goitre vasculaire.

Au point de vue chirurgical, le traitement du goitre varie avec les diverses variétés, mais au point de vue médical il est unique et très souvent d'une efficacité remarquable.

Il a pour base la médication iodée. Mais ici, il faut agir directement sur la tumeur et d'une façon énergique ; aussi les pommades iodées sont-elles préférables aux iodiques absorbés par l'estomac. On préconise surtout parmi ces topiques l'iodex qui renferme 5 % d'iode thérapeutiquement libre et qui est dépourvu d'inconvénient.

L'iodex n'est pas caustique, ne tache pas la peau et ne provoque aucune lésion irritative locale, quelles que soient la durée et la fréquence des frictions.

Dans le traitement du goitre, on frictionne la région thyroïdienne 2 fois par jour avec gros comme une noisette de cette pommade. Au bout de 2 à 3 minutes de frictions la couleur brunâtre due à l'iode a totalement disparu et l'absorption du principe actif est complète. Nous pensons que ce traitement est préférable à l'utilisation des thyroïdines qui sont au bout de peu de temps dangereuses pour le myocarde, tandis que les résultats obtenus avec l'iodex sont aussi importants sans qu'on ait à redouter le moindre inconvénient.

Cette médication est très réellement efficace dans les cas de goitre diffus, mous, à marche rapide. La diminution du volume de la tumeur se fait en quelques jours ; dans les goitres fibreux et kystiques les effets sont plus tardifs, mais ils existent cependant et consistent dans l'extinction rapide des processus adénomateux autour du noyau induré ou du kyste.

Dans tout goitre, quelle que soit sa forme, il faut toujours commencer le traitement par la médication iodée, c'est là une notion partout admise et dont l'expérience vient démontrer la valeur.

Dr Sillet.

Petite correspondance de médecine pratique

Le 606 à la portée de tous les praticiens,

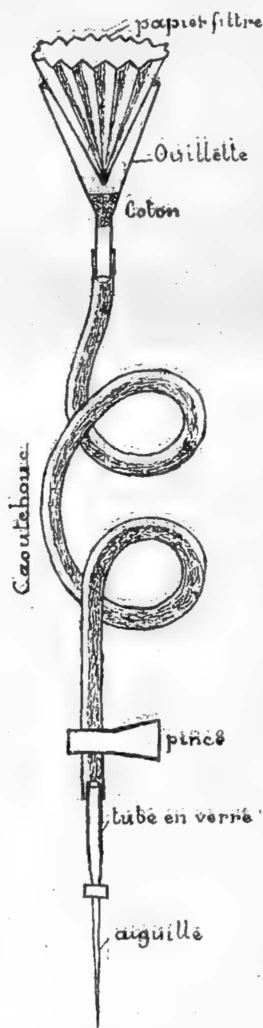
Par le Dr Landret, de Bordeaux.

Rien n'est plus simple, rien n'est aussi facile que de faire une injection de 606.

La plupart des médecins croient d'abord qu'il est nécessaire d'avoir des appareils spéciaux, compliqués et coûteux, ensuite que les manipulations sont d'une difficulté inouïe et ils se privent ainsi d'une médication dont l'activité n'est plus à prouver.

Je crois leur être utile en leur faisant connaître le procédé que j'emploie et qui est, je crois, le maximum comme simplicité.

Il faut pour l'injection :



Outillage. — 1° Une vulgaire ouillette, un petit entonnoir *émaillé* qu'on trouve chez tous les quincailliers ;

2° Un tube de caoutchouc de 2 mètres, celui qu'on emploie pour les bocks injecteurs de femme et qu'on trouve partout ;

3° Une pince en bois de 2 sous, dite de blanchisseuse, qu'on trouve dans les campagnes les plus reculées ;

4° Un corps de seringue quelconque avec embout porte-aiguille. On peut prendre le corps d'une seringue de Luer ou autre, ou une ampoule de verre quelconque de 1 cm. ou 5 cm. dont on rognera les deux extrémités. On en adapte l'une au bout du tube de caoutchouc, l'autre à l'aiguille.

5° Une aiguille quelconque, de calibre un peu fort ;

6° Un bol ordinaire en faïence ;

7° Un agitateur en verre.

Préparation de l'injection. — 1° Vous flambez votre bol au-dessus du bec Bunsen, ou vous le flambez à l'éther.

2° Vous cassez le tube de Salvarsan et le videz dans le bol.

3° Vous ajoutez peu à peu une vingtaine de

centimètres cubes de sérum artificiel en agitant constamment avec votre baguette de verre que vous avez flambée préalablement.

4° Vous ajoutez à ce mélange 1 centimètre cube (par 10 centigr. d'arsénobenzol) *de solution normale de soude des chimistes,* que tous les pharmaciens vous prépareront, laquelle renferme 40 gr. par litre d'hydrate de soude Na OH. Pour une injection de 60 centigr. de Salvarsan, vous ajouterez donc 6 centimètres cubes de solution de soude.

5° Vous ajoutez 250 gr. environ de sérum artificiel *tiède,* entre 35 et 37° et vous brassez longuement.

6° Vous sortez votre ouillette qui est dans une grande bassine d'eau que vous avez fait bouillir avec le tube de caoutchouc, le tube de verre et l'aiguille.

7° Vous mettez dans le fond de l'ouillette un petit morceau de coton pas trop serré qui filtrera le 606.

8° Vous mettez dans l'ouillette un morceau de papier filtre.

9° Vous pincez le caoutchouc le plus près possible de l'extrémité.

10° Vous versez le 606 dans l'ouillette.

11° Vous chassez l'air en élevant légèrement l'ouillette au-dessus du niveau de l'aiguille.

12° Les bulles d'air sorties, vous pincez le tube avec votre pince.

13° Vous enfoncez l'aiguille dans la veine la plus apparente du coude du patient dont un aide aura lié le bras à l'avance.

14° Vous enlevez la pince et faites couler le liquide très doucement, après avoir délacé le bras et en élevant lentement l'ouillette.

Recommandations. — 1° *Avant* de verser le 606 dans l'ouillette, versez un peu de sérum artificiel. Si celui-ci pénètre bien dans la veine, versez le 606 et injectez. Sinon, déplacez votre aiguille.

2° Après l'injection de 606, versez une vingtaine de centimètres cubes de sérum artificiel dans l'entonnoir pour que la totalité du 606 pénètre bien dans la veine.

3° Faites trois injections de 606 à 10 jours d'intervalle : la première de 60 centigrammes, la seconde de 40, la troisième de 30.

Je crois que nulle technique ne saurait être plus simple. Le 606 est admirablement filtré. L'injection est à la portée de tous les praticiens et il n'est besoin d'aucun appareillage.

Comment traiter les eaux surcalcaires pour les rendre potables ?

Mon cher confrère, les eaux de ma commune sont tellement calcaires qu'elles sont peu potables, cuisent mal les légumes et sont mauvaises pour le jardinage. Comment y remédier ?

Réponse.

Le *Concours médical* me transmet votre demande de renseignements sur la manière de rendre les eaux surcalcaires aptes aux services journaliers.

Pour améliorer les eaux, vous pouvez employer l'un des trois procédés suivants :

1° Si l'eau doit être employée pour l'alimentation, il est indispensable de la soumettre à une ébullition assez prolongée, qui provoque le départ du gaz carbonique maintenant l'excès de calcaire en solution. On laisse reposer et on décante.

2° Si l'eau ne doit servir qu'à l'arrosage, au lavage, à la cuisson des légumes, mais ne doit pas être bue, on peut se contenter de chasser le gaz carbonique en faisant arriver l'eau sur des cascades, de façon à ce que la surface de contact avec l'air soit considérable et constamment renouvelée. Ce procédé est économique, mais il est long.

Après le départ du gaz carbonique, on laisse déposer et on décante.

3° Si l'eau ne doit servir ni à la boisson, ni à la cuisson des légumes, il est plus rapide de fixer le gaz carbonique au moyen d'un lait de chaux employé sans excès. Dans un bassin, muni d'une ouverture pouvant être fermée à volonté et située à quelques centimètres du fond, on place l'eau et on y ajoute un lait de chaux en quantité correspondant exactement à la richesse de l'eau en gaz carbonique : 2 gr. 51 de chaux vive correspondent exactement à 1 litre de gaz carbonique ; on éteint cette chaux et en forme un lait qu'on ajoute à l'eau, on laisse déposer et soutire. Ce procédé est employé dans les usines pour améliorer l'eau servant à l'alimentation des chaudières.

V. Volmar,
Ingénieur-chimiste.

BIBLIOGRAPHIE

Les vierges qui tuent, par le Dr P. Duplessis de Pouzilhac. (A. Maloine, édit. In-18°, 1912. Prix : 3 fr. 50.)

Elles forment une classe à part à côté des Demi-Vierges de Marcel Prévost, ces détraquées, vicieuses et insensibles, dont notre confrère le Dr Paul Duplessis de Pouzilhac (de Narbonne) a étudié la singulière psychologie dans un très intéressant roman à thèse que vient de faire paraître l'éditeur Maloine.

M. P. Duplessis de Pouzilhac attribue à un arrêt de développement de l'utérus, à une sorte d'infantilisme sexuel, cette manie malfaisante et perverse de certaines femmes qui, dépourvues de toute sensualité, se plaisent, par une sorte de coquetterie maladive, à éveiller chez ceux qui les approchent l'amour et le désir. Elles s'offrent, se refusent, et affolent ceux qu'elles engluent au point de les conduire au suicide.

Dans le roman des *Vierges qui tuent,* la victime d'une de ces Circés modernes est un jeune médecin chez qui la sensibilité et l'intelligence priment la raison. Avec la naïveté commune à tous les amoureux, le malheureux se laisse prendre au piège, devient le jouet d'une écervelée sans cœur et termine en s'empoisonnant avec la morphine. Des scènes de la vie médicale à la campagne et à la ville donnent pour nous un intérêt tout spécial au roman de notre


CHATEL-GUYON
Comprimés
Pastilles
Sondes
CG-Gubler

confrère. M. Duplessis de Pouzilhac, du reste, n'en est pas à son coup d'essai ; nous avons déjà de lui les *Heures tristes*, les *Enjôlées*, les *Goncourt et la médecine*, œuvres dans lesquelles l'auteur fait preuve d'une grande sensibilité artistique et d'un réel talent d'écrivain.

J. N.

Exploration manuelle de l'estomac et en particulier sa palpation directe et profonde, par le Dr L. Pron (d'Alger), membre de la Société de médecine de Paris. 1 vol. in-8, 90 pages, avec 16 schémas (1912). Prix : 2 fr. 50. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.)

Ce qui fait la valeur de ce travail et ce qui constitue une nouveauté est la partie consacrée à l'exposé de la *méthode de la palpation profonde et directe* et des résultats qu'elle fournit. Dans la plupart des cas, on peut, grâce à cette méthode, qui est complètement inconnue en France, sentir le bord inférieur de l'estomac et délimiter d'une façon précise cet organe.

Les procédés usuels d'investigation (examen de la sensibilité, de la motilité, bruit de clapotage, etc.) sont accompagnés de remarques et d'indications personnelles sur la valeur séméiologique de tel ou tel signe.

Ce nouvel ouvrage du Dr Pron montre que le simple examen clinique, qui a le grand avantage d'être à la portée de tous, peut permettre d'arriver à la connaissance de l'état physique et physiologique de l'estomac, la radioscopie n'ayant besoin d'être employée que dans certains cas ou en vue de recherches spéciales.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE SYNDICALE

Le Concours et l'Union.

Voici que nous arrivent de divers côtés des articles sur la situation créée à l'*Union des Syndicats* par les dernières séances d'assemblées générales et celle du Conseil du 18 novembre 1911.

Retirés de la lutte à titre personnel, on pourrait croire que rien ne nous gêne plus pour accueillir ces communications : Ce serait une erreur.

Le *Concours médical* a un groupe important de lecteurs qui le suivent plus régulièrement que certains de ses abonnés médecins. Or, ce groupe est une galerie où l'on rencontre quelques-uns des plus grands adversaires de nos intérêts professionnels. Il nous en coûte beaucoup de les faire juges de nos divisions et de laisser écrire chez nous chaque semaine que l'*Union est paralysée ou agonisante, qu'on ne sait plus où elle va, qu'il lui faut d'abord vivre, etc., etc.*, quand, en toute bonne foi, chacun sait qu'il n'y a rien de fondé dans ces pronostics de circonstance, formulés pour les besoins d'une thèse ou d'une autre.

A nos amis qui, pour un moment, se trouvent dans des camps divers, nous venons donc dire ceci :

« Puisqu'en définitive, il ne s'est jamais agi, « dans la révision des statuts de l'Union, que « d'obtenir de celle-ci meilleur rendement qu'au « temps passé, envoyez-nous des études, des « projets de statuts *écrits*, où vous aurez bien « fixé vos vues et vos desiderata, et vous laisse« rez ainsi le *Concours médical* dans son rôle d'or« gane d'études. Il dira même son mot, si vous ne « sortez pas de ce domaine, qui est celui de l'in« térêt général.

« Mais il ne convient pas qu'il s'attarde aux ré« criminations de personnes ou de parti, de grou« pes contre groupes, de partisans d'un régime « qui a vécu contre protagonistes d'un autre dont « on n'a pas même fait l'essai. La parole, en ces « questions, n'est qu'aux syndicats, conscients « désormais de la tâche qui n'incombe qu'à eux« mêmes, et qui, dussent-ils se réformer pour y « parvenir, doivent se faire seuls leurs opinions « et ne pas en accepter de toutes faites. Nous « persistons à penser qu'ils auront l'*Union qu'ils* « *méritent* : tout à leur disposition pour faire sa« voir comment, en toute précision, ils la com« prennent.

« Le reste n'est pas de notre ressort ».

Le Conseil de Direction.

Encore un exemple de ce que peut faire la solidarité : la Maison de santé créée par le corps médical de Périgueux.

Mon cher confrère,

Je lis dans un dernier numéro du *Concours médical* votre projet d'organisation de la profession médicale. Ce projet, nous l'avons réalisé à Périgueux. Nous avons créé la Maison médicale et je vous envoie les statuts de notre société.

Ont participé à la création de notre maison tous les médecins qui l'ont désiré et la très grande majorité des praticiens de Périgueux ont marché d'accord pour la réalisation du programme que nous nous étions tracé.

A l'heure actuelle, sur 20 médecins qui exercent à Périgueux, notre maison compte dix actionnaires et cinq obligataires.

Nous avons également comme obligataires, trente confrères des environs de Périgueux et même quelques pharmaciens, tous ceux qui ont voulu souscrire des obligations.

C'est donc bien la Maison médicale et chacun de nous est chez lui dans notre maison.

Les liens de solidarité qui nous unissaient déjà ont été resserrés et les résultats pratiques sont excellents.

Votre dévoué, Dr Delbès.

J'oubliais de vous dire que conformément à votre programme, tous les actionnaires sont affiliés au « Sou ».

***

Clinique médico-chirurgicale de Périgueux.

Dans une lettre-circulaire du mois de mars dernier, nous vous avons fait part du projet de création de la *Clinique médico chirurgicale de Périgueux*, et nous vous annoncions, comme prochain, l'envoi des Statuts de notre Société.

Si depuis cette époque nous avons négligé de vous tenir au courant de nos travaux, nous ne sommes cependant pas restés inactifs.

L'élaboration des Statuts que vous trouverez ci-joints a nécessité de longues études ; nous nous sommes entourés des conseils les plus compétents (1) et nous avons la satisfaction de vous présenter aujourd'hui une Société juridiquement bien établie.

Notre capital actions a été porté à 62.000 francs divisé en 62 actions de 1.000 francs chacune. Toutes les actions sont souscrites et le capital a été entièrement versé.

La Société fait une émission de 48.000 francs d'obligations divisés en 96 obligations de 500 francs émises au pair. Ces obligations sont garanties par notre immeuble ; le placement est donc de tout repos. Chaque obligation rapportera un intérêt de 20 francs, la Société prenant à sa charge tous les impôts actuels sur les coupons. De plus, nous avons décidé de faire participer nos obligations à la répartition des bénéfices et dans la même proportion que les actionnaires, c'est-à-dire que les bénéfices de la Société seront ainsi distribués :

1° Payement des intérêts dus aux obligataires. Le payement du coupon est garanti quels que soient les bénéfices de la Société ;

2° Distribution d'un dividende de 4 % aux actions ;

3° Les réserves étant faites, partage des bénéfices entre obligataires et actionnaires au prorata des fonds engagés dans l'affaire.

L'obligataire est donc intéressé, sans courir aucun risque, à la prospérité de notre Société au même titre que l'actionnaire et l'obligation est en quelque sorte un titre de revenu variable avec minimum garanti.

Dans le cas où l'obligataire désirerait rentrer dans ses fonds, les obligations souscrites lui seront remboursées au pair trois mois au plus tard après qu'il en aura fait la demande à l'administrateur par lettre recommandée.

Pour faciliter le payement des obligations, le recouvrement de leur montant sera effectué en six termes :

Le 1er terme de 50 francs à échéance du 1er mars 1911 ;

Le 2e terme de 50 francs à échéance du 1er mai 1911 ;

Le 3e terme de 100 francs à échéance du 1er juillet 1911 ;

Le 4e terme de 100 francs à échéance du 1er septembre 1911 ;

Le 5e terme de 100 francs à échéance du 1er novembre 1911 ;

Le 6e terme de 100 francs à échéance du 30 décembre 1911 ;

Les souscripteurs auront la faculté de se libérer en un seul payement, aux dates indiquées ci-dessus ; les titres porteront intérêt à 4 % sur les sommes versées à partir du jour du versement.

Depuis le jour où nous sommes devenus acquéreurs de notre immeuble, l'installation de notre Maison a été l'objet de notre constante préoccupation. Les travaux, commencés en juillet, touchent maintenant à leur fin, et nous comptons que l'ouverture pourra être faite le 1er février prochain.

L'importance de l'immeuble nous permettra de recevoir à la fois de dix-huit à vingt malades et d'avoir une installation répondant aux desiderata des malades et des confrères les plus exigeants.

Le prix de la journée en chambre particulière variera entre 7 et 10 francs par jour ; le prix de la journée en grandes chambres communes sera de 5 francs par jour.

Ces grandes chambres communes nous paraissent répondre à une double nécessité. D'abord, le prix de la journée y étant peu élevé, elles ouvrent la maison à une classe sociale très intéressante, peu fortunée, et qui constitue, en somme, une grosse partie de notre clientèle en Périgord. A un autre point de vue, l'expérience nous a démontré que la vie en commun, loin d'être un inconvénient et une gêne pour certains malades, était, au contraire, désirée par eux. Donc, ces deux petits dortoirs, hommes et femmes, sont appelés, croyons-nous, à rendre de grands services à une catégorie importante de notre clientèle. Or, il faut bien nous inspirer de cette idée, si nous voulons réussir, que c'est pour notre clientèle tout entière (sauf, bien entendu, aliénés et contagieux), que nous faisons notre maison de santé. Nous devons donc nous inspirer de ses besoins, satisfaire ses exigences et nous mettre aussi à sa portée.

Il nous semble inutile de dire longuement que toutes les règles d'hygiène seront scrupuleusement observées et que l'installation de nos salles d'opération pourra supporter la comparaison avec celles des maisons les mieux outillées.

En vous demandant votre concours pour le succès de notre entreprise, nous avons la conviction de vous proposer une œuvre intéressante au point de vue professionnel, que nous devions à nos malades, à nos confrères et à nous-mêmes de créer au centre de notre importante région.

Pour la Société :

L'administrateur,

DELBÈS.

Périgueux, le 28 décembre 1910.

***

Statuts de la Société Anonyme de la Clinique chirurgicale de Périgueux.

Suivant acte reçu par Me BARRET, notaire à Périgueux, le 21 décembre 1910, les statuts de la Société de la *Clinique chirurgicale de Périgueux*, fondée par MM. les docteurs Faguet, Laroche, Delbès et Gadaud, de Périgueux, ont été établis ainsi qu'il suit :

TITRE PREMIER

Dénomination, objet, siège, durée.

ARTICLE PREMIER. — Il est formé une Société anonyme, qui existera entre les propriétaires des titres ci-après créés et sera régie par les lois des vingt-quatre juillet mil huit cent soixante-sept, premier août mil huit cent quatre vingt-treize, seize novembre mil neuf cent trois et par les présents Statuts.

ARTICLE DEUXIEME. — Cette Société prend la dénomination de *Société anonyme de la Clinique chirurgicale de Périgueux.*

(1) Nous remercions notamment M. Margat, professeur à la Faculté de droit de Montpellier, du savant concours qu'il nous a si obligeamment prêté.

ARTICLE TROISIÈME. — Elle a pour objet :

Créer et utiliser une maison de santé chirurgicale dans la Ville de Périgueux, y admettre et soigner tous malades, faire toutes opérations chirurgicales et tous actes et opérations que comportera l'utilisation de ladite maison, dans le but sus-indiqué.

ARTICLE QUATRIÈME. — Le siège social est à Périgueux, place Francheville, n° 2.

Il peut être transféré en tout autre endroit de la même ville, par simple décision du Conseil d'administration, et dans une autre localité, en vertu d'une délibération de l'Assemblée générale, prise conformément à l'article 19 ci-après.

ARTICLE CINQUIÈME. — La durée de la Société est fixée à trente années, à compter du jour de sa constitution définitive, sauf les cas de dissolution anticipée ou de prorogation prévus par les présents Statuts.

TITRE DEUXIÈME

Apports, Fonds social, Actions.

ARTICLE SIXIÈME. — M. le docteur Delbès apporte à la Société, sous la garantie de droit :

La clientèle de la Clinique qu'il a fondée à Périgueux, place Francheville, n° 1,

Et le matériel attaché audit établissement.

La Société jouira et disposera des biens et droits ci-dessus énoncés comme de chose lui appartenant, en pleine propriété, à partir du jour de sa constitution définitive.

Elle prendra lesdits biens et droits dans l'état où le tout se trouvera lors de l'entrée en jouissance, sans recours ni répétition contre M. le docteur Delbès, pour raison de mauvais état, vétusté ou pour toute autre cause.

En représentation de cet apport, il est attribué à M. le docteur Delbès huit actions entièrement libérées de la présente Société.

ARTICLE SEPTIÈME. — MM. les docteurs Faguet, Laroche, Delbès et Gadaud apportent à la Société, conjointement et indivisiblement, en s'obligeant solidairement aux garanties de droit :

Les immeubles dont la désignation suit :

Un immeuble sis à Périgueux, à l'angle de la place Francheville, où il porte le n° 2, et du boulevard de Vésone, où il porte le n° 40, comprenant :

Suit la désignation de l'immeuble, etc.

Intervention de Mesdames Delbès, Faguet et Laroche.

Conditions. — L'apport desdits immeubles a lieu sous les conditions suivantes, que la Société sera tenue d'exécuter et accomplir :

1° De prendre lesdits immeubles apportés en Société dans l'état où ils se trouveront au jour de la constitution de la Société ;

2° De souffrir et supporter les servitudes passives, apparentes ou occultes, continues et discontinues qui peuvent grever les immeubles, sauf à la Société à s'en défendre et à profiter de celles actives, s'il en existe, le tout à ses risques et périls, sans recours contre les apporteurs et sans que la présente clause puisse conférer à des tiers plus de droits que ceux qu'ils auraient en vertu de la loi ou de titres réguliers et non prescrits ;

3° D'acquitter, à compter de l'entrée en jouissance, les impôts fonciers et autres dont ils peuvent être chargés ;

4° De continuer les polices d'assurance contre l'incendie en cours et d'acquitter les primes à compter de l'entrée en jouissance.

Formalités hypothécaires. — La Société fera transcrire une expédition des présentes au bureau des hypothèques de Périgueux.

Elle remplira de plus, si elle le juge à propos, les formalités prescrites par la loi pour la purge des hypothèques légales.

Etat-civil. — De M. et Mme Delbès, M. et Mme Faguet, M. et Mme Laroche et M. Gadaud.

En outre, l'apport dudit immeuble est fait à la présente Société moyennant l'attribution à MM. les docteurs Faguet, Laroche, Delbès et Gadaud, de cinquante actions de mille francs chacune, entièrement libérées, de la présente Société, lesquelles actions sont réparties entre eux au prorata de leurs droits dans ledit immeuble, savoir :

Six à M. le docteur Faguet.......	6
Six à M. le docteur Laroche	6
Vingt à M. le docteur Delbès.. .	20
Dix-huit à M. le docteur Gadaud..	18
Total égal de cinquante actions.	50

ARTICLE HUITIÈME. — Les titres des actions ci dessus attribuées, en représentation des apports en nature, tant pour l'apport de la clientèle et du matériel de la clinique du docteur Delbès, que pour l'apport de l'immeuble sus-désigné ne pourront être détachés de la souche et ne seront négociables que deux ans après la constitution définitive de la Société. Pendant ce temps, ils devront, à la diligence de l'administrateur, être frappés d'un timbre indiquant leur nature et la date de cette constitution.

Ils ne seront remis aux apporteurs qu'à l'expiration de ces deux ans et après justification qu'il n'existe sur les immeubles apportés aucune inscription hypothécaire.

Ces actions resteront en dépôt dans les caisses de la présente Société à titre de nantissement pour garantir cette Société à raison des actions hypothécaires qui pourraient être exercées contre elle.

Si les apporteurs n'avaient pas justifié de la radiation des inscriptions qui pouvaient exister sur ledit immeuble dans le délai de deux années, la Société aurait le droit de faire ordonner en justice que les actions dont elle sera dépositaire seront vendues, soit en Bourse, par adjudication, en l'étude et par le ministère d'un notaire, aux risques et périls des apporteurs, un mois après une simple sommation restée infructueuse, sans préjudice de toutes autres poursuites.

ARTICLE NEUVIÈME. — Le fonds social est fixé à soixante-deux mille francs et divisé en soixante-deux actions de mille francs chacune (1).

Sur ces actions, cinquante-huit entièrement libérées ont été attribuées ci-dessus à MM. les docteurs Delbès, Faguet, Laroche et Gadaud, en représentation de leurs apports, savoir :

A M. le docteur Delbès, en représentation de son apport de clientèle et matériel de clinique, huit actions, et en représentation de ses droits dans l'immeuble apporté, vingt, soit au total vingt-huit actions, ci	28
A M. le docteur Faguet, en représentation de ses droits dans ledit immeuble, six, ci	6
A M. le docteur Laroche, en représentation de ses droits dans le même immeuble, six, ci.......	6
Et à M. le docteur Gadaud, en représentation des mêmes droits, dix-huit, ci	18
Total égal : cinquante-huit actions.....	58

Les quatre actions de surplus devront être souscrites et entièrement libérées en espèces, avant la constitution de la Société. Le capital social peut être augmenté en une ou plusieurs fois par la création d'ac-

(1) Nous avons cédé des actions à tous les médecins qui ont désiré en posséder ; nous sommes dix actionnaires et cinq obligataires sur 20 médecins qui exercent à Périgueux.

tions nouvelles, en représentation d'apports en nature ou contre espèces, en vertu d'une décision de l'Assemblée générale extraordinaire des actionnaires, prise dans les termes de l'article dix-neuf ci-après.

Les propriétaires des actions antérieurement émises et des actions attribuées en représentation des apports en nature ont, dans la proportion des titres par eux possédés, un droit de préférence à la souscription des actions nouvelles qui seraient émises contre espèces et qui, en tout cas, ne pourraient être souscrites que par des personnes agréées par l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale, sur la proposition de l'Administrateur, fixe les conditions des émissions nouvelles, ainsi que les délais et les formes dans lesquels le bénéfice des inscriptions qui précèdent peut être réclamé.

L'Assemblée générale extraordinaire peut aussi décider la réduction du capital social pour quelque cause et de quelque manière que ce soit, notamment au moyen du rachat d'actions, d'un échange de nouveaux titres, d'un nombre équivalent ou moindre ayant ou non le même capital et, s'il y a lieu, avec cession ou achat d'actions pour permettre l'échange.

Les actions seront nominatives.

Elles seront extraites d'un livre à souche, numérotées et signées par l'administrateur et un actionnaire délégué par l'Assemblée générale.

Article dixième. — Chaque action donnera au titulaire un droit proportionnel égal d'après le nombre d'actions existant dans les produits de la Société et dans l'actif social, mais elle aura toujours son caractère de valeur mobilière, conformément aux dispositions de l'article 259 du Code civil.

Le décès ou tout autre empêchement d'un associé ne pourra donner lieu à la dissolution de la Société, qui continuera avec ses héritiers ou représentants.

Un an après le décès d'un associé, la Société pourra mettre en demeure ses héritiers ou représentants de céder ses actions .

Cette cession devra être faite conformément aux dispositions de l'article douze ci-après.

En aucun cas, soit pendant la Société, soit pendant sa liquidation, il ne pourra être requis par les héritiers d'un associé, ni apposition de scellés sur les papiers ou valeurs de la Société, ni inventaire ou état de situation.

La propriété de chaque action est indivisible à l'égard de la Société ; les héritiers ou représentants d'un actionnaire seront tenus, pour l'exercice de leurs droits, de se faire représenter par un seul d'entre eux ou par un mandataire commun pris parmi les autres titulaires d'actions.

La propriété d'une action comporte de plein droit, pour le titulaire ou ses ayants droit, adhésion aux présents Statuts et aux décisions de l'Assemblée générale des Actionnaires prises dans les limites de ces Statuts.

Article onzième. — Chaque actionnaire ne sera tenu des dettes et engagements de la Société que jusqu'à concurrence du montant de ses actions. En conséquence, les tiers ne pourront exercer leurs droits et poursuites que sur l'actif social.

Article douzième.— La cession des actions s'opèrera par une déclaration de transfert signée par le cédant et le cessionnaire ou leurs fondés de pouvoirs et inscrites sur un registre tenu au siège de la Société.

Les cessions d'actions ne pourront être faites qu'à des personnes déjà titulaires d'actions ou qui seront agréées par l'Assemblée générale.

En cas de cession à une personne déjà actionnaire, la régularisation du transfert sur le registre de la Société aura lieu aussitôt que la demande en sera faite.

En cas de cession projetée à une personne étrangère à la Société, le titulaire de l'action en fera la déclaration à la Société par lettre recommandée, en indiquant, les nom, prénoms et domicile du cessionnaire.

Dans le mois qui suivra cette déclaration, l'Assemblée générale statuera à la majorité de ses membres sur l'acceptation ou sur le refus du transfert.

La décision de l'Assemblée générale ne sera pas motivée, et dans le cas de refus, elle ne pourra jamais donner lieu à aucune réclamation quelconque contre ses membres ni contre la Société ; il en sera donné connaissance par lettre recommandée au titulaire de l'action. Dans les six mois de la déclaration faite ainsi qu'il est dit ci-dessus de la cession projetée, la Société devra rembourser, au prix fixé annuellement par l'Assemblée générale, les actions de l'actionnaire dont le cessionnaire n'aura pas été agréé, ou pourra obliger ledit associé à les céder au même prix à une personne désignée par l'Assemblée générale.

En cas d'acceptation, le transfert sera opéré au nom du cessionnaire désigné aussitôt la décision prise de l'Assemblée générale.

TITRE TROISIÈME

Administration de la Société.

Article treizième. — La Société est administrée par un administrateur pris parmi les associés et nommé par l'assemblée générale pour trois ans.

L'Administrateur peut toujours être réélu.

Le premier administrateur sera M. Delbès.

Article quatorzième. — L'administrateur doit être propriétaire de cinq actions qui seront affectées en totalité à la garantie des actes de sa gestion, déposées en l'étude de Me Barret, et frappées d'un timbre indiquant leur inaliénabilité.

Article quinzième. — L'administrateur aura les fonctions suivantes :

Il administrera les biens de la Société.

Il fera tous les baux et locations suivant le mode, pour la durée et aux prix et conditions qu'il jugera convenables, d'après la destination et l'appropriation des immeubles de la Société.

Il pourra faire toutes résiliations.

Il représentera la Société vis-à-vis des tiers et notamment des locataires.

Il fera exécuter les travaux, réparations et installations qu'il jugera utiles, et fera, à cet effet, tous devis et marchés.

Il touchera et recevra toutes sommes dues à la Société à tel titre et pour telle cause que ce soit, et il paiera ou ordonnancera le paiement de celles qu'elle pourra devoir.

Il réglera et arrêtera tous comptes avec tous créanciers et débiteurs.

Il donnera toutes quittances et consentira toutes mainlevées d'inscription, d'oppositions, saisies, avec désistement d'hypothèque et autres droits, le tout avant ou après paiement.

Il pourra transiger, compromettre sur toutes questions relatives à l'administration.

Il fera tous actes nécessaires et prendra toutes mesures qu'il jugera utiles pour l'exercice de ses fonctions, ainsi que pour l'exécution des décisions de l'Assemblée générale, dans le cas où elle aura été appelée à statuer.

Les actes et engagements concernant la Société seront signés par l'Administrateur.

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites.

Article seizième. — Il sera tenu des écritures régulières des opérations de la Société.

TITRE QUATRIÈME

Commissaires.

Article dix-septième. — L'Assemblée générale nomme chaque année un ou plusieurs commissaires

associés ou non, chargés de faire un rapport à l'Assemblée générale de l'année suivante sur la situation de la Société, sur le bilan, et sur les comptes présentés par l'Administrateur. Ils sont rééligibles.

Les Commissaires ont le droit, toutes les fois qu'ils le jugent convenable dans l'intérêt social, de prendre communication des titres et d'examiner les opérations de la Société.

Ils peuvent, en cas d'urgence, convoquer l'Assemblée générale.

Leurs fonctions sont gratuites.

TITRE CINQUIÈME

Assemblée générale.

Article dix-huitième. — L'Assemblée générale des actionnaires régulièrement constituée représentera l'universalité des actionnaires et ses décisions seront obligatoires pour tous, même pour les absents, dissidents ou incapables.

Une Assemblée ordinaire aura lieu chaque année dans le courant du mois de février, au siège social, ou dans tout autre endroit fixé par l'Administrateur.

En outre, l'Assemblée générale pourra être réunie extraordinairement à toute époque par l'Administrateur, et même sur la demande d'un seul Actionnaire.

Les convocations pour l'Assemblée seront faites par l'Administrateur par simple lettre adressée à chaque Actionnaire huit jours au moins avant la réunion.

Tous les Actionnaires auront le droit d'assister à l'Assemblée générale.

L'Assemblée ne sera régulièrement constituée que si le tiers des actions y est représenté, sauf ce qui sera dit ci-après pour certains cas spéciaux.

Si l'Assemblée générale ne réunissait pas le tiers des actions, il en serait convoqué une seconde à dix jours d'intervalle au moins, par lettre recommandée, et à cette seconde Assemblée, la délibération serait régulièrement prise, quel que soit le nombre des actions représentées.

Les Actionnaires pourront donner mandat pour les représenter à l'Assemblée, mais seulement à un autre Actionnaire.

L'Assemblée générale sera présidée par l'Administrateur, ou à son défaut, par un Actionnaire assisté d'un Secrétaire nommé par l'Assemblée.

Les décisions de l'Assemblée seront prises à la majorité des voix des membres présents ; chaque Actionnaire aura autant de voix qu'il possédera ou représentera d'actions, sans limitation.

Il sera dressé procès-verbal ordinaire ou authentique des délibérations de l'Assemblée.

Les procès-verbaux seront signés par le Président et le Secrétaire.

Les copies ou extraits de ces délibérations seront certifiés et signés par l'Administrateur.

Article dix-neuvième. — L'Assemblée générale entendra le rapport de l'Administrateur, sur la situation de la Société, et celui des commissaires.

Elle approuvera ou ratifiera les comptes qui lui seront présentés.

Elle décidera la répartition ou l'emploi des bénéfices de la Société et elle déterminera le chiffre des réserves à constituer s'il y a lieu.

Elle nommera l'Administrateur et lui confiera toutes autorisations dans les cas d'administration pour lesquels ses pouvoirs seraient insuffisants.

Elle nommera les Commissaires.

Enfin l'Assemblée générale pourra décider l'achat ou l'apport d'immeubles et des échanges et ventes d'immeubles, des emprunts avec hypothèque sur les immeubles sociaux ou avec toutes autres garanties, ou sans garanties spéciales, des modifications aux Statuts et notamment l'augmentation ou la réduction du fonds social, la prorogation ou la dissolution de la Société, sa fusion avec d'autres Sociétés, sa transformation ; mais pour l'un ou pour l'autre des cas énoncés dans le présent alinéa, les décisions ne seront valablement prises que par une majorité représentant au moins la moitié des actions.

TITRE SIXIÈME

Inventaire, bénéfices, fonds de réserve

Article vingtième. — L'année sociale commence le premier janvier et finit le trente un décembre.

Par exception, le premier exercice comprend le temps écoulé depuis la constitution de la Société jusqu'au trente-un décembre mil neuf cent dix.

Article vingt-unième. — Il est dressé chaque semestre un état sommaire de la situation active et passive de la Société. Cet avis est mis à la disposition des Commissaires.

Il est en outre établi chaque année un inventaire contenant l'indication de l'actif et du passif de la Société.

L'inventaire, le bilan et le compte des profits et pertes sont mis à la disposition des Commissaires, le quarantième jour au plus tard avant l'Assemblée générale, ils sont présentés à cette Assemblée.

Quinze jours avant l'Assemblée générale, tout actionnaire peut prendre au Siège social communication de l'inventaire et de la liste des actionnaires, et se faire délivrer, à ses frais, copie du bilan résumant l'inventaire.

Article vingt-deuxième. — Les produits nets de la Société constatés par l'inventaire annuel, déduction faite des frais généraux et des charges sociales (comprenant notamment tous amortissements, réserve et intérêts d'obligations), constituent les bénéfices nets.

Sur ces bénéfices il est prélevé :

1° Dix pour cent pour constituer le fonds de réserve ; le prélèvement cesse d'être opéré lorsque le fonds de réserve atteint une somme égale au dixième du capital social. Il reprend son cours, si la réserve vient à être entamée ;

2° La somme nécessaire pour payer aux actionnaires, à titre de premier dividende, quatre pour cent des sommes dont leurs actions sont libérées et non amorties, sans que, si les bénéfices d'une année ne permettent pas ce prélèvement, les Actionnaires puissent réclamer sur les bénéfices des années subséquentes ;

3° Le solde sera réparti ainsi que l'Assemblée générale avisera annuellement.

Article vingt-troisième. — Le paiement des dividendes se fait annuellement aux époques et lieux désignés par l'administrateur.

Les dividendes de toute action sont valablement payés au porteur du titre.

Ceux non réclamés dans les cinq ans de leur exigibilité sont prescrits au profit de la Société.

TITRE SEPTIÈME

Dissolution, Liquidation.

Article vingt-quatrième. — A l'expiration de la Société, en cas de dissolution anticipée, il sera procédé à sa liquidation de la manière réglée par l'Assemblée générale, qui nommera un ou plusieurs liquidateurs.

Les liquidateurs pourront, avec l'autorisation de l'Assemblée générale, faire la transmission à une autre Société de la totalité ou de partie de l'actif social, par voie d'apport ou autrement.

Les pouvoirs de l'Assemblée générale seront continués jusqu'à la liquidation, notamment pour donner décharge aux liquidateurs.

Article vingt-cinquième. — Pendant la durée de la Société et après la dissolution, jusqu'à la liquidation, les immeubles et autres valeurs de la Société appartiendront toujours à l'être moral et collectif, et, en conséquence, aucune partie de l'actif social ne pourra être considéré comme étant la propriété indivise des associés pris individuellement.

TITRE HUITIÈME

Contestations

Article vingt-sixième. — En cas de contestations quelconques entre les Associés ou entre la Société et des associés, au sujet des affaires sociales, elles seront soumises à la juridiction du tribunal civil de Périgueux.

Tout Actionnaire sera tenu d'élire domicile dans l'arrondissement de Périgueux, faute de quoi, toutes notifications, significations et assignations lui seront valablement faites au Parquet de M. le Procureur de la République près ledit tribunal.

TITRE NEUVIÈME

Constitution de la Société.

Article vingt-septième. — La présente Société ne sera définitivement constituée qu'après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi.

Par exception, l'Assemblée constitutive pourra être convoquée trois jours à l'avance.

Article dix-huitième. — Pour faire publier les présents Statuts et les actes et procès-verbaux relatifs à la constitution de la Société, tous pouvoirs sont donnés au porteur d'une expédition ou d'un extrait de ces pièces.

Nous avons tenu à publier *in extenso* les documents ci-dessus pour l'édification des groupements syndicaux qui se décident enfin à entrer dans la voie d'activité réelle et non d'agitations platoniques bien stériles. Lorient a précédé Périgueux ; la *Gazette limousine*, par la plume de l'actif confrère Simonin, agite un projet analogue pour Limoges. Le *Concours médical* a donné l'exemple dès 1902 en créant à Paris, l'excellente Maison de Santé médico-chirurgicale de la rue du Sergent-Hoff que dirigent les Drs Widiez et Cachera. Le mouvement se dessine donc.

Quand nous voyons les plus riches de nos clients drainés par les établissements médicaux de la Suisse et de l'Allemagne, racolés même chez nous par les grands consultants de l'étranger ; quand nos maîtres se créent, pour leur usage personnel, cliniques, instituts, maisons de santé, etc., n'allons-nous pas apprendre au plus vite à utiliser dans le même but la force que donne le groupement ?

Serons-nous toujours arrêtés par le misérable esprit de suspicion et de jalousie qui empêcha toujours de marcher .... *parce qu'il faudrait indemniser le ou les administrateurs de ces entreprises* ? Car il faut avoir le courage de le dire, le grand obstacle est là, et nous en avons reçu l'aveu d'une foule d'individualistes qui se sont fourvoyés dans les syndicats médicaux sans laisser à la porte leur mentalité de jadis.

Nos confrères Dutard, Pamart, etc., pourraient en dire long à ce sujet, après les démarches qu'ils ont faites pour des projets destinés à laisser les malades à leurs médecins en les détournant de l'hôpital.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prescription annale des honoraires médicaux.

Nous détachons du *Bulletin* du Syndicat des oculistes, les recommandations suivantes :

La prescription annale paraît définitivement établie pour les honoraires médicaux en matière d'accidents du travail (Cassation, Chambre civile, 8 février 1911).

Le point de départ de la prescription part du jour de la consolidation de la blessure ou de la reprise du travail.

Devant cette situation, nous engageons nos confrères à agir de la façon suivante :

1° Adresser la note au patron à la fin du traitement. Celui-ci la fera parvenir à sa Compagnie.

L'avantage de cette manière de faire est évident, car elle permet d'obtenir rapidement satisfaction, le dossier n'étant pas encore classé à la Compagnie.

Pour les confrères qui, contrairement à notre recommandation, ne pourraient envoyer leur note d'honoraires à la fin du traitement de chaque blessé, nous leur recommandons d'envoyer leurs notes tous les trois mois.

2° Si, au bout de trois mois, satisfaction n'est pas obtenue, envoyer un rappel en avertissant le patron que, sauf règlement dans le délai d'un mois, la note sera poursuivie judiciairement.

3° Passé ce délai, envoyer la note au Comité de Contentieux du Syndicat.

Etant donnés les risques d'insuccès des poursuites judiciaires, le Comité de Contentieux ne pourra recevoir les notes relatives à des blessés dont la guérison remonte à plus de onze mois.

***

Ces recommandations sont excellentes, parce que trop de médecins perdent des honoraires par la négligence qu'ils apportent à tenir régulièrement leurs livres de comptes et à envoyer leurs notes à dates fixes et rapprochées.

Il n'y a pas, pourtant, de déshonneur à réclamer un argent légitimement gagné par son travail.

Le « Sou médical » s'associe donc pleinement aux conseils donnés par le Comité du Contentieux du Syndicat des Oculistes ; mais, de plus, il ajoute les recommandations suivantes :

1° Donner le détail complet de la note d'honoraires.

2° Si le médecin croit devoir appliquer le tarif Dubief, qu'il cite les articles et paragraphes du dit tarif, en face de chaque chiffre d'honoraires demandés.

3° S'il y a un ou plusieurs consultants, aides, etc., la note doit être commune et présentée par le médecin traitant ;

4° Etablir les notes sur feuilles conformes au modèle officiel (éditées par le *Concours médical*).

5° En cas de contestation, en référer au secrétariat général du « Sou médical » qui expertisera la note et donnera son avis sur les points litigieux.

Les compagnies d'assurances épluchent, en effet, les notes de fort près. Mais, si elles soulignent les honoraires qui leur paraissent être trop forts ou demandés à tort, elles se gardent bien de signaler les omissions que le médecin a pu faire.

C'est ainsi que tout dernièrement une note d'honoraires de 600 francs fut ramenée à 200 par la compagnie d'assurances, en se basant sur le tarif Dubief, et le Secrétariat du « Sou », s'appuyant sur le même tarif, prouva au médecin qu'il avait fait de nombreux oublis et que sa note devait se monter à 1027 francs.

Ce mémoire d'honoraires fut, par les soins du secrétaire général du « Sou », certifié conforme au tarif Dubief. 48 heures après, un agent de la compagnie se précipitait chez le confrère, et, arguant de la 1re note envoyée, déposait sur le bureau du médecin, six billets de cent.

Morale : les vingt francs de cotisation au « Sou médical » avaient fait gagner 400 francs à notre adhérent !

Et ce cas est loin d'être le seul.

P. B.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Une nouvelle atteinte à notre liberté professionnelle (1).

Sous ce titre, nos confrères de Périgueux nous envoient la protestation suivante :

Appel au Corps médical.

Un groupe de médecins de Périgueux et du département de la Dordogne ont fondé à Périgueux, en 1910, une maison de santé avec le concours d'un personnel laïque et de religieuses de Sainte-Marthe, congrégation autorisée comme hospitalière.

Des démarches ont été faites pour savoir si certaines formalités devaient être remplies, concernant l'ouverture de notre maison. Renseignements pris à la Direction des Cultes, il a été répondu que *toutes les demandes d'autorisation, même émanant de congrégations autorisées, étaient systématiquement refusées et que, dans un bref délai, toutes les maisons de santé de France, fonctionnant avec une main-d'œuvre religieuse, allaient être mises en demeure de laïciser leur personnel.*

Ces menaces, le Gouvernement les a déjà réalisées dans certains départements. Aujourd'hui, c'est notre tour d'être frappés. Nous avons, en effet, reçu de la préfecture de la Dordogne, le 4 novembre écoulé, la lettre suivante :

Monsieur,

Le 20 décembre 1910, j'ai eu l'honneur de vous fournir sur votre demande (2), divers renseignements concernant les formalités à accomplir pour obtenir l'autorisation d'employer des religieuses dans votre clinique de la place Francheville, à Périgueux. Ces formalités n'ont point été remplies et cependant quatre religieuses de Sainte-Marthe sont occupées à ladite clinique, constituant ainsi un établissement congréganiste irrégulier.

Or, le 20 octobre écoulé, M. le Président du Conseil m'a réclamé la liste des établissements de cette nature existant en Dordogne, dont les membres devront être invitées à se disperser dans un bref délai, au terme duquel le Parquet sera saisi s'il n'a pas été obéi à l'adjonction administrative.

Je vous serai obligé de me faire connaître le plus tôt possible le délai qui vous est nécessaire pour substituer des employées laïques au personnel congréganiste que vous occupez.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Préfet :
Le Secrétaire général.

A la lecture de ce document, on se demande vraiment, s'il ne souffle pas d'en haut un vent de folie car les mesures dont on nous menace ne sont pas seulement iniques, comme tout ce qu'inspire le sectarisme de quelque côté qu'il vienne, elles sont ridicules. Elles auraient, en effet, ce résultat d'obliger la plupart des maisons de santé de France à fermer leurs portes. Est-ce là le but poursuivi par l'Administration !

Il ne suffit pas de décréter la laïcisation des maisons de santé pour que cette laïcisation soit possible. Le personnel laïque nécessaire pour remplacer en quantité et en qualité les religieuses aujourd'hui employées n'existe pas.

Existerait-il, du reste, ce personnel laïque sera inutilisable dans la plupart de nos maisons de santé. C'est qu'il y a la question du coût de la main-d'œuvre dont ne s'embarrasse pas, en cette affaire, l'imprévoyance gouvernementale et dont nous sommes bien obligés, nous, de tenir compte.

Tout le monde sait que la main-d'œuvre laïque est beaucoup plus chère que la main d'œuvre religieuse, si bien que les Commissions administratives et les municipalités mêmes partisans en principe des laïcisations, reculent devant le désastre financier qu'entraînerait le remplacement d'une main-d'œuvre par l'autre. Pour beaucoup de nos maisons de santé qui reçoivent des malades souvent peu fortunés, il n'est pas douteux que la laïcisation serait la ruine.

Mais ce qui nous fait surtout nous révolter contre la décision de l'Administration, c'est que, si nous laissions commettre l'abus de pouvoir dont nous sommes menacés et dont sont menacés encore plus que nous nos malades, nous n'aurions plus le droit, nous médecins, de nous faire aider dans nos maisons de santé par des infirmières librement choisies par nous, nous n'aurions plus le droit, ayant la responsabilité morale et financière d'une entreprise purement privée, du libre choix de notre main-d'œuvre.

Nous protestons de toutes nos forces contre cet attentat à la liberté, non seulement parce qu'il nous atteint aujourd'hui, mais parce qu'il atteindra demain les médecins qui se trouvent dans le même cas que nous ; nous protestons, comme citoyens, contre l'ingérence du Gouvernement dans une affaire d'ordre privé et nous sommes décidés à user de tous les moyens légaux pour empêcher cette atteinte à notre liberté de citoyens et de médecins.

Il ne faut pas que quelques-uns d'entre nous se croient à l'abri du danger parce qu'ils entretiennent chez eux des relations cordiales avec les représentants du pouvoir ; *il ne sera fait aucune exception et, dans un bref délai, toutes les maisons de santé de France devront employer un personnel laïque.*

Contre le danger pressant qui nous menace tous,

(1) Nous prions les Présidents ou Secrétaires des groupements professionnels de communiquer cette circulaire aux confrères plus particulièrement intéressés, et d'en donner lecture à la prochaine réunion de leurs sociétés.

(2) Il y a là une erreur.

nous faisons appel à l'appui de l'Association générale des médecins de France, des Syndicats médicaux, de la Presse professionnelle et du groupe médical parlementaire. Nous faisons appel à nos maîtres qui, en raison de leur haute situation personnelle, ont le droit et le devoir de défendre notre liberté menacée.

Si la volonté du Gouvernement se réalisait, ce serait une diminution pour notre pays, un coup fatal porté au bel élan de décentralisation de la chirurgie.

Il semble qu'à l'époque troublée que nous vivons, alors que le désordre qui règne dans les ministères se manifeste au grand jour, alors que de tous les côtés éclatent les scandales et se généralisent les sabotages, le Gouvernement ait devant lui des champs d'activité plus féconds pour la grandeur de la France que la menace et le sentiment de l'insécurité jeté dans l'œuvre que nous accomplissons.

Unissons nos efforts pour la défense de notre liberté professionnelle, nous travaillerons en même temps pour le respect de la liberté de tous les citoyens et pour le bien du pays.

Le Président de l'Association médicale de la Dordogne,
Dr Chaume.

Le Président du Syndicat médical de Périgueux,
Dr P. de Laurière.

Le Secrétaire général du Syndicat médical de la Dordogne, Administrateur de la Maison de santé médico-chirurgicale.
Dr Delbès.

Le Secrétaire du Syndicat médical de Périgueux,
Dr Gadaud

N. B. — Les médecins plus particulièrement intéressés à la question parce qu'il possèdent des cliniques libres sont instamment priés de faire connaître leur nom à la Clinique chirurgicale de Périgueux. C'est à eux qu'il appartient, dans chaque département, de faire appel aux groupements professionnels et d'agir auprès des parlementaires avec l'appui des syndicats médicaux.

Une interpellation pour faire préciser l'esprit de la loi de 1902 et l'action du groupe médical interparlementaire auront d'autant plus de chances de succès que le terrain aura été mieux préparé à la Chambre et au Sénat.

Il serait bon également de créer un mouvement d'opinion par des articles dans la presse parisienne et les journaux de province. Pierre Loti, protestant, et le grand rabbin de France, ont écrit des articles de protestation éloquente, contre le projet d'expulsion des sœurs de l'Assomption, et le Gouvernement n'ose pas agir. Devant le nouvel accès d'intolérance dont le Corps médical est aujourd'hui la victime, quelques-uns de nos maîtres, non suspects de cléricalisme, ne feront-ils pas, eux aussi, entendre leur voix ?

Dr Delbès.

Périgueux, le 14 novembre 1911.

***

La politique a des motifs que la raison ignore. Que les congrégations soient ou non un danger social, qu'est-ce que cela peut bien faire aux malades ? Ceux-ci demandent le retour à la santé, c'est-à-dire le droit de retravailler, dans le plus bref délai. Peu leur chaut que les mains qui les soignent soient laïques ou congréganistes, pourvu que ces mains ne fassent que leur devoir et rien que leur devoir !

Dans toutes ces batailles électorales, il nous semble que le droit à la santé de nos malades a été quelque peu perdu de vue. A-t-on sous la main un nombre suffisant d'infirmières dignes de ce nom, diplômées, connaissant leur affaire, mais laïques, pour remplacer les religieuses hospitalières ?

A-t-on envisagé que l'augmentation des frais de personnel ferait fermer bien des cliniques privées, alors que les hôpitaux regorgent de malades, bondés qu'ils sont, non par des indigents, mais par des malades aisés et par des accidentés du travail ? Il nous semble que le groupe médical parlementaire pourrait poser la question suivante : « Dans combien de temps, et surtout, sans que l'intérêt primordial des malades puisse en souffrir, le gouvernement sera-t-il en état de fournir à toutes les demandes d'infirmières de métier, instruites et laïques ? » Mieux vaudrait une date précise que l'indécision actuelle. On pousse les communautés hospitalières à faire des demandes d'autorisation pour les cliniques ou hôpitaux, où ces religieuses sont employées comme infirmières ; puis la demande faite, adressée à la direction des Cultes, tout s'endort dans l'oubli. Et nous en connaissons, de ces demandes d'autorisation, qui sont ainsi en suspens depuis le 15 septembre 1901 !

Mais non ! ce n'est pas l'oubli. Le jour où le conseil municipal, de modéré qu'il était, devient anticlérical de par les hasards des élections, la demande d'autorisation est exhumée et on informe la congrégation que, n'étant pas autorisée, elle doit déguerpir de l'hôpital, dans les huit jours. Pauvres malades. Pis encore ! lorsque le médecin propriétaire d'une clinique privée employant des religieuses (ne fussent-elles que deux), se permet, en tant que citoyen supposé libre de ses opinions politiques, de se porter aux élections contre le candidat de la préfecture ou de combattre celui-ci, ou est en désaccord avec son maire, il reçoit, par les voies les plus rapides autant qu'administratives, l'ordre d'avoir à remercier son personnel religieux.

Que deviendront ses malades ? Ça, c'est un détail ; mais les grands principes de la laïcisation seront sauvegardés et la République sauvée une fois de plus.

De grâce ! au nom des malades, que l'on accorde celles des autorisations qui sont démontrées être fondées, ou bien que le gouvernement prenne l'initiative de créer des écoles d'infirmières diplômées de l'Etat et pouvant, à bref délai, être employées dans tous les hôpitaux et cliniques privées de France. Mais que l'indécision actuelle cesse ! C'est un crime que de faire pâtir nos malades des querelles de politiciens ou de rancunes électorales dont ils ne sont pas cause. Législateurs de 1901, avez-vous suffisamment pensé aux malades ?

P. B.

ÉCONOMIE DOMESTIQUE

Le changement des conditions économiques de la vie du médecin praticien à la campagne.

Un des nos confrères, habitant une des régions les plus riches de France, nous écrit la lettre suivante tout en nous priant de la laisser anonyme. Elle peut servir de complément à l'enquête que nous avons publiée et en souligne l'intérêt pratique.

« Au moment où se discute âprement le relèvement des honoraires médicaux et notamment le tarif Dubief, qui offre aux médecins de campagne et de petite ville une rémunération notablement inférieure à celle des vétérinaires, voudriez-vous me permettre de vous dire en quelques mots ce qu'est véritablement devenue la situation du médecin de campagne et d'examiner s'il y a vraiment lieu de récriminer ?

Si vous voulez bien, je vous conterai simplement l'histoire de ma carrière médicale qui est, je crois, celle d'une grande majorité de confrères.

Je me suis installé, il y a 23 ans, dans une campagne, où était déjà un confrère de mon âge ; nous avions à desservir une population d'environ 4.650 habitants ; nous faisions la pharmacie et notre région n'était pas du tout parcourue par les pharmaciens ambulants.

Nous arrivions à toucher environ 8.500 fr. en moyenne. Nous avions chacun un cheval et plus tard une bicyclette en plus.

Mon budget était ainsi compris :

Nourriture et entretien d'un cheval, qui l'été se reposait souvent au pré.	500 fr.
Voiture, harnais, maréchal	200 »
Impôt	60 »
Un domestique à 2 fr. par jour (1/2 journée chaque jour)	365 »
Loyer	350 »
Cuisinière à 20 fr. par mois	250 »
Le *Concours* et autre journal	20 »
La participation à la Société de Secours mutuels du département, etc.	15 »
En comptant 1 fr. par jour pour les menus frais de livres, instruments petits déplacements, cela suffisait grandement, soit	365 »
Au total environ	2.125 fr.

La vie était à cette époque très bon marché et au règlement de la note beaucoup de clients apportaient de bon cœur « en reconnaissance » quantités de volailles, œufs, fruits, gibier, etc. Tout cela pour un peu de complaisance de ma part et pour quelques menus cadeaux de layettes, bon vin, donnés à de braves gens.

Les demandes de visites étaient peu pressantes et rarement nos clients changeaient de médecin sauf dans les cas urgents. Mon confrère et moi jouissions d'une confiance et d'une réputation que nous nous efforcions de mériter.

Nos dépenses étaient modestes, notre vie paraissait assurée et nos petites ressources personnelles aidant, tout allait au mieux. Peu à peu, les difficultés augmentèrent, la population diminua et changea ses habitudes envers nous. Malgré cela, avec un peu d'union et de fermeté, la situation, quoique de plus en plus difficile, était tenable.

Or, en 1906, mon confrère mourut d'une affection pulmonaire contractée une belle nuit de décembre. Un jeune médecin le remplaça immédiatement. J'eus là un confrère, je le reconnais, déontologiquement, correct et bon garçon, travailleur et actif.

Son premier soin fut de faire installer le téléphone et d'acheter une auto. Six mois après, j'étais obligé d'en faire autant, car aucun client ne voulait plus faire 10, 15 et 20 kil. pour venir me chercher et ne voulait plus attendre une visite que l'auto procurait rapidement aussitôt un appel lancé.

Me voilà donc nanti de tous les instruments modernes, mais aussi quel est mon budget ? Le voici pour 1910 :

Amortissement d'une auto en 6 ans, par an	1.000 fr.
Intérêts	100 »
Impôts	60 »
Assurance incendie	50 »
Assurance accidents survenus au tiers	80 »
Pneus, en roulant hiver comme été	600 »
Huiles	200 »
Essence, 14 lit. pour 100 kil. en comptant évaporations, fuites, bidons non remplis, pour 10.000 kil.	600 »
Réparations, y compris la révision de la voiture au bout de 3 ans	300 »
Entretien, nettoyage, graissage, éclairage, main-d'œuvre	200 »
Loyer augmenté	500 »
Impôts	110 »
Téléphone	100 »
Un homme 10 jours par mois pour mon jardin et les menus travaux à 4 fr. 50	550 »
Une cuisinière à 40 fr. par mois	500 »
Journaux, livres, instruments	100 »
Syndicat, Société de secours mutuel « Sou médical », missions confraternelles	100 »
Frais divers quotidiens	360 »
Au total	5.560 »

Me voilà donc avec plus de 5.500 fr. de frais généraux *indispensables* sans compter les frais d'entretien et de ménage qui ont augmenté dans les mêmes proportions et qui sont autant sinon plus élevés qu'en ville.

En face de cela, que dois-je mettre ? Mes ressources se sont-elles augmentées ? Malheureusement non : avec une activité plus grande, des dé-

placements plus fréquents, des difficultés de paiement croissantes, des paperasseries à n'en plus finir, je maintiens mon chiffre d'affaires à 8.500 fr. qu'il me sera de plus en plus difficile d'atteindre pour les raisons suivantes :

La population,qui était de 4.650 habitants lors de mon installation, n'est plus que de 3.900 et elle diminue tous les jours.

Le nombre des indigents atteint maintenant 10 % en moyenne de la population. Ajoutez-y les assistés de toutes classes, les gendarmes, les cantonniers, les éclusiers, les facteurs, les gardes-forestiers, les accidents du travail, les employés de chemins de fer, les mutualistes et la classe de plus en plus nombreuse des ouvriers qui ne veulent pas payer les *bourgeois de médecins*.

Quant au reste, une légère augmentation a été faite , mais elle est loin de compenser les honoraires ridiculement insignifiants qui nous sont offerts par les classes de malades énumérées plus haut. A bien compter, je crois même que le tarif des honoraires est inférieur en moyenne à ce qu'il était il y a 20 ans.

Me voilà donc à 50 ans,avec mes cheveux blancs, obligé de marcher nuit et jour et de lutter d'activité physique avec un jeune confrère, honnête heureusement pour moi —, lutte dans laquelle, je succomberai, car les ans sont impardonnables. Pendant 23 ans, j'ai bien travaillé et n'ai fait que joindre les deux bouts.

Actuellement, je vois le jour prochain où je ne pourrai plus le faire.

Mes revenus me servent tout juste à payer les frais d'études de mes trois enfants, que mon installation à la campagne ne m'a pas permis de conserver auprès de moi aussitôt leurs dix ans arrivés. Maintenant que me réserve l'avenir ? Je n'ose y penser.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

COUR D'APPEL D'ANGERS

12 *juillet* 1911.

Annulation de polices d'assurance souscrites par un médecin à la suite de manœuvres dolosives.

Le jugement du tribunal civil de Saint-Calais (Sarthe) du 28 janvier 1910, publié dans le nº 10 du *Concours médical* de 1910, page 218, et qui a annulé les polices souscrites par le Dr Renault au « Syndicat des Commerçants et Industriels de France », jugement qui avait été frappé d'appel par cette dernière Société, a été confirmé, par la Cour d'appel d'Angers, par arrêt du 12 juillet 1911, qui adopte purement et simplement les motifs des premiers juges.

***

TRIBUNAL DE PITHIVIERS (Loiret).

26 *octobre* 1911

Une comptabilité bien tenue est utile pour la justification d'une demande en paiement d'honoraires.

Les époux sont solidairement responsables du paiement des soins donnés à leurs enfants.

La femme qui a reçu des soins contracte tacitement un engagement personnel envers le médecin, même lorsque les conventions matrimoniales imposent au mari l'obligation de supporter définitivement les honoraires du médecin.

Attendu qu'à la date du dix-neuf octobre, a comparu en la chambre du conseil, le docteur Courtade, assisté de son avoué, Me Challine ;

Attendu que, quoique régulièrement assignés, les consorts P. n'ont pas cru devoir se présenter ni se faire représenter ;

Qu'il a été passé outre par le tribunal, qui séance tenante, s'est livré à un examen des livres du docteur Courtade, déposés sur le bureau (1) ;

Attendu, que, de cet examen, il résulte :

1º Que le docteur Courtade tient un livre sur lequel sont inscrits, à la fin de la journée, toutes les visites qu'il fait à ses malades, les fournitures de pharmacie, etc. ;

2º Que, sur un grand-livre, sont reportées en totalisant,les sommes jour par jour dues par chaque client au docteur ;

3º Que, deux fois par an, le bilan de chaque client est établi et envoyé ;

4º Qu'il est porté payé, si paiement général est fait, qu'il est porté payé pour partie si des acomptes ont été versés ;

Qu'il est impossible de voir une comptabilité mieux établie que celle du docteur Courtade ;

Attendu que, s'attachant uniquement au compte P., le tribunal a été dans l'impossibilité de trouver la moindre erreur ; que les consorts sont mal venus de dire que leur note a été établie pour les besoins de la cause, que ce sont de mauvais payeurs, qui, au lieu de témoigner à celui qui leur a donné pendant de longues années les soins les plus dévoués à des prix absolument minimes, l'obligent à venir en justice établir qu'il est un honnête homme, ce dont le tribunal n'a jamais douté ;

Attendu qu'interpellé en chambre du conseil sur la raison pour laquelle il avait laissé si longtemps sa note en souffrance, le docteur Courtade a déclaré qu'il l'avait toujours considérée comme perdue,mais que, par humanité, il aurait continué à donner ses soins à cette famille et se serait contenté des acomptes versés, si, ayant appris que la dame P. venait de faire un héritage, il n'avait pas estimé être en situation dès lors de faire valoir ses droits ;

Attendu, en ce qui concerne les acomptes

---

(1) Le Dr Courtade avait été admis à faire la preuve de sa créance au moyen de la production de ses livres par jugement du Tribunal civil de Pithiviers du 20 juillet 1911, publié dans le nº 38 du *Concours Médical* de cette année, page 659.

versés par P., que ces acomptes sont régulièrement inscrits sur les registres, que rien ne permet de suspecter quoi que ce soit à leur sujet, que du reste leur abstention à l'expertise fait bien supposer qu'ils n'ont aucun moyen sérieux de s'opposer à la demande ;

Attendu que la dette a été reconnue ;

(*Suit la discussion du quantum de la dette.*)

Attendu, ces chiffres posés, qu'il ne reste plus, pour le Tribunal, qu'à rechercher, le billet n'ayant pas été signé par la femme, comment et de quelle façon devra être réglée la somme due au docteur Courtade ;

I. En ce qui concerne la somme de 235 francs (soins donnés au mari) :

Attendu qu'il n'est pas discutable qu'il est seul tenu du paiement de cette somme :

II. En ce qui concerne la somme de 515 francs (soins donnés aux enfants) :

Attendu, sur ce point, que la jurisprudence est formelle, que l'obligation de nourrir et d'élever les enfants est indivisible entre les époux et solidaire.

III. En ce qui concerne la somme de 4250 fr. (soins donnés à la femme) ;

Attendu que la dame P. sollicite sa mise hors de cause sous prétexte qu'elle n'aurait pris aucun engagement vis-à-vis du docteur Courtade ;

Attendu que, de l'examen des livres, il est formellement établi que c'est surtout à la suite d'accouchements et de grossesses pénibles, qui ont nécessité des soins très méticuleux, que la dame P. a eu recours au praticien ;

Qu'il n'est pas possible d'avoir reçu des soins plus personnels que ceux ci-dessus indiqués ; que la dame P. est mal venue à prétendre qu'elle n'a pas pris d'engagement ;

Qu'il y a là, ayant accepté et demandé le secours du médecin, un engagement tacite de payer ses honoraires ;

Attendu, sur ce point, que la jurisprudence est formelle.

Qu'il a été jugé à maintes reprises que, vis-à-vis de son médecin, la femme est sa débitrice personnelle, que c'est à elle qu'il a été donné des soins, qu'il s'est formé entre le médecin et elle un contrat tacite qui l'oblige à lui payer ses honoraires, alors que son mari ne peut le faire, et ce sans qu'il soit besoin de rechercher si les conventions matrimoniales intervenues entre les époux imposent au mari l'obligation de supporter définitivement cette charge.

Sur la solidarité :

Attendu que, le sieur P. s'étant, dans le billet du 27 décembre 1910, signé par lui, déclaré solidaire de sa femme, il y a lieu de prononcer la solidarité de cette dette ;

Par ces motifs, le tribunal déclare la demande formée par le docteur Courtade établie et justifiée par ses livres, aucune prescription n'étant invoquée ;

Fixe à 5000 francs la somme due par les consorts P. ;

En conséquence, condamne le sieur P. à payer au docteur Courtade la somme de 235 francs pour les soins qui lui ont été donnés à lui personnellement ;

Condamne, pour les mêmes motifs, la dame P. à payer au docteur Courtade la somme de 4250 francs qu'elle lui doit, solidairement avec son mari ;

Condamne les époux P., conjointement et solidairement à payer au docteur Courtade la somme de 515 francs pour soins donnés aux enfants des époux P. ;

Les condamne aux intérêts de droit du jour de la demande dans les proportions indiquées. Les condamne aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Distinction honorifique. — Il nous est bien agréable, étant données nos vieilles et cordiales relations avec M. A. Girard de nous associer aux gracieuses lignes par lesquelles M. le Dr G. Helme fait part à ses lecteurs de la distinction récemment accordée à cet ami du *Concours Médical.*

« Nombreuses ont été les décorations qui, à la « suite des expositions, sont venues, telles de peti- « tes fleurettes rouges, égayer la boutonnière de « médecins et de pharmaciens. Il en est arrivé de « Buenos-Ayres, de Bruxelles, de partout enfin, et « si nous voulions féliciter tout le monde, nous « n'en finirions pas.

« J'ai tenu cependant à saluer d'un compliment « mon cher, mon vieil ami A. Girard, de la Croix « de Genève. Très justement estimé dans le milieu « médical, A. Girard est de ceux qui ne se mêlent de « nous que lorsqu'il y a du bien à faire. Si ses « produits sont en vogue, il le doit non seulement « à leurs excellents effets, à leur bonne composi- « tion, mais aussi un peu à l'amabilité de celui « qui les fabrique. Membre honoraire de la plu- « part de nos Sociétés professionnelles, le bon Gi- « rard ne compte parmi les médecins que des amis. « Vous ne m'en voudrez pas si, sacrifiant à ma « vieille affection pour lui, j'ai voulu vanter sa gé- « nérosité, son goût artistique, sa valeur profession- « nelle et sa modestie.

— **Docteurs en médecine reçus en 1910-11.** — Pendant l'année scolaire 1910-1911, les facultés de médecine françaises ont conféré le *Dignus intrare* à 1085 nouveaux docteurs en médecine, dont 1021 diplômés de l'Etat.

Parions qu'il n'y a pas eu, pendant le même laps de temps, 1021 vacances à compter, 1021 postes à pourvoir et que l'encombrement, cette année encore, a dû s'accroître de sensible façon.

A quand le remède à cette surproduction ? Car ce n'est pas le décret de 1911, publié précédemment, qui changera quelque chose, d'autant qu'il n'est pas encore appliqué. Or, de la coupe aux lèvres...

— **La chaire d'Hydrologie.** — Le Conseil de la faculté de médecine, toujours ami du progrès, vient de se prononcer contre cette création, prétendant que l'enseignement de l'hydrologie y est d'ores et déjà suffisamment dispensé — 15 ou 20 conférences par an ! — Il ajoute qu'au cas où cependant les fonds nécessaires pour cette création lui seraient fournis par des tiers, il ne l'autoriserait qu'à la condition que la chaire fût confiée à un agrégé.

Et nous verrons alors la chaire d'Hydrologie, comme la chaire d'histoire de médecine, servir d'antichambre aux candidats] à des chaires plus importantes ou plus en rapport avec leurs goûts...

En France, le *right man* est une utopie, un mythe, surtout en certaines matières d'enseignement médical.

Résignons-nous y jusqu'à la prochaine révolution...

— **Chanteur et médecin.** — Dernièrement, au grand théâtre de Marseille, la danseuse-étoile ayant fait une chute au cours du ballet du dernier tableau gémissait douloureusement dans sa loge, l'épaule foulée ; le médecin de service étant parti dès le rideau baissé, chacun était perplexe, lorqu'on se souvint que le baryton Carbelly, qui venait de chanter le rôle d'Hérode dans *Hérodiade*, était docteur en médecine ; relancé dans sa loge, il ne tarda pas à venir, en peignoir et grimé, apporter à la gracieuse camarade les secours de l'art et un soulagement rapide de ses souffrances. Voilà qui va réjouir en leur séjour élyséen les mânes du médecin marseillais Pirondi, qui était si heureux de rappeler ses succès de chanteur et qui, jadis, après avoir été applaudi dans les salons et avoir eu la Malibran pour partenaire, faillit quitter la médecine pour un brillant engagement à l'Opéra de Londres.

— **Le chahut à l'école de médecine.** — Une fois de plus, le cours d'anatomie vient d'être suspendu à la suite des incidents bruyants de la semaine dernière.

Il semble bien pourtant réellement, si l'on s'en tient aux déclarations faites au journal *Le Temps* par le professeur Nicolas, que les griefs articulés contre lui sont imaginaires. Alors ?

Serait-il possible, ainsi qu'on le chuchotte, que les étudiants continuent à n'être que les instruments aveugles et inconscients de rancunes et de rivalités plus haut placées ?

Nous avons peine à croire à pareil fait et nous préférons espérer que tout cela n'aura été que feu de paille, et que les étudiants assagis par quelques jours de repos forcé, reviendront à une notion plus saine de leurs devoirs et cesseront des manifestations qui ne peuvent se retourner que contre eux. En France, les persécutés ont toujours été sympathiques et les persécuteurs odieux ! !

— **Les dentistes se défendent contre l'encombrement.** — C'est à Toulouse, patrie des forts ténors, que les événements se passent. On sait que les élèves dentistes doivent, leurs études terminées, faire un stage pratiqué chez les dentistes établis.

Or, dit l'*Express du Midi*, les dentistes installés à Toulouse viennent de s'entendre pour prendre une mesure commune : refuser d'admettre dans leurs cabinets des stagiaires.

Ce refus met dans l'impossibilité de continuer leurs études les élèves dentistes qui les ont déjà commencées et ces élèves protestent, en demandant la création d'une école dentaire à Toulouse. La fréquentation de cette école les dispenserait d'avoir recours aux médecins installés.

Or, le doyen de la Faculté de médecine hésite encore avant de faire les démarches pour la création de l'école et il doit y avoir certainement de bonnes raisons à cette hésitation.

En attendant, voici les raisons elles-mêmes des médecins dentistes.

Ils refusent d'admettre des stagiaires chez eux parce qu'ils estiment que le nombre des médecins dentistes est déjà trop nombreux ; il est donc inutile et peut être dangereux d'accroître encore le nombre de leurs collègues.

D'autre part, ils demandaient aussi que des diplômes universitaires soient exigés des étudiants dentistes, au même titre que des candidats au titre de médecin. De cette façon on aurait plus de garanties à tous les points de vue.

Il n'en est pas moins vrai que, dans l'expectative, il y a une situation très intéressante, celle des étudiants dentistes qui ont commencé leurs études, sans prévoir cette complication.

Que vont-ils devenir ? Vont-ils abandonner Toulouse pour aller étudier à Bordeaux, qui possède une école dentaire ? Ou bien vont-ils être obligés de chercher autre chose, s'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour aller se fixer à Bordeaux ?

Il y a là une question intéressante qui a dû être solutionnée avant la reprise des cours.

— **Le lait en bâtons.** — En Sibérie, il gèle facilement ; tout le monde le sait ; mais ce qu'on ignore peut être, c'est la façon dont on vend le lait à la campagne.

Les marchands laitiers trempent simplement un bâton dans du lait et le laissent se congeler tout autour, sauf au bout qui sert de manche, puis ils vont chez leurs clients et laissent un ou deux blocs suivant le cas. Les enfants d'Irkoutsk ne demandent pas un verre de lait, mais un morceau de lait, et, en hiver, les gens ne disent pas : « Ne renversez pas le lait », mais : « Ne le cassez pas. »

Le lait est un liquide inoffensif, mais un Sibérien en colère et armé de son bâton de lait congelé peut s'en servir comme d'une arme terrible !

— Un **Concours** sera ouvert, le 22 janvier 1912 à l'école du service de santé militaire du Val de-Grâce, pour un emploi de **chirurgien chargé du service de stomatologie** à l'hôpital militaire du **Val-de-Grâce.**

Sont admis à concourir :

1° Les aides-majors de 1re cl. comptant au moins deux ans d'ancienneté de grade et ayant accompli deux années de service dans un corps de troupes ;

2° Les méd.-majors de 2e cl. ou de 1re cl.

Les candidats doivent être en possession du diplôme de chirurgien-dentiste délivré par une faculté de l'Etat.

Le titulaire sera nommé pour cinq ans.

Programme des épreuves

Epreuves d'admissibilité

1re épreuve. — Composition écrite sur une question de stomatologie.

2e épreuve. — Examen clinique de deux malades atteints d'une affection aiguë ou chronique, du ressort de la stomatologie.

Epreuves définitives

3e épreuve. — Epreuve théorique orale de prothèse.

4e épreuve. — Epreuve pratique de prothèse.

Les épreuves seront subies dans les conditions déterminées par une instruction ministériellle qui sera insérée incessamment au *Bulletin officiel* (P. R).

Les demandes formulées par les médecins militaires en vue de prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis technique du directeur du service de santé du corps d'armée et adressées au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1re bureau), avant le 31 décembre 1911.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 52 Dimanche 24 DÉCEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'Organisation coopérative des Médecins praticiens

Projets taxés hier de chimères et d'utopies, aujourd'hui réalisés. La Clinique médico-chirurgicale de Périgueux.

Dans la communication que j'ai faite à l'Assemblée générale du *Concours médical* du 19 novembre dernier, intitulée : *Les études d'intérêt professionnel qu'impose l'actualité. Un plan sommaire d'organisation de la profession médicale*, — avant d'exposer schématiquement un projet d'association coopérative destinée à permettre aux praticiens d'exercer leur profession avec plus de perfection et d'utilité pour les malades, et, pour eux, plus de compétence, de facilité et aussi de profit, j'ai écrit :

« Du reste, je ne suis pas certain d'être le premier à faire ce rêve et j'ai entendu dire, sans pouvoir à mon grand regret le vérifier, qu'il y a quelque 6 ou 7 ans, l'éphémère *Revue de Déontologie* publia un projet analogue sous la signature du Dr Filderman ».

Ce confrère, qui exerce à Paris, et sous les yeux de qui mon projet est tombé, m'a aussitôt adressé la lettre suivante que je me fais un plaisir de publier.

Paris, le 5 décembre 1911.

Mon cher Confrère,

Dans un de mes articles de la *Revue de Déontologie* auquel vous faites allusion dans le dernier

numéro du *Concours*, j'affirmais en 1904 ma certitude de voir se réaliser dans un avenir plus ou moins lointain mon projet d'organisation de la « défense sanitaire ».

J'étais d'ailleurs sûr, en 1902, au moment où je voulais faire de ces idées le sujet de ma thèse, j'étais sûr de les voir adopter un jour par ceux-là mêmes qui haussaient les épaules.

Sans avoir eu connaissance de mes écrits sur la question, vous avez imaginé un système de « défense sanitaire » rigoureusement identique à celui que j'exposais en 1902 à MM. Brouardel et Lepage et que je publiais ensuite dans la *Revue de Déontologie*. N'est-ce pas là la preuve la meilleure de l'excellence des idées que nous avons rencontrées en partant de deux points aussi différents que possible de la pratique médicale ?

N'est-ce pas un argument des plus puissants en sa faveur que de voir ce même projet surgir semblable à lui-même, d'un côté, du cerveau du débutant à son premier contact avec la réalité, et de l'autre, de celui du vieux praticien rompu aux difficultés de l'exercice de notre art ?

Dans l'intérêt de la diffusion de nos conceptions communes, je voudrais vous voir souligner cette coïncidence dans un de vos prochains articles dans lequel je vous prierais d'insérer cette lettre.

Dans l'espoir de voir la Coopération médicale devenir une réalité, je vous prie, mon cher confrère, de croire à mes sentiments distingués.

Dr FILDERMAN.

Je remercie bien sincèrement le Dr Filderman de son aimable lettre et je crois, comme lui, qu'il est bon de souligner le fait suivant : Deux médecins, l'un au début de sa carrière, l'autre, laissant déjà derrière lui un nombre appréciable d'années d'expérience, l'un s'inspirant théoriquement du désir d'assurer d'une façon efficace la défense sanitaire, l'autre cherchant le moyen pratique de permettre à ses confrères d'exercer leur profession avec plus de facilité, d'utilité et de bénéfice, sont arrivés par des voies aussi différentes à une organisation identique de l'exercice de l'art médical.

Comme cette idée de Coopération médicale a de tout temps hanté mon esprit, je me suis livré à quelques recherches dans les nombreuses publications auxquelles j'ai collaboré depuis 20 ans environ. Or, dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France* du 5 octobre 1903, je trouve une Chronique intitulée : *Médecin, défends-toi toi-même* ! Dans cet article, j'émettais sous forme de dialogue un projet d'Association coopérative. Je me permettrai d'en citer un extrait, non pour revendiquer une priorité quelconque, ce qui serait mesquin et absurde, mais pour bien montrer comment se réalisent aujourd'hui des idées jugées plus que chimériques huit ans auparavant.

Dans la Chronique en question, qui affectait la forme d'un dialogue, je devisais avec un juriste de mes amis. La question des malades aisés et des accidentés du travail qui encombraient les hôpitaux était le point de départ de la discussion. Je me lamentais sur la situation faite ainsi aux médecins, montrant l'Etat, les Administrations, le public, la presse, les politiciens de tous les partis, et que sais-je encore, s'entendant admirablement pour les exploiter.

Mon ami le juriste me répliquait sans ménagement :

« Défendez-vous vous-mêmes ». Comme je lui demandais comment ? Il ripostait avec vivacité : « Si vous voulez vivre, transformez-vous. On ne lutte pas contre un courant qui vous entraîne : on le suit, et même on fait mieux, on le précède. » Et il exposait que le seul moyen pour les médecins de conserver leurs clients était de fonder eux-mêmes des hôpitaux payants. Une objection, qui en la circonstance méritait la qualification de capitale, surgissait aussitôt à l'esprit.

A ce propos, je faisais dire à mon interlocuteur :

« Vous protestez ? Je devine. Vous allez me répondre : Mais les capitaux ?

Et vous vous occupez de Syndicats ! Et vous êtes une collectivité de gens pour la plupart aisés ! Et lorsqu'il s'agit d'une question vitale pour vous, vous répliquez : Où trouvera-t-on des capitaux ?

Les capitaux ! Vous les apporterez vous-mêmes.

Vous vous mettrez cent, mille, pour fonder par actions un hôpital. Cette institution sera parfaite, si vous vous donnez la peine de veiller à son organisation. Sa clientèle sera par vous tous assurée d'avance.

Vous débuterez modestement. Vous paierez à vos actionnaires, que dis-je ! à vos *coopérateurs*, des intérêts peu élevés et pas de dividendes, et vous emploierez vos bénéfices à développer l'établissement, à en augmenter le bien-être, à multiplier en un mot sa clientèle. Les médecins actionnaires pourront admettre, opérer ou soigner leurs malades dans cet établissement ; ils toucheront leurs honoraires comme en ville. L'hôpital ne cherchant pas à réaliser de gros bénéfices pourra à prix modérés donner un confort inusité à ses pensionnaires. Vous défendrez ainsi vos intérêts en assistant vos malades.

Indépendants des pouvoirs publics, des commissions administratives, vous serez mieux considérés par eux, vous n'aurez plus l'air de fonctionnaires parasites de l'Etat. Vous vous développerez puissamment ; votre exemple sera suivi et la question de l'hospitalisation des malades aisés sera tranchée par vous seuls.

Les actions de vos nouveaux hôpitaux ne vaudront guère qu'entre les mains des médecins. Comme elles ne donneront pas d'autres dividendes que le droit d'admission dans l'hôpital, le capital restera entre les mains des médecins qui chercheront à acheter les actions qu'un décès fera tomber en des mains étrangères et l'avenir de cette institution sera assuré. »

En réponse à ce hardi conseiller, je répondais moi-même en un langage qui n'est encore que trop vrai.

« Je connais les médecins ; si quelqu'un d'entre nous proposait de fonder un établissement de ce

genre, soyez persuadé que la plupart crieraient par-dessus les toits qu'il veut les exploiter et que les autres le penseraient et le diraient tout bas, ce qui serait pis. Ceux même qui gémiraient le plus, soyez-en sûr, seraient ceux qui n'auraient rien donné. »

Depuis l'époque déjà lointaine (8 ans) où j'écrivais ces lignes, l'esprit des médecins ne s'est pas très profondément transformé. Cependant une évolution s'est produite, et c'est une évolution créatrice. On réalise les projets qu'hier encore nous qualifions nous-même de chimères et d'utopies. Nos lecteurs ont appris par le dernier numéro du *Concours Médical* (page 1164) la nouvelle de la fondation d'une maison de santé par le Corps médical de Périgueux ; ils ont pu lire les statuts de la société anonyme de la clinique médicale à laquelle tous les médecins de la ville ont été appelés à coopérer et dont 15 praticiens (sur 20 exerçant à Périgueux) sont devenus actionnaires ou obligataires. Et ce n'est pas pour nous, au *Concours Médical*, une petite satisfaction que de voir ainsi réaliser nos rêves les plus chers.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Prof. Gaucher.

Diagnostic de l'hérédo-syphilis tertiaire.

Dans ma dernière leçon, j'ai défini l'hérédo-syphilis tertiaire. Je vous ai dit qu'elle pouvait être précoce ou tardive, et que, dans les deux cas, elle pouvait ou être consécutive à des accidents secondaires ou, au contraire, se montrer d'emblée. Nous avons même, dans cette hérédo-syphilis tertiaire d'emblée, établi une distinction entre les cas au-dessous de 15 ans et ceux au-dessus de 15 ans.

Les dystrophies et les tares que je vous ai signalées comme indicatrices de l'hérédo-syphilis n'existent pas toutes ou existent rarement toutes chez le même sujet. Elles peuvent aussi faire défaut et la lésion tertiaire se présente alors primitive et isolée. Le diagnostic peut être plus compliqué dans l'hérédo-syphilis tertiaire de l'adulte. Les lésions tertiaires ayant des caractères semblables, qu'elles relèvent d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise, avant de conclure à l'hérédo-syphilis, il faut, chez l'adulte surtout, poser la question de la syphilis acquise méconnue. Vous savez combien sont fréquentes ces syphilis méconnues ou inconnues. La question est plus complexe encore, car un hérédo-syphilitique est susceptible, malgré son hérédité, de contracter quelquefois une syphilis. Il y a toujours lieu, en présence d'un individu d'un certain âge, ayant des tares hérédo-syphilitiques, de se demander si ces lésions dépendent de son hérédité ou d'une syphilis personnelle. Là gît souvent la véritable difficulté du diagnostic.

Quelques exemples vous feront mieux comprendre ces difficultés que toutes les dissertations théoriques. Je les ai choisis parmi les observations les plus typiques du service.

Premier exemple. Une petite fille de 4 ans nous est amenée pour des tubercules ulcérés des lombes et des fesses. Il s'agit d'hérédo-syphilis au-dessous de 15 ans, sans accidents secondaires antérieurs connus. Les lésions datent de six mois. On ne connaît rien sur le passé de l'enfant et rien des antécédents héréditaires. Comment sommes-nous arrivés au diagnostic ? L'enfant a du strabisme convergent, premier indice. D'autre part la mère raconte qu'elle a eu un autre enfant avant celle-ci. Vous allez voir combien il faut souvent pousser l'interrogatoire à fond. Le premier enfant est mort à six mois. Il avait une grosse tête, de l'hydrocéphalie. Ainsi se confirme le diagnostic d'hérédo-syphilis.

Deuxième exemple. Petite fille de 8 ans, atteinte d'arthropathie du genou gauche depuis deux mois. La radiographie a montré un épaississement du condyle et l'absence de soudure de l'épiphyse. Nous trouvons sur la même jambe une déformation, une incurvation du tibia. C'est un signe présomptif. En interrogeant la mère, nous apprenons que la petite malade est née à 8 mois 1/2. A l'âge de 15 mois, elle a eu une éruption papulo-squameuse qualifiée d'eczéma. On l'a soignée également pour de la kératite. Bien que la mère ignore totalement sa syphilis, nous avons donné le traitement et l'enfant a guéri. Ecoutez maintenant l'histoire ultérieure de la petite malade. Trois mois après, elle eut un coryza avec de l'ozène, l'année suivante une otorrhée et une arthropathie du coude, l'année suivante une ulcération gommeuse du voile du palais. Il semble qu'il y ait eu ici inversion des accidents, les gommes ayant suivi les arthropathies.

Troisième exemple. Enfant de 3 mois présenté pour une ulcération, d'aspect gommeux, malléolaire. Aucun accident secondaire antérieur connu. Nous apprenons que la mère a eu trois fausses couches, un quatrième enfant est mort jeune. Celui-ci est le cinquième. L'enfant, mis au traitement, a guéri.

Quatrième observation. Garçon de 12 ans atteint d'ulcération végétante du bord gauche de la langue, ressemblant à des plaques muqueuses. Que trouvons-nous ? Il est né avant terme. Ses incisives supérieures sont érodées. Le père nie toute espèce de syphilis. On l'examine et l'on trouve une leucoplasie de la langue et des commissures. Il a du myosis, des réflexes rotuliens diminués. Voici un cas où le diagnostic est confirmé par l'état du père.

Cinquième observation. Fillette de 14 ans, atteinte depuis un mois de perforation gommeuse du voile du palais, avec voile infiltré, rouge. De plus, à l'angle interne de l'œil droit, gomme du volume d'une noisette. Ces lésions sont indubitablement syphilitiques. Est-ce de l'hérédo-syphilis ? Oui, l'hérédité est attestée par les phénomènes suivants : petite taille de l'enfant, état de ses dents, implantées irrégulièrement, les incisives médianes supérieures ont une échancrure semi-lunaire, le front est saillant, le nez écrasé à sa base, le thorax asymétrique, avec du strabisme interne, caractère auquel j'attache de l'importance comme signe d'hérédo-syphilis. Voici pour les tares physiques. Quant aux tares morales, l'enfant est presque idiote. Cet ensemble de lésions est plus que suffisant pour affirmer le diagnostic.

Dans les cas que je viens de rapporter, le diagnostic a été relativement facile. Nous avons eu des renseignements des parents, soit sur eux-mêmes, soit sur l'enfant. Dans le dernier cas, ce sont uniquement les dystrophies de la malade qui nous ont guidés. Il en est surtout ainsi quand on observe des sujets plus âgés, après 15 ans, chez l'adulte. Dans ces cas-là les renseignements sur la famille font ordinairement défaut. C'est uniquement sur l'existence des dystrophies que l'on peut s'éclairer. Voici une nouvelle série d'observations rentrant dans cette catégorie.

Première observation. Un jour, un confrère m'amène un jeune homme de 20 ans, atteint depuis une année de lésions papulo-circinées du front. Traité déjà depuis 15 jours, par son médecin qui soupçonnait la nature syphilitique des lésions, celles-ci sont en voie d'amélioration. Le diagnostic de syphilis est indiscutable. Mais est-ce de la syphilis acquise ? Ce jeune homme, qui a 20 ans, déclare que c'est impossible. On ne trouve aucune trace d'accident. D'autre part, il n'y a aucune espèce d'antécédents héréditaires. Aucune dystrophie. A l'examen complet, nous trouvons le tibia droit en lame de sabre et sur cette jambe, des cicatrices cutanées produites à l'âge de 8 ans. Ces accidents — ainsi qu'il arrive presque toujours — furent considérés comme étant de nature tuberculeuse. La guérison spontanée de la lésion ne doit pas nous faire éloigner l'idée de syphilis ; au contraire, ces syphilides gommeuses guérissent souvent seules. La seule lésion indicatrice, ici, c'était le tibia en lame de sabre, caractère suffisant, en l'espèce, pour faire admettre la nature héréditaire de la syphilis.

Deuxième observation. Homme de 29 ans se plaignant, depuis un mois et demi, de céphalalgie continue et de crises convulsives. Or, l'épilepsie vraie débute rarement à 29 ans. L'âge tardif d'apparition des crises épileptiques, les maux de tête persistants, font déjà penser qu'il peut s'agir d'épilepsie symptomatique de syphilis. En interrogeant le malade et en le fouillant de toutes façons dans ses antécédents et son état actuel, on constate ceci : un nez effondré, une perforation du voile du palais, stigmates suffisants pour établir non seulement la syphilis, mais la syphilis héréditaire. Notez que les accidents antérieurs, la gomme vélo-palatine, n'ont pas été traités.

Troisième observation. Homme de 43 ans, atteint d'une éruption tuberculo-ulcéreuse, cicatrisée par places, datant de 8 ans, formant une nappe étendue qui occupe toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen. L'aspect des lésions ne laisse pas de doute quant à la syphilis. Il s'agit de savoir si elle est acquise ou héréditaire. On ne trouve aucun antécédent de syphilis personnelle acquise. Au contraire, il y a des indices nets d'hérédo-syphilis. D'abord, une cataracte double congénitale qui a été opérée. De plus, un nystagmus permanent survenu à l'âge de 4 mois à la suite de convulsions, une surdité gauche et, enfin, des lésions ophtalmoscopiques. Ce qui était difficile ici, ce n'était pas le diagnostic de syphilis, mais celui de syphilis héréditaire.

Quatrième observation. Homme de 37 ans qu présente des ulcérations gommeuses multiples de la face et du genou droit, et un spina ventosa. Il était allé à Berck et dans plusieurs services hospitaliers. Partout, on l'avait opéré, pensant à une tuberculose osseuse. L'aspect du spina ventosa était tout à fait celui de la tuberculose. Voilà des lésions qui, au fur et à mesure qu'elles se sont produites, ont été considérées comme bacillaires. En l'examinant, nous avons trouvé un nez affaissé à sa racine. L'ensellure nasale a augmenté ces temps derniers. Nous en devons conclure qu'il y a eu une dystrophie nasale sur laquelle s'est greffée une ostéite. C'est cette dystrophie qui nous a guidé. Nous avons posé le diagnostic

malgré tout le monde, et le malade, soumis à la cure spécifique, a guéri. Vous voyez l'intérêt d'une dystrophie même localisée. J'insiste sur cette observation importante, parce qu'elle s'appuie sur une seule tare, chez un homme de 37 ans.

Cinquième observation. Homme de 20 ans ayant une perforation du voile du palais depuis 3 ans, et une ulcération gommeuse du rhino-pharynx. Ces lésions sont syphilitiques, mais est-ce de la syphilis héréditaire ? Le malade a 1 m. 46, c'est presque du nanisme. Son nez est écrasé à la base, irrégulier. Ses dents sont striées, mal rangées. Enfin, l'examen du fond de l'œil révèle des lésions pigmentaires.

Il n'est pas nécessaire d'avoir un grand nombre de tares pour établir le diagnostic. Une seule, bien constatée, suffit.

Sixième observation. Jeune homme de 16 ans, atteint de laryngite depuis 6 mois, ayant nécessité la trachéotomie. Il est venu pour des lésions ressemblant au lupus. Nous apprenons que sa mère a eu 12 enfants dont 9 sont morts. Il a lui-même 1 m. 42, ce qui est peu. On constate, de plus, des stigmates ophtalmoscopiques. Muni de ces renseignements, nous avons institué le traitement et en quelques semaines le soi-disant lupus de la jambe a guéri.

Enfin septième et dernier exemple. Jeune fille de 18 ans, atteinte d'ulcération de l'œil droit ayant détruit en partie la paupière. La lésion, considérée comme un lupus, fut cautérisée et recautérisée, si bien que quand la malade est venue nous voir, l'aspect de l'ulcère ne pouvait en aucune façon nous éclairer. Le diagnostic d'hérédo-syphilis a été fait, dans ce cas encore, uniquement par la dystrophie nasale, le nez écrasé à sa base, régulièrement écrasé, sans ostéite. Quand il y a ostéite, l'écrasement nasal est irrégulier. La réaction de Wassermann était positive. Aurait-elle était négative que nous aurions néanmoins affirmé l'hérédo-syphilis.

Je crois que les exemples que je viens de vous donner vous montreront de quelle façon on peut arriver au diagnostic d'hérédo-syphilis, quels que soient le siège, la forme de la lésion. Qu'elle soit osseuse, muqueuse, viscérale, nerveuse, les éléments indicateurs de présomption de l'hérédo-syphilis sont toujours les mêmes.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'angine de Vincent.

Dans un article du *Progrès médical* du 25 novembre 1911, M. le Dr Le Blaye décrit avec détails les points principaux du diagnostic et du traitement de l'angine de Vincent.

Cliniquement, l'angine de Vincent se caractérise par une ulcération grisâtre, ordinairement peu profonde, à bords assez nettement dessinés. S'ils ne paraissent pas toujours taillés à pic et si l'ulcération semble avoir fort peu creusé, c'est en réalité bien souvent parce que la tuméfaction locale la surélève.

La région intéressée (amygdale le plus souvent) paraît rouge et augmentée de volume ; même elle peut donner au toucher une sensation d'induration qui peut rappeler celle du chancre syphilitique, justifiant dans une certaine mesure la dénomination d'amygdalite chancriforme (Raoult et Thiry). La couleur de l'ulcération est ordinairement blanc-grisâtre, sa surface assez irrégulière, anfractueuse même, et il n'y a rien dans cet aspect qui rappelle la surface lisse et unie de la fausse membrane diphtérique.

Dans quelques cas pourtant, dans ceux surtout à tendance phagédénique, la lésion change d'aspect : les petites hémorragies dont elle est le siège teintent le tissu mortifié et lui donnent une couleur grise ou brunâtre. Cet aspect est assez rare, mais mérite cependant d'être connu. Les bords de la perte de substance sont nettement dessinés, mais il est difficile de leur décrire une disposition constante ; souvent taillés à pic, parfois décollés, ils peuvent se confondre insensiblement avec l'ulcération. Ce dernier aspect n'est pas rare, surtout dans les formes à tendance nécrotique, parce qu'entre la muqueuse saine et l'ulcération constituée s'interpose une étroite zone de muqueuse frappée déjà de nécrose, de coloration blanc-grisâtre, mais encore adhérente aux tissus sains.

Si l'on essaye de détacher ce que l'on appelle à tort fausse membrane, en raclant avec l'abaisse-langue, on ramène une sorte de bouillie blanc-grisâtre, pulpeuse, facile à étaler sur une lame de verre parce qu'elle ne contient pas de mucus et ne présente aucune viscosité. Le raclage ne modifie en rien l'aspect de l'ulcération, si ce n'est en la faisant saigner, car elle saigne sous l'influence du plus léger traumatisme.

L'unilatéralité de l'angine de Vincent est habituelle, et c'est avec raison qu'on oppose ce caractère aux localisations des autres angines blanches. Ce n'est pourtant pas un fait constant, tant s'en faut, et les angines ulcéreuses bilatérales ne sont pas exceptionnelles. Parfois les lésions siègent sur la face interne des amygdales tuméfiées, se faisant vis-à-vis ; dans les mouvements de déglutition, on les voit presque se rejoindre, et l'on prend ainsi sur le fait le mécanisme par lequel paraît s'être faite l'inoculation d'un côté à l'autre. D'autres fois, le mécanisme est différent. Ce sont des angines déjà plus graves dans lesquelles les piliers du voile et la luette sont enva-

his, il y a continuité des lésions d'un côté à l'autre ; la tendance gangréneuse est plus manifeste dans ces formes et il peut arriver que la luette soit amputée.

La fétidité de l'haleine a pour nous une très grande valeur diagnostique. Elle manque rarement, même dans les angines légères ; impossible à décrire, on la reconnaît aisément quand on l'a une fois perçue. Son intensité est d'ailleurs extrêmement variable. Peu accentuée, elle demande à être cherchée ; très intense, ce qui peut s'observer dans les formes à tendance gangréneuse, elle peut incommoder les voisins de lit du malade dans une salle d'hôpital.

L'adénopathie sous-maxillaire de l'angine de Vincent a donné lieu à des descriptions assez différentes. Tandis que pour les uns, elle est légère et presque nulle, d'autres, au contraire, insistent sur son existence constante.

Ces ganglions sont assez sensibles, mais peu volumineux et sans tendance à la suppuration.

L'angine est quelquefois associée à une stomatite ulcéreuse ; mais, la coïncidence la plus fréquemment observée, c'est celle de la *gingivite* ; la gingivite constitue un signe important de l'angine de Vincent.

Les traitements usuels des angines aiguës non spécifiques ne sont pas entièrement dépourvus d'action. Les gargarismes et les lavages de gorge émollients, astringents ou antiseptiques, le chlorate de potasse, l'eau bouillie même, ont paru donner quelques résultats favorables.

Mais il faut compter, dans l'appréciation de ces diverses médications, sur l'irrégularité évolutive déconcertante de la maladie. Tantôt rebelle aux traitements énergiques, tantôt guérissable par les moyens les plus simples, sa marche est si capricieuse qu'il est impossible de juger une médication sur un petit nombre de cas, et à plus forte raison sur un cas isolé.

L'eau oxygénée diluée employée en gargarismes paraît avoir une efficacité réelle et il est utile surtout de combiner son emploi à celui de divers topiques locaux. Parmi ces derniers, la teinture d'iode ou les solutions iodo-iodurées fortes d'une part, et le bleu de méthylène de l'autre sont surtout en faveur. La teinture d'iode s'emploie pure ou dédoublée, mais il y a certains inconvénients à son emploi. D'application un peu douloureuse, il arrive que les malades acceptent difficilement, pour peu qu'il se prolonge, un traitement qui leur occasionne autant de douleur que la maladie elle-même.

Le bleu de méthylène n'a pas les mêmes inconvénients et son efficacité est pour le moins aussi constante que celle de la teinture d'iode ; aussi ce traitement jouit-il d'une vogue parfaitement justifiée. Il faut, en somme, compter pour peu de chose les inconvénients qui résultent de son puissant pouvoir tinctorial.

On n'applique plus guère le bleu de méthylène sec, en poudre, comme l'avait proposé Chauffard et l'on préfère se servir des solutions hydro-alcooliques à un ou deux pour cent, qui sont plus maniables. Une ou deux applications quotidiennes « loco dolenti » suffisent souvent à amener une guérison rapide. La teinture d'iode et le bleu de méthylène sont deux bons topiques de l'angine de Vincent. Il ne faut pas les opposer l'un à l'autre, ils doivent plutôt se prêter un mutuel appui, et l'on se trouvera bien, croyons-nous, de leur emploi alternatif.

Malgré l'usage de ces deux médicaments qui étaient jusqu'à présent considérés comme les plus puissants et les plus efficaces, nombre d'angines ulcéreuses exigeaient un assez long traitement. D'autres continuaient à évoluer pendant quelque temps, malgré leur emploi, mais, c'est surtout dans les formes gangréneuses que l'action thérapeutique de ces préparations se montrait réellement insuffisante.

On sait maintenant que l'arséno-benzol possède contre cette maladie une efficacité beaucoup plus grande, et sous la forme d'applications locales, suivant la technique d'Achard, son emploi se généralisera certainement.

Ehrlich avait déjà guéri une angine ulcéreuse en employant le 606 en injections intraveineuses. Rumpel, puis Gerber, ont confirmé la rapidité d'action extraordinaire de ce médicament et la constance de son efficacité. Il s'agit là d'une action générale exercée sur la spirillose de Vincent, quelles que soient sa localisation et les conditions dans lesquelles elle apparaît. Gerber l'a appliquée à la stomatite ulcéreuse ; nous-même (*Progrès médical*, 22 juillet 1911) l'avons utilisé dans la stomatite mercurielle. Milian l'a employé dans la balano-posthite érosive de Berdal et Bataille. Dans tous les cas, l'injection d'arséno-benzol a abouti à ce résultat surprenant que 48 *heures après l'injection, tous les bacilles fusiformes et tous les spirochètes ont disparu des lésions.*

Nous avons vu guérir en 5 jours une angine ulcéreuse qui résistait depuis deux mois à tous les traitements.

Bien que les doses de 15 à 20 centigrammes suffisent toujours à obtenir l'effet que nous venons d'indiquer, il est permis de penser que l'injection intraveineuse doit être réservée aux formes graves et gangréneuses de la maladie, et que les cas ordinaires ne réclament pas un traitement aussi énergique. C'est alors qu'on devra recourir aux *applications locales telles que les ont proposées MM. Achard et Flandrin* (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 avril 1911). Ces auteurs ont, en effet, traité par cette méthode une angine grave à tendance destructive qui avait jusqu'alors résisté aux applications de bleu de méthylène et ils ont obtenu ainsi une guérison remarquablement rapide.

On peut pour ces applications locales employer l'arséno-benzol en poudre ou en solution forte. Comme les solutions alcalines se sont montrées plus douloureuses que les autres, il semble préférable de dissoudre le produit dans l'eau distillée (acide) ou de l'appliquer pulvérulent à la surface de l'ulcération. Sourdel se sert du médicament en poudre qu'il applique avec des tampons d'ouate préalablement enduits de glycérine.

Cette méthode très simple de traitement, d'une exécution si facile, n'a aucun des quelques inconvénients qui pourraient faire hésiter les malades et les médecins devant l'emploi des injections in-

tra-veineuses. Nul doute que sous cette forme, l'emploi de l'arséno-benzol doive se généraliser, se substituer aux anciennes méthodes et améliorer ainsi le pronostic d'une maladie parfois rebelle et capable même d'entraîner des lésions destructives.

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

D'après M. le Dr Mauclaire *l'hydrocèle congénitale* comporte un traitement spécial. Jamais vous ne la traiterez par les injections, car les liquides peuvent refluer dans la cavité péritonéale et donner lieu à des accidents très graves.

« Souvent ces petites hydrocèles congénitales observées à la naissance disparaissent spontanément ; si elles persistent, il faudra vers l'âge de trois ans les traiter par l'opération sanglante : incision, excision du sac herniaire qui est souvent concomitant.

« Quant à l'*hydrocèle acquise*, elle doit être traitée, en général, d'abord par le traitement non sanglant ; le plus simple c'est l'injection iodée. Mais il faut faire cette injection avec beaucoup de précaution. Il faut employer la teinture d'iode au tiers ; car avec la teinture d'iode pure on peut avoir des accidents phlegmoneux.

Je vous conseille la formule suivante :

Teinture d'iode	20 grammes.
Eau stérilisée........	60 —
Iodure de potassium..	Q.s. pour dissoudre

« Ensuite, il faut avoir soin, après évacuation du liquide, de bien maintenir le trocart dans la cavité vaginale, pour éviter d'injecter du liquide dans le tissu cellulaire, ce qui pourrait entraîner un vaste sphacèle des enveloppes scrotales. Cette complication n'est pas exceptionnelle.

« Avec cette méthode de l'injection de teinture d'iode, bien appliquée, on obtient à peu près une guérison sur trois. Les deux autres fois, on voit apparaître la récidive à plus ou moins longue échéance.

« Il existe plusieurs méthodes de traitement sanglant :

« 1° *Incision pure, et simple grattage*, avec la curette, de la paroi interne de la tunique vaginale ;

« 2° *Méthode de Bergmann*. — Résection presque totale de la vaginale. Après ces résections totales, on noterait un peu de sclérose et d'atrophie du testicule ;

« 3° *Méthode de Julliard*. — Résection partielle de la tunique vaginale en excès et suture, en ayant soin de conserver suffisamment de tunique vaginale pour recouvrir le testicule ;

« 4° *Retournement de la vaginale*, qui consiste à retourner en haut et à retrousser autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme le feuillet pariétal de la séreuse.

« La meilleure méthode paraît être la résection presque totale ou la résection de Julliard, qui a toujours donné de très bons résultats ».

La fièvre typhoïde des nourrissons.

Moins rare qu'on ne saurait se l'imaginer, et souvent confondue avec la gastro-entérite alimentaire, la fièvre typhoïde est assez meurtrière chez le nouveau-né (50 à 64 pour 100).

Nous empruntons à la *Gaz. des hôpitaux* quelques remarques cliniques et thérapeutiques signées de M. Brelet.

Cliniquement, on peut d'abord établir qu'en règle générale les symptômes de la fièvre typhoïde du nourrisson sont assez vagues et qu'il est exceptionnel d'observer un tableau classique de dothiénentérie. Pour ce qui est de la *fièvre typhoïde congénitale*, presque tous les enfants atteints de septicémie typhique dans ces conditions succombent *in utero* ou meurent quelques heures après la naissance ; les autres ont, par exception, une survie plus longue de quatre à quinze jours. Parfois même le nouveau-né résiste à cette infection et guérit après deux ou trois semaines de maladie. Les symptômes sont alors peu caractérisés : fièvre continue, diarrhée, souvent des convulsions, parfois du purpura, des hémorragies viscérales ou de l'ictère ; dans quelques cas, la rate est augmentée de volume et on note la présence de taches rosées. La réaction de Widal a été recherchée dans deux observations : elle était positive. Ces faits sont extrêmement rares. Dans la fièvre typhoïde des *nourrissons*, le début est habituellement insidieux, traînant,marqué par une fièvre irrégulière et des troubles digestifs ; le début brusque est moins fréquent, c'est alors une élévation soudaine de la température, avec des vomissements et parfois des convulsions. A la période d'état, les aspects sont variables et *il faut distinguer* plusieurs formes cliniques ; dans une première, ce sont les phénomènes gastro-intestinaux qui prédominent, et l'on assiste à l'évolution d'une *gastro-entérite* subaiguë ; les selles sont cependant un peu moins nombreuses que dans les entérites banales et elles ont généralement une couleur jaune-ocre ; la fièvre est continue, avec des rémissions le matin, mais dans l'ensemble elle rappelle le plateau de la dothiénentérie des adultes ; le petit malade est abattu, prostré, a la langue sèche. La situation reste à peu près la même pendant quelques jours, une ou deux semaines, parfois plus longtemps ; puis l'affection peut évoluer vers la guérison ; sinon, les symptômes d'entérite s'aggravent encore, et, le plus souvent, une entérite cholériforme, due à une infection secondaire, emporte le malade (Marfan).

Une seconde forme est marquée par l'intensité des réactions *méningées* ; le strabisme,la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'attitude en chien de fusil, les troubles vaso-moteurs et la somnolence pourraient faire penser à une méningite tuberculeuse ; cependant le pouls, tout en étant rapide, n'est pas irrégulier, l'enfant vomit peu et les selles sont plutôt diarrhéiques (Nobécourt et Bertherand). L'enfant peut succomber avec ces phénomènes méningés ; dans d'autres cas, les symptômes nerveux s'atténuent et alors persistent la fièvre et la diarrhée.

Parfois encore, ce sont les signes *broncho-pulmonaires* qui sont au premier plan et on croit alors

être en présence d'une broncho-pneumonie banale (Achard et Flandrin). Enfin l'évolution peut être celle d'une maladie générale fébrile sans localisation prédominante : abattement, diarrhée légère, quelques légers phénomènes nerveux, mais rien de saillant ; la fièvre, qui est alors le symptôme capital, a une courbe parfois régulière, plus souvent très irrégulière (Hutinel et Darré).

Le *traitement* de la fièvre typhoïde des nourrissons diffère peu du traitement classique de la dothiénentérie infantile. Des bains tièdes à 32 degrés seront donnés régulièrement toutes les trois heures, si la température est élevée ; on essayera surtout de lutter contre l'infection intestinale, mais sans purgatifs trop énergiques ; le calomel à petites doses est très utile dans ce cas. Quelquefois, il faudra savoir arrêter la diarrhée ; la diète hydrique (1), l'eau de riz, le bouillon de légumes pourront être avantageusement prescrits. Si l'enfant est au sein, les tétées seront continuées bien régulièrement. On luttera contre la broncho-pneumonie par les moyens habituels et souvent le cœur devra être soutenu par des injections d'huile camphrée.

(1) La diète hydrique sera réalisée avec la Reine de Vals selon les règles qui ont été maintes fois exposées dans ce journal pour le traitement de la diarrhée infantile.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Masque ecchymotique facial. — Injections intra-péritonéales d'huile. — La hanche à ressort. — Paralysie radiale consécutive à une fracture. — Cal claviculaire simulant une tumeur. — Plaie pénétrante de l'abdomen. — Hématocèle. — Cancer du sein récidivé au niveau des vertèbres.

M. LEJARS présente à la *Société de Chirurgie* un rapport sur un cas de *masque ecchymotique de la face* observé par M. GUILLAUME-LOUIS (de Tours).

Le malade fut renversé et écrasé par la chute d'un arbre. Une heure et demie après l'accident, au moment où M. Guillaume-Louis vit le blessé, celui-ci offrait un facies spécial, face bouffie, de coloration violacée, paupières gonflées, conjonctives ecchymosées. Pas de plaie, pas de signe de fracture cranienne. Aucun indice de lésion viscérale, mais une agitation extrême et une respiration stertoreuse. Mort huit heures après l'accident.

L'infiltration ecchymotique diffuse de la face et du cou, qui succède à certaines compressions du thorax, est aujourd'hui bien connue. Bouffies et toutes bleues, la face et la partie supérieure du cou donnent, au premier abord, l'impression d'un traumatisme grave. Or, dans nombre d'observations, ces « faces noires » ont guéri sans la moindre alerte. Il ne faudrait pas cependant généraliser la bénignité des masques ecchymotiques. L'observation de M. Guillaume-Louis vient précisément à l'encontre de cet optimisme exagéré. M. Lejars en signale un autre cas, personnel, qui concerne un homme de 40 ans, pris dans un éboulement ; malgré l'absence apparente de désordres viscéraux, le blessé succomba. Les autopsies faisant défaut, il est difficile de préciser la cause de la mort. M. Lejars admettrait volontiers, pour quelques cas au moins, l'idée de l'asphyxie traumatique (traumatic asphyxia) des auteurs anglais et américains.

M. SAVARIAUD pense qu'il est logique de supposer la production d'épanchement sanguin dans l'encéphale, analogue à l'épanchement sanguin facial.

M. ARROU apporte deux observations de masque ecchymotique facial, sans oppression ni agitation. Les malades guérirent.

M. MAUCLAIRE parle des cas où l'effort seul, sans compression du thorax, suffit pour faire apparaître le masque ecchymotique.

— M. Pierre DELBET fait à la *Société de chirurgie* une communication sur les *injections intra-péritonéales d'huile.*

Les injections intra-péritonéales d'huile semblent sur le point de devenir à la mode. Glimm, en 1906, a vanté les bienfaits de ces injections et ses essais ont trouvé aujourd'hui quelques partisans.

M. Pierre Delbet rappelle qu'il a fait, il y a 20 ans, une série d'expériences qui ont été négatives au point de vue du résultat. L'huile simple et l'huile salolée introduites soit au moment de l'infection, soit un peu avant, soit un peu après, ont été impuissantes à empêcher l'absorption des toxines et à lutter contre l'infection. Plusieurs animaux ainsi traités sont même morts plus vite que les témoins. L'impression de M. Delbet a été défavorable et, dans ces conditions, il n'a pas jugé opportun de publier ses expériences au moment où elles ont été effectuées.

— M. RIEFFEL présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. MOUCHET intitulé : *la hanche à ressort d'après huit observations personnelles.*

La hanche à ressort est cet état morbide que caractérise un bruit spécial, sorte de claquement sec, bref, parfois assez intense pour être entendu à distance, qui se produit au niveau de la région trochantérienne dans certaines attitudes et dans certains mouvements du membre inférieur.

Le bruit en question est d'origine extra-articulaire. Il tient au passage brusque sur le grand trochanter d'une corde, d'une bande musculaire ou fibreuse. La nature de cette corde est un point encore discuté. M. Mouchet, se rangeant à l'avis de Morel-Lavallée, de Ferraton, admet que c'est le bord antérieur du grand fessier qui vient sauter sur le trochanter. M. Rieffel ne partage pas cette manière de voir. Il attribue ce rôle au faisceau trochantérien de la bande de Maissiat.

Le traumatisme peut-il intervenir dans la production du phénomène de la hanche à ressort ? M. Rieffel pense que les cas où le traumatisme (ayant déterminé une hypertrophie pathologique du grand trochanter ou un épaississement de la bande de Maissiat) apparaît comme le facteur étiologique de la hanche à ressort doivent être exceptionnels.

— M. Schwartz montre à la *Société de Chirurgie* un malade chez lequel une *paralysie radiale consécutive à une fracture du bras* a été guérie par l'intervention chirurgicale, qui a permis de libérer le nerf enclavé mais non rompu.

M. Morestin rapporte de son côté trois cas de fracture de l'humérus où il a cru devoir opérer sans retard à cause de la paralysie du nerf radial. Sans être partisan du traitement sanglant des fractures en général et de celle du bras en particulier, la constatation de ce symptôme lui paraît une indication pressante d'ouvrir le foyer traumatique. Il considère même que, parmi les circonstances exceptionnelles où l'intervention directe est nécessaire, il n'en est guère où elle soit mieux justifiée et plus utile. Pour M. Morestin, toute fracture du bras accompagnée de paralysie radiale exige une intervention qui sera aussi précoce que possible ; l'opération doit être pratiquée dès que la paralysie est reconnue et, si elle l'est aussitôt après le traumatisme, il n'y a qu'avantage à la faire immédiatement.

M. Quénu ne croit pas que le fait de constater une paralysie radiale doive immédiatement motiver une opération. Il ne croit pas, non plus, à l'englobement aussi rapide du nerf. Chez une de ses malades ayant une fracture de l'humérus avec paralysie radiale, un simple appareil plâtré fut posé et, quatre mois après, la guérison était complète. Il y a probablement, en pareil cas, contusion seulement du nerf.

M. Savariaud appuie l'opinion de M. Quénu. Il a vu des paralysies à la suite de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus ; la plupart ont guéri rapidement sans laisser de traces.

— M. Morestin rapporte à la *Société de Chirurgie* une observation de *gros cal claviculaire simulant une tumeur.*

Le malade offrait à la partie moyenne de la clavicule une tumeur volumineuse, arrondie, semblant englober l'os et remplissant le creux sus-claviculaire. On pensa à un sarcome. Il s'agissait en réalité, ce que prouva l'intervention (en l'espèce une résection totale de la clavicule), d'un très gros cal, déjà ancien, formant un manchon volumineux autour des deux fragments de la clavicule. Le traumatisme antérieur, qui avait fracturé la clavicule, était passé inaperçu. Le malade, alcoolique invétéré, dut faire une chute ignorée, étant en état d'ivresse.

— M. Bonamy relate, à la *Société des Chirurgiens de Paris*, le cas d'un jeune homme de 15 ans atteint de *plaie pénétrante de l'abdomen* par balle de revolver. A la laparotomie, faite à la 22e heure, on trouva une perforation du foie (bord droit), une double perforation de l'estomac, une perforation de l'iléon et un hématome du mésentère. Suture des diverses plaies et drainage. Malgré le refus du chirurgien, le blessé quitta l'hôpital le troisième jour. Bien qu'il n'ait reçu depuis son départ aucun des soins indiqués en pareille circonstance, il a survécu jusqu'au huitième jour.

— M. Lavenant rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* un cas d'*hématocèle extra-péritonéale* consécutive à une grossesse extra-utérine. L'hémorragie ayant infiltré toute la fosse iliaque interne gauche n'était pas résorbée au bout de deux ans, et formait une tumeur qui fut prise pour un sarcome de la fosse iliaque interne. Une laparotomie latérale fit trouver un lithopédion en partie éliminé. Guérison.

— M. Thévenard a observé un cas de *cancer du sein récidivé au niveau des vertèbres dorsales* qu'il expose à la *Société des chirurgiens de Paris.*

La récidive eut lieu, au bout de deux ans, au niveau de la moitié supérieure de la colonne dorsale. Les symptômes étaient très accentués : paraplégie totale des membres inférieurs, paralysie des sphincters, douleurs paroxystiques en ceinture. Les douleurs étant devenues atroces, M. Thévenard pratiqua une laminectomie portant sur les 2e, 3e, 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales. Résultat nul au point de vue mobilité, parfait au point de vue sensibilité, les douleurs ayant totalement disparu. P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de la dilatation des bronches.

I. *Prophylaxie.*

Traitement de la convalescence des bronchites aiguës et des broncho-pneumonies par les balsamiques, les révulsifs, l'arsenic, la gymnastique respiratoire, l'hydrothérapie et la climatothérapie si la bronchite ou la broncho-pneumonie est en cause. Si la dilatation bronchique relève de la syphilis, instituer le traitement spécifique.

La prophylaxie de la dilatation des bronches d'origine tuberculeuse sera identique au traitement prophylactique de la tuberculose pulmonaire.

II. *Traitement proprement dit.*

a) Hygiène : Repos absolu au grand air ; éviter toutefois toute modification brusque de la température ; séjourner par conséquent dans un climat doux, tempéré, sans froid ni brouillard. Recommander au sujet de supprimer les oreillers et de se pencher le matin en avant ou sur le côté pour vider ses bronches.

Dans certains cas même, il est bon de lui recommander, matin et soir, un séjour d'une demi-heure sur un lit d'abord horizontal puis dont le pied est peu à peu soulevé (jusqu'à 35 cent.) (Quincke) ;

b) Alimentation substantielle, mais variée et de facile digestion ; éviter la suralimentation excessive, qui pourrait favoriser l'éclosion de troubles digestifs ou entraîner des hémoptysies ;

c) Traitement interne.

1° Traitement causal.

Traitement de l'arthritisme, du diabète, de la tuberculose, de la syphilis.



2° Traitement symptomatique. Doit viser plusieurs indications :

Favoriser l'évacuation du pus. Dans ce but, on prescrira :

Racine de polygala......	8 grammes.
Eau bouillante.........	150 grammes.

Infuser, passer et ajouter :

Kermès................	0 gr. 15 à 0 gr. 20.
Sirop de tolu	} àà 15 grammes.
Sirop de codéine	

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.
(Ed. LAVAL.)

On peut employer également l'oxyde blanc d'antimoine.

Pour *antiseptiser les crachats* on insistera sur la terpine, le terpinol, l'eucalyptol et le benzoate de soude, car l'acide phénique et la créosote ont l'inconvénient de provoquer des troubles gastriques.

On formulera par exemple :

Cachets.

Terpine...............	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Benzoate de soude......	0 gr. 10 à 0 gr. 25
Codéine...............	un à cinq milligr.

deux à trois cachets par jour suivant l'âge, avant les repas.

Potion.

Sirop de térébenthine...	100 grammes.
Sirop de codéine.......	40 grammes.
Sirop de terpine.......	50 grammes.
Benzoate de soude......	6 grammes.

deux à quatre cuillerées à café ou à soupe par jour suivant l'âge.

Inhalations.

Terpinol..............	25 grammes.
Alcool à 90°...........	100 grammes.

Une cuillerée à café dans une casserole d'eau bouillante ; inhalations de 5 à 10 minutes, 4 fois par jour.

Capsules.

Eucalyptol	0 gr. 10 cent.

2 à 8 capsules par jour.

Lavement.

Créosote de hêtre.......	1 à 2 grammes.
Huile d'amandes douces.	25 grammes.

Un lavement tous les soirs.

Contre la fétidité, on insistera : 1° sur les inhalations d'acide phénique (à l'aide de flacons à deux tubulures) formulées comme suit :

Acide phénique........	5 grammes.
Acide thymique........	1 gramme.
Alcool à 90°..........	20 grammes.
Eau..................	1 litre.

(CONSTANTIN PAUL.)

2° Sur les injections hypodermiques de gaïacol et même les injections intra-veineuses de sérum (50 cc.) chargé de formaline au 1/2000 (MAGUIRE).

L'hyposulfite de soude, 3 à 6 grammes en solution aqueuse donne également d'excellents résultats (Lancereaux).

En cas de défaillance cardiaque, on donnera la digitaline (pour l'enfant, il suffira de proportionner les doses à l'âge du sujet) ; dans certains cas on sera même autorisé à pratiquer la saignée.

Contre *les hémoptysies* on mettra en usage les indications habituelles (immobilité au lit, glace, opium à petites doses et ipéca à dose nauséeuse).

Enfin, on relèvera l'état général du sujet par une médication tonique (quinquina, arsenic, lécithine, huile de foie de morue, etc.)

Puis si la situation le permet, on lui ordonnera un *traitement climatérique* dans le Midi et un *traitement thermal* : arthritiques : Royat, La Bourboule, Mont-Dore, Uriage ; lymphatiques : Allevard, Cauterets, Eaux-Bonnes, etc.

Docteur C. SIGURET.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

LE CHOIX DES VERRES DE LUNETTES.

(*Suite*)

III. — Astigmatisme.

La myopie et l'hypermétropie, types corrigeables par des verres sphériques, laissent supposer que la surface transparente de l'œil, la cornée, a sensiblement, elle aussi, la forme sphérique.

En réalité, il n'en est pas ainsi, la surface cornéenne représente la calotte d'une sphère aplatie latéralement ou verticalement, le plus souvent verticalement, de sorte que si l'on fait deux coupes méridiennes du globe, l'une verticale, l'autre horizontale, ces deux coupes figureront du côté cornéen le profil de deux lentilles, dont l'une, la verticale, aurait un rayon de courbure plus petit que l'horizontale et un pouvoir réfringent plus grand. Les rayons arrivant dans le plan du méridien vertical, formeront donc leur foyer en avant de celui des rayons passant par la méridien horizontal, de sorte qu'un foyer lumineux situé en avant de l'œil aura dans le voisinage de la rétine une traînée lumineuse et non un point (α — στιγμα) pour image. C'est le principe de l'*astigmatisme, qui reste intact après une correction sphérique.*

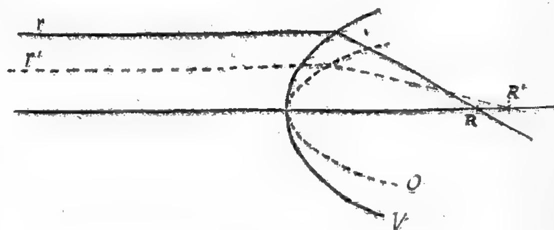


FIG. 1.

Cet *astigmatisme* existe à l'état normal, mais à un degré très léger chez les emmétropes, sans

amener de troubles sensibles de la vue. Il est plus prononcé chez les myopes et les hypermétropes et il est la cause ordinaire des corrections insuffisantes, l'écart de la myopie ou de l'hypermétropie pouvant être assez grand dans deux méridiens perpendiculaires, qui peuvent même être l'un myope, l'autre hypermétrope.

L'astigmatisme, étant presque toujours cornéen, peut être mis en évidence par la déformation des images cornéennes, la cornée se comportant comme un miroir convexe de courbure inégale et donnant une image rapetissée dans le sens du méridien le plus courbe.

Ainsi un cercle aura une image elliptique à grand axe dans le méridien de moins forte courbure.

L'épreuve peut être faite facilement au moyen d'une série de cercles concentriques tracés sur un disque (*Fig.* 2). Le disque est présenté devant l'œil, normalement à la surface cornéenne, à la distance de 30 cm., les cercles du côté de la cornée, et l'observateur regarde à travers un trou percé au centre l'image cornéenne des cercles.

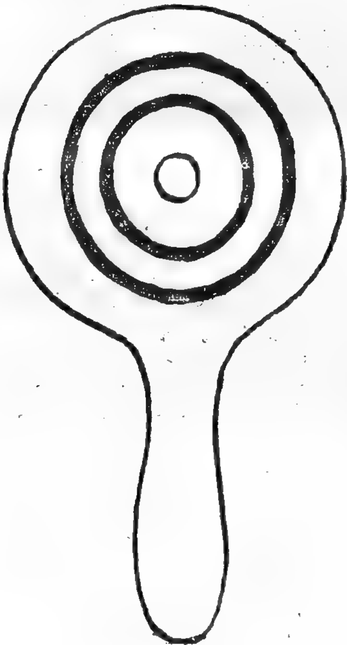


Fig. 2.

Le sens de leur déformation indique le sens de l'astigmatisme et la raison d'une mauvaise correction.

L'astigmatisme peut être mis aussi en évidence par l'épreuve qui consiste à faire examiner à la distance de 5 m., un cadran dont les heures sont reliées au centre par des traits noirs (*Fig.* 3).

Un des rayons paraît épaissi, flou sur les bords et moins noir que les autres. *Sa direction est perpendiculaire au méridien astigmate*. Ainsi un emmétrope dont le méridien vertical a une courbure exagérée verra flou le trait horizontal, un myope ayant le même astigmatisme fera la même remarque à condition toutefois que sa myopie sans correction soit très faible, lui permette de distinguer à cette distance la direc-

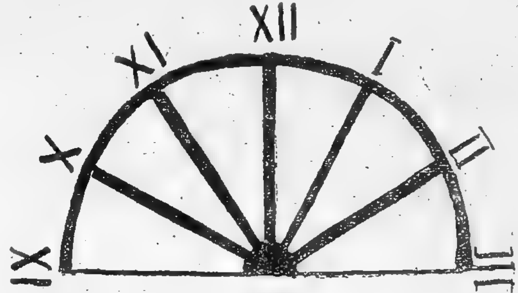


Fig. 3.

tion des rayons ; sinon l'astigmatisme ne deviendra manifeste qu'après correction sphérique. Un myope en effet, voyant mal au loin, ne pourra subir d'épreuve à 5 m. que si sa myopie est, en partie au moins, corrigée, et nous savons qu'une correction de myopie laisse intact l'astigmatisme.

Donc, *pratiquement*, pour cette épreuve, mettre le myope corrigé à 5 m. du cadran et noter le trait vu flou et épaissi ; *il est perpendiculaire au méridien non corrigé*, c'est-à-dire resté myope (méridien dit astigmate). Habituellement ce cadran a un rayon de 15 à 20 cm. environ.

Il est exceptionnel que ce trait vu flou soit bien horizontal ; il est, au contraire, plus ou moins incliné (de quelques degrés) sur l'horizontale (*astigmatisme direct*, normal) ou vu sur la verticale (*astigmatisme inverse*, contraire à la règle), ce qui prouve que les deux méridiens qui ont l'écart de réfraction le plus grand sont eux-mêmes obliques de quelques degrés, mais toujours sensiblement perpendiculaires.

Cet écart de 90° entre les 2 méridiens de réfraction extrême entraîne même une déformation régulière, si l'on peut dire, des images dans les deux épreuves.

Dans ce cas, l'astigmatisme est dit *régulier*, et il est facile de voir qu'en principe il est corrigeable par des verres cylindriques dont l'axe est convenablement dirigé.

Mais il se produit souvent, dans l'épreuve des disques concentriques ou du cadran, que la déformation des images est irrégulière et des plus fantaisistes. Les images des cercles concentriques sur la cornée présentent non pas une déformation elliptique, mais des aplatissements irréguliers et des contours sinueux. De même des rayons du cadran sont vus plus ou moins flous dans toutes leurs parties. Il s'agit là d'un *astigmatisme irrégulier* provenant de réfractions inégales des diffé-

ntes parties d'un même méridien et par suite *non corrigeable.*

En résumé, il faut déceler l'astigmatisme pour connaître la raison d'une mauvaise correction ; il faut distinguer l'astigmatisme régulier corrigeable de l'astigmatisme irrégulier non corrigeable.

Une boîte de verres d'essai, même modeste et sans laquelle il n'est de correction possible d'aucun vice de réfraction, contiendra toujours une série de verres cylindriques. Ces verres sont destinés à la correction de l'astigmatisme et il n'y a aucune raison pour que le praticien ne puisse s'en servir pour faire la correction de quelques cas d'astigmatisme bien régulier et bien caractérisé par les épreuves du disque ou du cadran.

Supposons un myope astigmate ou un astigmate simple, dont un seul méridien a une réfraction exagérée, le méridien perpendiculaire étant emmétrope. Pour l'un et l'autre, l'épreuve indique une courbure exagérée du méridien vertical. Il faut, pour qu'il y ait correction par un verre cylindrique concave, que ce verre (Fig. 4) soit orienté de façon que son axe (l'axe du cylindre qui l'a formé) soit perpendiculaire au méridien à corriger, ce méridien *myope* se trouvant alors

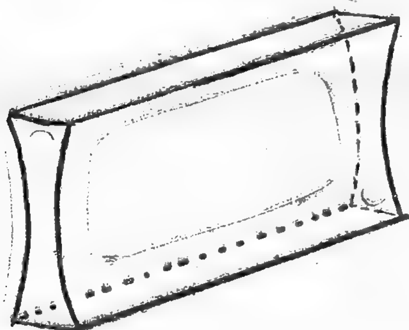


Fig. 4.

avoir dans son plan un verre concave, tandis qu'un verre à surfaces planes et parallèles et par suite sans action sur la marche générale des rayons, se trouve être dans le plan du méridien perpendiculaire, qui, lui, n'a pas besoin de correction. C'est le principe de la correction cylindrique. Le méridien à corriger ayant toujours un excès de correction, c'est-à-dire étant myope, tous les verres sont concaves (plan-concaves ou biconcaves).

Pratiquement :

1° Pour un œil non myope, ayant un astigmatisme simple direct (vertical), placer dans la monture d'essai un cylindrique — 0.50 D ou — 1 D dans l'*axe horizontal* et noter la netteté plus grande de la ligne *horizontale* vue floue du cadran (il va sans dire que l'épreuve du disque ne peut servir à la correction) et *aller jusqu'au verre de — D au-delà duquel les autres rayons deviennent flous* (l'œil accommodant pour le rayon visé, et l'accommodation étant sphérique, c'est-à-dire s'exerçant dans tous les méridiens, les autres rayons que celui visé deviennent eux-mêmes flous quand l'œil s'efforce de voir nettement ce dernier après excès de correction). *Le verre cylindrique — nD sera correcteur.*

2° Pour un astigmate myope.

D'abord chercher le maximum de correction sphérique (voir art. ant. : myopie).

Ensuite noter le sens de l'astigmatisme. Supposons-le cette fois *inverse*, contrairement à la règle, le méridien horizontal étant le plus réfringent. *L'axe du cylindre correcteur sera vertical* et l'épreuve se continuera comme précédemment avec une monture d'essai double dont un cercle sera déjà muni des verres sphériques correcteurs de la myopie.

Ce verre correcteur sera orienté d'une façon invariable devant l'œil. Pour la fixité de l'orientation du verre cylindrique, *préférer les lunettes aux pince-nez.*

De toute façon ne prescrire, même au détriment d'une meilleure correction apparente, *que les verres qui, après épreuve, ne fatiguent pas et ne s'arrêter qu'aux astigmatiques dont la correction est nette.*

Ne pas chercher la correction plus délicate de l'astigmatisme chez les hypermétropes.

Petite correspondance de médecine pratique

A propos du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de formol.

Le Dr Roques-Chabaud, de Mirepoix (Ariège), nous adresse à ce sujet la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Dans votre numéro du 26 novembre vous publiez un article du Dr Poirson relatif à son traitement de la tuberculose pulmonaire. Le Dr Poirson dit : « Mon traitement est basé sur l'action antiseptique des vapeurs de formol ».

Cette phrase m'a suggéré les quelques réflexions qui suivent et que vous pouvez publier si vous le jugez bon.

Le tubercule est un néoplasme à tendance fibrocaséeuse. Suivant que son évolution est fibreuse, il aboutit à la guérison, ou à la caverne si son évolution est caséeuse. Le tubercule est lui-même constitué par plusieurs granulations. Une granulation comprend plusieurs follicules. Un follicule tuberculeux est constitué au centre par une cellule géante autour de laquelle se trouve une couronne de cellules épithélioïdes en grande

partie d'origine leucocytaire. La cellule géante qui résulte de la fusion de plusieurs phagocytes englobe de nombreux bacilles de Koch pour essayer de les détruire.

Or, pour pénétrer jusqu'à ces bacilles, tout produit bactéricide, fût-il sous forme de vapeurs, doit franchir cette barrière de leucocytes et pénétrer intimement le protoplasma et les noyaux de la cellule géante elle-même. Dès lors comment admettre que les bacilles soient détruits sans que d'autres éléments vivants, sans que les leucocytes phagocytaires le soient aussi ?

Un produit chimique ne peut pas détruire les bacilles de Koch d'une lésion pulmonaire sans avoir au préalable détruit la cellule géante qui les renferme. Or, la cellule géante est la barrière qu'oppose la défense de notre organisme à l'invasion microbienne : au lieu de la détruire, il faut la renforcer.

D'ailleurs, il est démontré aujourd'hui que les vapeurs de formol n'ont point une puissance de pénétration considérable.

En supposant même qu'elles ne soient pas nocives pour la défense phagocytaire, il est difficile d'admettre qu'elles puissent suffisamment atteindre les bacilles au sein du tissu pulmonaire malade pour réaliser la stérilisation de l'appareil pleuro-pumonaire.

Pour conclure, je ne nie pas les résultats obtenus par le Dr Poirson dont je n'ai pas expérimenté la méthode. Mais je crois qu'il faut chercher à ce succès une raison autre que l'action antiseptique des vapeurs de formol.

Veuillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

F. ROQUES.

L'emploi du formol en thérapeutique.

Monay, près Sellières (Jura).
Le 2 décembre 1911.

Mon cher confrère,

Je lis dans l'*Echo de la médecine et de la chirurgie*, journal lyonnais, en date du 1er décembre, un entrefilet du docteur Dumarest, du sanatorium d'Hauteville, qui signale la disparition des bacilles par l'usage du formol en inhalations.

Je ne pense pas que la priorité dans l'application de la méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de formol puisse m'être sérieusement contestée.

Voici 3 ans que j'applique la méthode avec succès et les documents abondent, que je pourrais produire, qui le prouvent.

Je pourrais citer le docteur Mignon, auquel j'en parlais incidemment, il y a deux ans, lors d'une atteinte personnelle de bacillose, le docteur Pic, professeur à la Faculté de Lyon, qui m'avait promis de faire des essais dans son service, le docteur Hallopeau, de Paris, qui a dû soumettre à mon traitement deux de ses malades et d'autres encore qu'il serait fastidieux d'énumérer.

J'ai découvert également au formol, en chirurgie, en obstétrique et en gynécologie, des applications nouvelles, appelées, je crois, à quelque retentissement scientifique que je compte publier quand elles auront subi une mise au point nécessaire.

Vous trouverez ci-inclus un prospectus qu'a dû recevoir le docteur Mignon dans les premiers mois de 1910.

J'espère que le *Concours* voudra bien me prêter la publicité de ses colonnes pour cette revendication de priorité et j'en remercie d'avance la rédaction.

Croyez à mes meilleurs sentiments de bonne confraternité.

Docteur A. POIRSON.

PARTIE PROFESSIONNELLE

SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS MÉDICAL "

Séance du Conseil de Direction du 14 Décembre 1911

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Diverneresse, Noir, Boudin, Vimont.

Excusé : M. H. Cézilly.

Le Conseil prend connaissance de plusieurs articles qui lui sont adressés relativement au résultat des élections du 18 novembre pour le Conseil de l'Union des Syndicats. Il constate que ces articles, si bien intentionnés qu'ils soient, aboutiront fatalement à faire naître ou mieux à entretenir des polémiques d'un caractère inévitablement personnel comme le furent les élections elles-mêmes. Il décide, dans ces conditions, de ne plus publier les communications de ce genre et de n'accueillir que des documents entraînant études et discussions utiles, tels que projets précis, statuts, etc.

Le Conseil passe ensuite à l'exécution des vœux de la dernière assemblée générale.

Il constitue pour la *refonte complète du tarif Jeanne*, une Commission composée de MM. Jeanne, auteur du premier tarif ; Noir, auteur d'une enquête sur la question ; Marichal (de Thoissey (Ain), dont le journal publie d'intéressantes communications à ce sujet et qui sera représenté par le Dr Boudin ; Chapon et Vimont rapporteurs de la question des honoraires au Con-

grès de Lille ; Bresselle, rapporteur du même sujet au Congrès de Paris ; Barbanneau, vice-président de l'Union des Syndicats ; Tourtourat, délégué des Syndicats à la Commission du Tarif des accidents du travail. M. Jeanne est chargé de presser le plus possible les travaux de cette commission.

Le Conseil décide que, simultanément, une Commission composée de MM. Boudin, Diverneresse, Duchesne et Dumesny, procédera à une refonte du *Vade-mecum des accidents du travail.*

M. le Dr Diverneresse, ainsi qu'il en avait été chargé, a recueilli et présente les *vœux relatifs à la modification des lois sur les accidents du travail*, et dont nous donnons l'énumération qui sera transmise à l'Union des Syndicats médicaux. Ces vœux ont été adoptés par diverses Sociétés médicales et par le Congrès de l'Association d'hygiène des travailleurs du mois d'août dernier, dont faisaient partie les délégués des syndicats médicaux.

Le Conseil rappelle qu'à notre Assemblée générale, M. le Dr Dubuisson, vice-président de l'Union et député du Finistère, a offert de les déposer à la Commission d'assurance et de prévoyance sociale dont il fait partie.

Ils sont ainsi conçus :

Que la loi intervienne pour organiser le libre choix de l'avocat et qu'elle impose la présence de ce dernier à tous les actes de la procédure ;

Qu'elle interdise l'institution de médecins d'assurance et confie le contrôle du traitement des accidentés à des praticiens désignés par le Ministre du Travail sur présentation des Syndicats médicaux et s'engageant à ne pas faire de clientèle ;

Que la loi supprime l'appel en conciliation devant le Juge de paix ;

Qu'elle rende le jugement du Juge de paix exécutoire sur minute ;

Qu'elle oblige le Juge de paix à notifier sans délai aux experts leur désignation, et que ceux-ci se voient imposer un délai de six jours au maximum pour déposer leur rapport, sous peine de nullité de l'expertise ;

Qu'elle oblige le Juge de paix à faire procéder à une contre-expertise lorsque le blessé aura un certificat de trois médecins opposés à l'avis de l'expert ;

Qu'elle décide qu'aucun médecin d'assurance ne peut être désigné comme expert, en aucun cas ;

Qu'elle rende le demi-salaire exigible dans tous les cas dès le premier jour de l'accident ;

Lorsqu'en cas d'incapacité permanente, le Tribunal fixe une provision inférieure au demi-salaire accordé par le juge de paix, qu'il soit tenu de motiver sa décision ;

Que l'assureur soit tenu de tous frais d'hospitalisation au tarif courant et des soins médicaux donnés à l'hôpital, conformément au tarif Dubief ;

Que l'article 5 de la loi de 1898 soit modifié de telle façon qu'il oblige la mutualité substituée au patron à remplir vis-à-vis du médecin choisi par le blessé les mêmes obligations qui incombent au patron ;

Faire un paragraphe spécial de la 2e phrase du paragraphe 5 de l'article 15 de la loi actuelle et ainsi conçue : *ces décisions sont susceptibles de recours en Cassation pour violation de la loi* ;

Que l'article 30 de la loi punisse toute personne qui aura, *d'une manière quelconque*, porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ;

Que tout accident survenu sur le lieu ou à l'occasion du travail soit présumé accident du travail ;

Que la fixation des indemnités soit organisée dans un sens plus conforme à la justice.

Ces différents vœux sont présentés à la fois par les Syndicats médicaux et par les Syndicats ouvriers : médecins et représentants des blessés du travail voisinaient d'ailleurs en nombre imposant dans le Congrès d'août dernier ci-dessus mentionné.

Le Conseil désigne M. le Dr Courgey (d'Ivry) pour assister, s'il y a lieu, le Dr Vimont dans l'étude devant l'A. G. de la création de l'*Assurance-décès* et de l'*Assurance dotale*, comme branches de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'assistance médicale gratuite dans le département du Nord.

Un de nos confrères du département du Nord nous a communiqué le fait suivant que nous relatons sans commentaires, heureux de pouvoir, *une fois de plus*, renseigner ceux qui ont la mission difficile d'assurer la défense professionnelle dans ce département. J. N.

Le docteur M... prescrit à un indigent atteint de blépharite ciliaire une pince à épiler (valeur 1 fr. 50).

Le pharmacien, après avoir fait viser l'ordonnance en question, fournit la pince et naturellement en réclame le prix à la Préfecture en même temps que les autres fournitures.

Le Préfet répond que l'appareil, n'étant pas porté au tarif de l'A. M. G., ne doit pas être payé ; que *d'ailleurs cet appareil doit être la propriété du docteur.*

Cela ne fait pas l'affaire du pharmacien qui demande alors au préfet qui doit payer ? On lui répond par la note suivante (textuelle) :

Le Préfet du Nord

à Monsieur X, pharmacien à Y.

Monsieur,

En réponse à la note que vous m'avez adressée, j'ai l'honneur de vous informer que les *appareils*

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

à des acquittements de droits considérables.

Quels sont exactement les délais auxquels on peut prétendre, à quelle date peut-on reporter sa libération complète et définitive, sans recourir à une tolérance spéciale ou à une faveur extraordinaire, surtout à quelles conditions et avec quelles démarches ou formalités obtient-on ces délais ?

Vous comprenez qu'on ne désire pas se gêner plus qu'il ne convient pour se dépouiller et qu'on ne soit pas pressé de devancer le moment précis où l'on est obligé de s'exécuter. (*Journal officiel*, 9, 10 avril 1911, Discussion du budget).

Antérieurement, on devait, je crois, s'acquitter dans les 6 mois qui suivent le décès, je désirerais connaître la prolongation accordée par la disposition invoquée au début. Dans la suite, plus d'un d'entre nous pourrait être heureux d'en bénéficier si le cadeau vaut la peine.

Réponse. — Voici le texte même, suffisamment clair, de l'article 7 de la loi du 13 juillet 1911 (Budget) :

« Sur la demande de tout légataire ou donataire ou de l'un quelconque des cohéritiers solidaires, le montant des droits de mutation par décès pourra être acquitté en plusieurs versements semestriels égaux, dont le premier aura lieu au plus tard six mois après l'expiration du délai pour souscrire la déclaration de succession.

« Ces versements sont fixés au nombre de deux, lorsque les droits de mutation sont inférieurs à 10 pour cent des parts nettes recueillies soit par tous les cohéritiers solidaires, soit par chacun des légataires ou donataires. Ils sont portés au nombre de 4 lorsque les droits sont égaux ou supérieurs à 18 pour cent des dites parts nettes.

« Les intérêts sur les droits différés sont calculés au taux légal et ajoutés à chaque versement sous les imputations de droit.

« La demande de délai sera adressée au receveur de l'enregistrement du département où la succession doit être déclarée. Cette demande n'est recevable que :

« 1° Si elle parvient au receveur deux mois au moins avant l'expiration du délai fixé pour la déclaration ;

« 2° Si elle est accompagnée d'un projet de déclaration de succession ;

« 3° Si elle contient la constitution d'une garan-

Suite page XIV.

non tarifés comme d'ailleurs *les médicaments*, doivent rester à la charge *de qui les a ordonnés.*

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Préfet,
le Conseiller de Préfecture délégué,
Signé : Illisible.

Toute réflexion nous paraît inutile sur ce fait.

ÉCONOMIE DOMESTIQUE

Sur les conditions économiques de la vie du médecin lyonnais.

M. le Dr Trévoux, trouvant trop faibles les chiffres publiés pour Lyon, chiffres émanant d'un médecin lyonnais, dans notre enquête sur les conditions économiques de la vie du médecin, a fait lui-même pour cette ville le travail, qu'avec son assentiment nous reproduisons ici. Les critiques de M. le Dr Trévoux ne font d'ailleurs que fortifier notre conclusion, à savoir qu'un jeune homme sans ressources commet une imprudence en s'engageant dans la carrière médicale.

Les chiffres que nous avons demandés à nos correspondants devaient être *évalués au minimum* ; ceci explique pourquoi un certain nombre de nos confrères se sont accordés à les trouver trop faibles.

Avouons néanmoins que la moyenne de 8.500 fr., que doit gagner un médecin français vivant seul pour boucler au plus juste son budget, est déjà un total assez coquet. J. Noir.

Dans les numéros du *Concours médical* du 1er et du 8 octobre 1911, le Dr Noir donne les résultats d'une enquête sommaire sur les conditions économiques de la vie du médecin français. Cette enquête a été faite au moyen d'un referendum auquel ont répondu un certain nombre de praticiens des diverses régions de la France, exerçant soit à la ville, soit à la campagne. D'après les données de ses correspondants, le Dr Noir arrive à établir pour toute la France, une somme de 8.500 francs, en chiffre rond, comme moyenne de ce que doit gagner annuellement un médecin français *célibataire* pour couvrir ses frais. Cette somme de 8.500 francs est une moyenne, et il y aurait de très grandes différences, suivant les régions, pour la somme nécessaire à la vie du médecin, d'après les renseignements reçus.

Nous n'avons pas les moyens de contrôler l'exactitude de cette moyenne, mais l'un des chiffres qui ont servi de base pour l'établir ne nous paraît pas exact ; il est certainement fort au-dessous de la vérité.

Parmi les réponses reçues par le Dr Noir, se trouvent 9 lettres émanant de 7 grandes villes, au nombre desquelles Lyon.

Si on totalise les chiffres indiqués par le Dr Noir comme fournis par son ou ses correspondants lyonnais, on arrive à trouver qu'une somme de 4.780 francs est suffisante pour faire vivre annuellement un médecin célibataire à Lyon ; de là découlerait cette conclusion qui étonnera certainement la plupart des Lyonnais, c'est que leur ville serait celle de France où la vie reviendrait le moins cher. *O fortunati nimium .... Lugdunenses* !

Dans cette somme de 4.780 francs, le loyer compte pour 1.000 fr., les impôts pour 180 fr. une domestique pour 1.000 fr., les frais de déplacement pour 500 fr., l'entretien et l'alimentation pour 1.500 fr. ; il reste une somme de 600 fr. pour faire face aux cotisations aux sociétés, souscriptions, assurances diverses, journaux, achat de livres et d'instruments, frais de correspondance, etc.

A première vue, on peut se rendre compte qu'un tel budget est trop faible pour permettre à un médecin de vivre à Lyon même. Peut-être pourrait-il suffire à un médecin habitant à la périphérie de la ville, dans un quartier ouvrier, et ayant toute sa clientèle dans un rayon très restreint autour de son habitation, ce qui est bien rare. Il est très peu probable que, même dans ces conditions, un médecin puisse se contenter d'un pareil budget ; la plupart du temps, dans les faubourgs, si les loyers sont moins chers, les autres conditions de la vie ne changent pas beaucoup et souvent les frais de déplacement augmentent considérablement à cause de la moindre densité de la population, et qui force le praticien à avoir une automobile ou une voiture.

Le chiffre de loyer varie, d'après le correspondant du Dr Noir, entre 800 et 1.000 francs. Quiconque habite Lyon se rendra compte immédiatement que c'est là le prix d'un appartement situé dans un quartier un peu excentrique ; mais tout le monde ne peut pas se loger dans les faubourgs. Il est impossible au centre de Lyon de trouver dans une rue décente, un logement convenable pour ce prix-là. Un médecin, même célibataire, a besoin d'un appartement de 4 pièces à un premier ou un 2e étage ; il ne peut monter plus haut, la plupart des maisons actuelles n'ayant pas d'ascenseur. Un appartement réunissant ces conditions coûte de 1.200 à 1.500 francs ; il ne faudrait pas connaître, en effet, nos bons propriétaires pour croire qu'ils puissent nous réserver d'autre faveur que celle de nous faire payer peut-être un peu plus cher qu'à un locataire ordinaire, parce qu'ils savent que nous sommes obligés de garder un certain décorum, que nous ne pouvons pas loger n'importe où, et enfin que, lorsque nous sommes installés depuis quelque temps, nous n'aimons pas quitter la place où nos clients ont l'habitude de venir nous chercher. Le chiffre de 1.200 francs paraît donc devoir être le minimum de ce que coûte un loyer médical à Lyon.

Les impôts sont proportionnels au loyer ; les 180 francs indiqués pour Lyon sont de beaucoup inférieurs à la réalité, même avec un loyer de 800 francs. Tout médecin a à payer sa cote personnelle et mobilière, sa patente, et, à Lyon, il

faut y ajouter les taxes de remplacement pour les octrois. Pour un loyer de 1.200 francs, un médecin lyonnais doit verser chaque année au percepteur une somme d'environ 370 francs (nous disons environ, parce que chacun de nous sait que, sans que son loyer change, la somme de ses impositions, grâce aux centimes additionnels, s'élève régulièrement chaque année).

Le Dr Noïr pense qu'un médecin célibataire peut se contenter d'une servante, et il nous alloue pour elle une somme de 1.000 francs : 400 francs pour ses gages et 600 francs pour sa nourriture et son entretien. Ces chiffres sont plutôt faibles. Un médecin célibataire peut bien se contenter d'une domestique, mais il faut que cette domestique réunisse certaines conditions qui lui permettent d'exiger des gages plus élevés, et cela justement parce que le médecin est célibataire. Tout d'abord, il faut qu'elle ne soit pas trop jeune ; elle doit avoir l'âge canonique, si son maître ne veut pas s'exposer aux critiques indignées de toutes les bonnes langues du quartier. Elle doit avoir une certaine tenue et posséder une instruction suffisante pour lui permettre de recevoir les clients et d'inscrire leurs adresses avec les renseignements qu'ils lui donnent. Une domestique, remplissant toutes ces conditions, demandera des gages assez élevés, de 40 à 50 francs par mois. Avec la somme nécessaire à sa nourriture et à son entretien, il faut compter de ce chef sur une dépense annuelle de 1.200 francs au minimum.

Les moyens de locomotion à la ville absorbent une somme de 500 francs, d'après le Dr Noir. On peut garder ce chiffre comme un minimum suffisant à Lyon ; mais il est peu de médecins qui puissent dépenser moins chaque année en tramways, voitures ou chemins de fer pour les courses pressées ou les visites à faire en dehors de la ville. Il est bien entendu que l'automobile n'entre pas dans les véhicules permis par ce budget ; seule la démocratique bicyclette est autorisée, malheureusement elle est peu pratique pour la ville.

Le chiffre qui, dans l'enquête du Dr Noir, paraît le plus éloigné de la réalité, c'est celui prévu pour les frais personnels du médecin, c'est-à-dire son alimentation, ses vêtements et son entretien : 1.500 francs, à Lyon, pour le tout, alors qu'à Paris il s'élèverait à 3.600 francs. Il serait même inférieur à celui nécessaire pour vivre à la campagne, puisque, d'après l'enquête du Dr Noir, il résulte que ce chiffre n'est inférieur à 1.500 francs que dans quatre départements et qu'il n'y a que la ville de Castres où un médecin puisse se contenter de 1.420 francs pour ses frais personnels. Qui se serait jamais douté que la vie fût si bon marché à Lyon, surtout cette année où tous nos fournisseurs augmentent leurs prix dans des proportions considérables, sous prétexte de sécheresse, d'épizooties, etc. Il est juste de reconnaître que, les années précédentes, ces mêmes fournisseurs avaient invoqué la trop grande humidité pour justifier déjà des majorations de prix appréciables.

Lyon a la réputation d'une ville où l'on vit bien, où l'on se nourrit bien ; mais ce n'est pas pour rien.

Les dépenses de vêtements et d'entretien sont à peu près les mêmes à la ville et à la campagne, car, si le médecin de ville est astreint à une tenue plus correcte, le médecin de campagne est obligé de renouveler plus souvent sa garde-robe qui s'use beaucoup plus rapidement dans ses déplacements continuels. Mais, au point de vue alimentation, l'avantage est certainement du côté du médecin de campagne qui peut récolter dans son jardin tous les fruits et légumes dont il a besoin pour son usage personnel, d'où il résulte pour lui une notable économie.

Les octrois de Lyon ont été supprimés, ce qui aurait dû faire baisser le prix des objets d'alimentation ; mais il n'en est guère résulté pour nous qu'une augmentation d'impôts sous la forme de taxes dites de remplacement ; nos fournisseurs n'ont nullement diminué le prix de leurs denrées sous prétexte qu'eux aussi étaient astreints à payer ces mêmes taxes. Aussi,tout en admettant que le coût de la vie soit meilleur marché à Lyon qu'à Paris, on peut affirmer, sans crainte d'erreur, qu'il est au moins aussi élevé à Lyon qu'à la campagne, et qu'un médecin célibataire ne peut pas faire face aux dépenses indispensables d'alimentation et d'entretien, sans y consacrer au moins une somme de 2.500 francs par année.

Le budget accessoire prévu par le Dr Noir pour les inscriptions, cotisations, assurances diverses, journaux, achats de livres d'instruments, etc., a été fixé par lui à 600 francs. On peut, à la rigueur, le maintenir à ce chiffre minimum, bien que la somme fixée pour l'assurance-incendie, 15 francs, soit manifestement trop faible et que rien n'ait été prévu pour les assurances sur la vie ou les caisses de retraite.

Si on additionne les diverses sommes que nous venons de reconnaître comme étant le minimum indispensable à un praticien lyonnais, on trouve :

Loyer	1.200
Impositions	370
Domestique	1.200
Moyen de locomotion	500
Alimentation et entretien	2.500
Budget accessoire	600
Total	6.370

soit une somme de 6.370 francs nécessaire à un médecin célibataire, de goûts très modestes, pour vivre à Lyon, somme un peu plus élevée que la moyenne indiquée par le Dr Noir pour la France entière, soit 5.920 francs, mais surtout infiniment plus forte que celle indiquée par lui comme suffisante pour Lyon, soit 4.780 francs.

A cette somme de 6.370 francs, représentant les frais du médecin lyonnais, il y a lieu d'ajouter celle nécessitée par le paiement des intérêts et l'amortissement du capital, qu'il a employé soit à ses études, soit à son installation, soit à attendre une clientèle suffisamment nombreuse et rémunératrice pour lui permettre de vivre. Ce capital est évalué par le Dr Noir à 32.000 francs : frais d'études, 21.000 francs, représentant 7 années à 250 francs par mois ; — frais d'installation, 5.000

francs ; — pertes subies pendant les premières années, 6.000 francs.

On peut accepter les deux premières évaluations, celles se rapportant aux frais d'études et d'installation, bien que les frais d'études ne comprennent que les études à partir du baccalauréat. En revanche, il faut augmenter le chiffre des pertes subies pendant les premières années ; il est certainement trop faible pour une ville comme Lyon.

Ce chiffre a été donné au Dr Noir par les médecins de Castres comme étant celui se rapportant à leur ville, et le Dr Noir l'a pris comme moyenne pour la France entière. Mais ce qui peut être exact comme moyenne générale de la France ne l'est plus du tout quand il s'agit de Lyon en particulier. Lyon est une ville importante où les praticiens sont nombreux ; il faut plusieurs années à un jeune médecin, frais émoulu de la Faculté, pour arriver à se faire une clientèle, et combien encore y en a-t-il qui, au bout de 10 ans de pratique, n'arrivent que bien juste à gagner cette somme de 6.370 francs ! Aussi, il paraît beaucoup plus exact de prendre pour Lyon un chiffre intermédiaire entre celui de 8.000 francs, indiqué par le Dr Déjace, de Liége, pour les villes de Belgique, et celui de 12.700 francs, indiqué par le Dr Chapon, pour Paris. Cette perte des premières années d'exercice, à Lyon, varie en effet, entre 8.000 et 12.000 francs, d'après notre expérience personnelle et les renseignements fournis par quelques-uns de nos confrères, ce qui donne comme moyenne, 10.000 francs. Ces 10.000 fr. ajoutés au 26.000 francs de frais d'études et d'installation, forment un capital de 36.000 francs engagé par tout médecin dès qu'il ouvre son cabinet, capital qu'il devra amortir et dont il devra payer ou récupérer les intérêts suivant qu'il l'aura emprunté ou qu'il l'aura pris sur son propre patrimoine.

Le Dr Noir prévoit une période de 25 années pour amortir ce capital, ce qui nécessite l'adjonction d'une somme de 1.440 francs au budget annuel du praticien. Les intérêts calculés à 4 % exigent annuellement une nouvelle somme de 1.440 francs ; cette dernière somme ne devrait pas être ajoutée pendant 25 ans en réalité, car elle doit diminuer avec l'amortissement ; mais, comme dans le manque à gagner des premières années, il n'a pas été tenu compte du capital engagé, on peut la maintenir telle quelle en compensation.

Amortissement du capital et intérêts s'élèvent donc ensemble à 2.880 francs ; ajoutés aux 6.370 francs de frais annuels, le tout forme un total de 9.250 francs.

Telle est la somme que devra gagner et *toucher* chaque année, à Lyon, un médecin célibataire pour arriver à faire face à ses affaires, cela sans se permettre la moindre distraction, le moindre voyage d'agrément et surtout sans être malade, car les frais de maladie ne sont pas prévus dans ce budget, l'assurance contre la maladie ne compensant jamais la perte de la clientèle. Cette somme est un peu plus élevée que celle donnée par le Dr Noir comme moyenne pour toute la France, soit 8.500 francs ; mais surtout elle dépasse de beaucoup les 7.200 francs indiqués comme suffisant pour Lyon par son correspondant lyonnais.

On peut maintenant se demander s'il y a beaucoup de médecins, même à Lyon, qui arrivent à gagner cette somme. Il est permis d'en douter, surtout si on se rapporte à cette statistique, publiée, il y a quelques années, par le Dr Vigne, dans l'*Avenir médical*, de laquelle il résulte que, sur les 20.000 médecins français, il y en a 40 % qui ne gagneraient pas 5.000 francs par an et seulement 20 % qui feraient plus de 10.000 francs de clientèle chaque année. En admettant, ce qui est vrai, que le médecin soit payé plus cher à la ville qu'à la campagne, et que, par suite, la statistique du Dr Vigne doive être moins pessimiste pour le cas particulier d'une ville comme Lyon, il n'en paraît pas moins probable que près de la moitié des médecins lyonnais ne doivent pas arriver à gagner les 9.250 francs nécessaires à leur budget et doivent vivre sur leur capital.

Quelle est la conclusion pratique à tirer de cette étude d'économie domestique ? Quels sont les moyens à employer pour remédier à cette difficulté de vivre pour le médecin ? Il ne faut pas songer à la limitation du nombre des médecins, encore moins à l'interdiction de l'accès de la profession à tous les jeunes gens ne possédant pas une fortune personnelle suffisante pour ne pas compter sur le rapport de leur clientèle. Ces deux moyens sont impraticables. Vient ensuite le mariage, le mariage riche bien entendu, mais ce ne peut être que l'exception et ce n'est pas toujours un remède suffisant. Si la femme apporte une dot même élevée, elle apporte en même temps des charges nouvelles, et, lorsque les enfants arrivent, il est bien rare que les revenus de la femme puissent suffire à compenser les dépenses.

Le seul moyen pratique pour arriver à couvrir nos frais, c'est de faire comme tous ceux qui nous entourent ; nous n'avons qu'à imiter nos fournisseurs : ils ont considérablement augmenté leurs prix, tandis que les honoraires que nous demandons à nos clients sont sensiblement les mêmes depuis une trentaine d'années au moins. Ne nous laissons pas intimider par les réclamations indignées de tous ceux intéressés à ne nous payer que le moins possible, et surtout ne nous laissons pas leurrer par les grands mots de philanthropie, de sacerdoce médical, etc. ; tout cela ne rapporte rien, pas même un bout de ruban. Puisqu'il est admis par tout le monde que le prêtre doit vivre de l'autel, lui qui a fait vœu de pauvreté et de renoncement, à plus forte raison faut-il que le médecin, qui n'a prononcé aucun vœu, puisse vivre et vivre largement de sa profession.

Le relèvement des honoraires médicaux est donc actuellement le seul remède que nous puissions employer pour lutter contre les charges toujours croissantes que nous avons à supporter. Ce relèvement ne dépend que de nous, de notre bonne volonté et surtout de notre entente et de notre union, que nous appartenions ou non à un Syndicat.

F. Trévoux,

In *Bulletin off. du Synd. des médecins du Rhône*, 1er nov. 1911.

SOU MÉDICAL

Séance du 7 décembre 1911.

Le Conseil prononce l'admission, sous réserve de la publication statutaire, des membres ci-après, pour prendre effet à partir du 1er janvier 1912.

Admissions.

2459 Dr Durand, à Donzy (Nièvre).
2460 Dr Boda, à Catillon-sur-Sambre (Nord).
2461 Dr Lambour, à Paris, 2 rue Bréguet.
2462 Dr Guinoiseau, à Saint-Dizier (Hte-Marne).
2463 Dr Duraud, à Malakoff (Seine).
2464 Dr Meneault, à Pont-de-Vaux (Ain).
2465 Dr Louis, à Bourg (Ain).
2466 Dr Chaintre, à Dôle (Jura).
2467 Dr Hercouët, à Saint-Mandé (Seine).
2468 Dr Masmonteil, à Nice (Alpes-Maritimes).
2469 Dr Gellé, à Paris, 19, rue de St-Pétersbourg.
2470 Dr Chevillotte, à Paris, 101, avenue de Clichy.
2471 Dr Duby, à Bourg (Ain).
2472 Dr Dufrèche, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure).
2473 Dr Levrier, à Talence (Gironde).
2474 Dr Gruber, à Dôle (Jura).
2475 Dr Poirson, à Saint-Denis (Seine).
2476 Dr Laigre, à La Baule (Loire-Inférieure).
2477 Dr Sicard, à Mazargues (Bouches-du-Rhône).
2478 Dr Lussault, à Sommières-du-Clain (Vienne).
2479 Dr Choyau, à la Roche-sur-Yon (Vendée).
2480 Dr Chevreux, à Vichy (Allier).
2481 Dr Bauchet, à Thévet-Saint-Julien (Indre).

Le Dr L. a obtenu, avec l'appui du « Sou », gain de cause en appel d'un jugement de juge de paix, pour *honoraires d'accident du travail* ; mais il a été condamné à payer les frais de 32 citations sur les 33 qu'il avait lancées, puisqu'il s'agissait de 33 accidents différents.

Bien que cette décision soit contraire à la jurisprudence et notamment à un arrêt de la Cour de Cassation, Me Gatineau est d'avis d'accepter ce jugement, pour des raisons de procédure.

En conséquence, le Conseil ordonnance un bordereau de 150 fr. pour les honoraires de l'avocat.

Le Dr S. avait été condamné en correctionnelle sous prétexte d'*injures à un magistrat*, parce qu'en pleine audience de justice de paix, il avait, à juste titre, donné un démenti au juge de paix qui interprétait, d'une façon par trop partiale, la loi sur les accidents du travail.

Avec l'appui moral et pécuniaire du « Sou », notre confrère a fait appel. La Cour a dû condamner, parce que légalement les procès-verbaux des audiences du juge de paix sont tenus pour vrais, jusqu'à inscription en faux. Or, cette procédure de l'inscription en faux est très délicate et très périlleuse.

Mais, obligée de condamner, la Cour ne l'a fait que pour le principe en ne donnant que le minimum de l'amende avec application de la loi de sursis.

C'est donc, pour notre adhérent, un acquittement moral.

Le Conseil ordonnance un premier bordereau de 300 fr. pour paiement des honoraires de l'avocat.

Le Dr C. a obtenu la condamnation d'un client qui l'*avait giflé* en pleine rue, après l'avoir accusé d'avoir tué sa femme. Notre adhérent demande 500 fr. pour les honoraires de son avocat.

Le Conseil, tout en reconnaissant le service rendu par l'avocat, estime que la somme réclamée est très exagérée, car l'affaire était peu compliquée, étant donné le flagrant délit. Aussi prie-t-il son adhérent de demander à l'avocat de réduire ses prétentions, la caisse du « Sou » ne pouvant pas ne servir qu'à payer des honoraires royaux et ne pouvant accepter cette dépense dans sa totalité.

Pour éviter pareilles demandes, qui ont trop de tendance à se renouveler, parce qu'on croit fort riche la caisse du « Sou », le Conseil décide qu'à l'avenir, on fixera d'avance la somme qui sera accordée pour les honoraires des avocats dans chaque affaire.

Le Dr B., vainqueur en première instance, dans un procès *en diffamation* que lui intentait un de ses confrères, nous informe que son adversaire le traîne en appel.

Appui moral et pécuniaire lui est accordé.

Les Drs B. et B. sont traînés en appel d'un jugement de juge de paix, leur donnant gain de cause dans une affaire de recouvrement d'*honoraires pour accident du travail*. Appui pécuniaire est accordé, en limitant à cent francs la contribution du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr G. obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre, en vertu du droit commun, une note d'honoraires pour soins donnés, à la demande d'un patron, selon des circonstances particulières, à son ouvrier blessé.

Le « Sou » contribuera pour 150 fr. dans les honoraires de l'avocat.

MÉDECINE PUBLIQUE

Un bon guide du médecin praticien pour l'assistance, la protection des enfants et l'inspection des Écoles (1).

Nous réclamons avec énergie l'application du libre choix du médecin par le malade dans les services de médecine publique ; quand les circonstances ne permettent pas ce libre choix, nous exigeons la collaboration de tous les médecins pra-

(1) Dr Ravon. — Guide du médecin examinateur de l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables et du médecin inspecteur des enfants protégés et assistés et des Écoles. Berger-Levrault, édit. Paris, rue des Beaux-Arts, 5 ; Nancy, 18, rue des Glacis. Prix : 5 francs.

ticiens qui le désirent à ces services publics ; mais si nous avons la prétention d'imposer cette juste répartition des fonctions officielles entre tous les médecins ; si, dans le désir d'éviter la fonctionnarisation à outrance du praticien et empêcher qu'il soit réduit au vasselage et même au servage politique, nous voulons obtenir à tout prix la disparition progressive et complète des monopoles médicaux, il est de notre devoir de montrer que tous les *médecins sont capables* de remplir les fonctions dont ils doivent être chargés.

De ces fonctions personne ne leur a parlé à la Faculté de médecine, où l'on enseigne évidemment beaucoup de choses, mais sans trop se soucier de ce qui sera plus particulièrement utile. Il faut donc que le praticien s'instruise lui-même et seul, de tout ce qui concerne la médecine publique. Pour ce faire, il a besoin d'un guide, mais d'un guide complet, clair et précis, d'un guide vécu, si je puis m'exprimer ainsi. Notre confrère le Dr E. Ravon, médecin de l'assistance publique à Saint-Etienne, vient de le réaliser. Il a, en 400 pages, réuni tout ce qui peut intéresser le praticien en matière d'assistance, d'inspection des enfants et d'inspection des écoles, en y ajoutant ses vues personnelles, fruits de plus de dix ans d'expérience.

Ce livre était nécessaire, comme le fait bien ressortir, dans la Préface, notre distingué confrère, le sénateur Emile Reymond. En voulez-vous une preuve entre mille, la voici :

Les médecins praticiens ont réclamé le droit de faire les certificats exigés par la loi de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables. Dans certains départements, les Préfets ont nommé des médecins certificateurs. Protestations du Corps médical, démarches syndicales, demandes d'explications : les Préfets se défendirent et produisirent un nombre notable de certificats mal rédigés ou par trop sommaires qui ne permettaient pas l'application régulière de la loi. Ces certificats prouvaient éloquemment que certains praticiens ne savaient pas ce qu'il fallait certifier et légitimaient la désignation de médecins certificateurs. Si ces confrères avaient eu à leur disposition le Guide du Dr Ravon, ils n'auraient pas fourni d'aussi bons arguments aux politiciens et aux administrateurs, dont l'intérêt est d'avoir bien en main dans leur région un certain nombre de médecins fonctionnaires qui, pour conserver leur situation, deviennent d'excellents agents électoraux et peuvent parfois servir à l'exécution de plus d'une basse besogne.

Nous n'entreprendrons pas l'analyse de l'ouvrage si complet de M. Ravon. Il doit être le livre de chevet de tous les praticiens dans les départements où le libre choix est appliqué ; mais dans un coup d'œil rapide, nous allons en indiquer les principaux chapitres.

M. Ravon commence par établir une distinction entre deux ordres de médecins et sa distinction se base sur des idées que nous avons toujours défendues.

Il faut tout d'abord considérer le *médecin traitant*, qui doit être absolument et librement choisi par le malade. A côté, il y a le *médecin contrôleur* que M. Ravon, en médecine publique, appelle le *médecin inspecteur* qui, lui aussi, doit être soumis au principe du libre choix. Mais ce choix doit être fait par celui qui a besoin de faire contrôler et de faire inspecter, soit pour s'assurer du bon emploi de ses deniers, soit en exécution d'une loi qui réclame cette inspection ou ce contrôle. La nécessité du contrôle est le corollaire indispensable du principe du libre choix. Tout ce que le corps médical est en droit d'exiger, c'est que ces fonctions d'inspecteurs ou de contrôleurs soient aussi équitablement réparties que possible entre le plus grand nombre de praticiens capables de les remplir.

Ces médecins inspecteurs ne sont pas administrativement de véritables fonctionnaires, ce sont des auxiliaires, des délégués commis par certains fonctionnaires (préfets ou maires), qu'ils secondent par leur compétence spéciale. Aussi nous croyons que notre confrère le Dr Ravon commet une légère erreur en admettant l'incompatibilité des fonctions de médecin inspecteur des enfants en bas âge et du mandat électif de conseiller d'arrondissement ou de conseiller général.

Les lois et les règlements de la *protection des enfants du premier âge* (loi Roussel, 23 décembre 1874, règlement d'administration publique du 27 février 1877, instruction générale du 15 juin 1877, circulaire du directeur de l'assistance publique du 5 août 1890, instruction de l'Académie de médecine sur l'hygiène alimentaire des nourrissons du 7 juin 1904) forment un premier chapitre auquel sont ajoutés des conseils sur l'examen et les certificats des nourrices et gardeuses, sur les visites périodiques de surveillance aux nourrissons et aux nourrices, le contrôle et les sanctions de ces visites. Vient ensuite une partie administrative qui indique et regrette le nombre d'écritures imposées au médecin de la protection des enfants en bas-âge, qui devrait bien être débarrassé d'une fastidieuse paperasserie qui, 90 fois sur 100, ne doit même pas être consultée et est pour lui une très lourde charge.

Un second chapitre a trait aux *consultations de nourrissons* que la circulaire du 12 mars 1907 de M. Clémenceau a cherché à faire établir. Ces consultations, excellentes en principe et qui devraient être surtout destinées à faire l'éducation hygiénique des mères de famille, offrent aussi une série d'inconvénients que signale le Dr Ravon et qui, en pratique, en restreignent, selon nous, singulièrement les avantages. Comme dans une foule d'organisations de cette espèce, l'utilité en est intimement liée à l'intelligence, au savoir et au tact de celui que les dirige.

Les *enfants assistés* viennent ensuite avec la loi du 27 juin 1904 et le règlement du département de la Seine du 4 juillet 1906.

Les *vaccinations* et *revaccinations* publiques (loi sanitaire du 15 février 1902, décret du 27 juillet 1903, circulaires du 25 janvier 1907) font l'objet d'un autre chapitre.

L'*inspection médicale des Ecoles* (loi sur l'enseignement primaire du 30 octobre 1886, décret du 18 janvier 1887, arrêté et instruction du 18

janvier 1887, projet de loi de 1910, règlement du 18 août 1893 sur la prophylaxie des maladies transmissibles à l'Ecole, instructions du 20 octobre 1902 sur la tuberculose, loi du 15 avril 1909 au sujet des enfants arriérés), donne lieu à toute une série de développements du plus haut intérêt et parfaitement documentés.

L'auteur aborde ensuite le *travail des enfants* dans l'industrie (loi du 2 novembre 1892, circulaire du 20 décembre 1892), enfin l'*Assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources* (loi du 14 juillet 1905, décret du 3 août 1909, circulaires du 16 avril 1904, du 14 juillet 1908, du 6 mars 1910), qui nécessite la connaissance exacte de la signification de l'invalidité, l'évaluation délicate de l'incapacité de travail de celui qui demande à être assisté, l'examen minutieux des maladies chroniques qui sont considérées comme incurables où il convient de départager les cas qui relèvent de l'assistance médicale gratuite des cas qui concernent l'assistance obligatoire aux vieillards et aux infirmes. Une *table du taux des infirmités*, base d'évaluation sur l'intérêt de laquelle il est superflu d'insister, complète le volume.

Cette longue et sèche énumération permettra à nos confrères d'apprécier l'importance et l'utilité du livre du Dr Ravon, qui mérite nos remerciements et nos félicitations pour l'œuvre difficile, souvent ingrate, qu'il a entreprise et qu'il est parvenu si bien à réaliser.

J. Noir.

CORRESPONDANCE

Les obligations militaires du médecin.

Mon cher Confrère,

Je suis aide-major de 1re classe de territoriale. Je viens d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis à Saint-Omer. Cet hôpital, très ancien, était, dès avant la Révolution, municipal. Il est administré par une commission composée mi-partie d'élus du préfet, mi-partie d'élus municipaux et présidé par le maire. Il reçoit des malades et des infirmes de la ville et des communes voisines, étant désigné comme hôpital d'évacuation pour le jeu de la loi d'assistance. Les services médicaux sont partagés en deux : l'un médical, l'autre chirurgical, totalement indépendants l'un de l'autre. Je n'ai pas, dans mon service, dont je suis le maître technique absolu, à connaître le médecin. Il est médecin chef et je suis chirurgien chef. Il n'y a, entre nous, aucune prépondérance, dépendance, etc.

Le § 10 du décret du 18 novembre 1908 donne le droit aux médecins du cadre de complément d'être placés hors cadres quand ils sont médecins chefs d'un établissement national de bienfaisance.

N'ayant pas d'adjoint dans mon service et seul à faire de la chirurgie ici, il serait préjudiciable à cet établissement que je sois appelé à des périodes dans d'autres localités.

J'ai parlé de cela à mon directeur, qui m'a répondu que je n'étais pas « *médecin chef* d'un établissement national de bienfaisance », je ne sais ce qu'il vise : l'établissement national ou le *médecin chef*. Pourriez-vous me dire : 1° ce qu'il faut entendre par établissement national ; 2° si, étant donnée mon indépendance absolue d'avec mon confrère, étant chirurgien chef, et ce titre ne donnant aucun droit de préséance à l'un ou à l'autre, je suis fondé à insister auprès du Directeur.

Bien confraternellement,

Dr Dervaux.

Voici la réponse de notre conseil technique militaire :

Dans mon opuscule sur « *Les obligations militaires du médecin* », page 16 : « *Situation des médecins de complément* » paragraphe *b*, vous verrez, en effet, que (1) la loi du 21 mars 1905 (art. 42), accorde la situation « *hors cadres* » aux « directeurs et aux médecins en chef des établissements nationaux de bienfaisance ».

Le terme de « médecin en chef » s'applique généralement au *médecin* (*qu'il soit chirurgien ou médecin*) qui est *à la tête du service médical de l'établissement*; mais comme l'art. 42 porte *médecins en chef* (au pluriel), le chirurgien en chef comme le médecin en chef sont probablement visés.

Je ne sais si l'hôpital Saint-Louis, de Saint-Omer, est classé comme établissement national. Ce serait un renseignement à demander à l'Assistance publique (Ministère de l'Intérieur, ou avenue Victoria), ou encore au Conseil d'Etat, chargé de classer « nationaux » les établissements de bienfaisance.

Cependant, d'après la lettre du Dr Dervaux, la direction de l'hôpital Saint-Louis semble réservée à l'*administration départementale*, ; or, dans *la loi*, *les établissements nationaux* de bienfaisance sont classés *avant les établissements relevant du département* ; cet hôpital ne serait donc pas national.

En résumé, si l'hôpital Saint-Louis de Saint-Omer, est classé national (chose à voir), le Dr Dervaux bénéficie, quoique chirurgien en chef, de la situation « hors cadres » réservée aux médecins en chef de ces établissements.

Dr Fischer.

Situations acquises.

Mon cher confrère,

La dernière correspondance du Dr R. et celle du Dr M., à V., ont dû inspirer quelques réflexions à beaucoup de confrères abonnés au *Concours*. Mais, je ne crois pas que seuls les médecins dont les opinions diffèrent de celles de nos gouvernants

(1) C'est d'ailleurs à cette loi que renvoie le paragraphe 10 du décret du 18 novembre 1908 cité par le docteur Dervaux.

aient à se plaindre de l'ostracisme que leur témoigne la sainte administration dans le partage du gâteau officiel.

Je connais pas mal de confrères dont les opinions parfois sont fort « avancées » mais qui, ne recevant le mot d'ordre de personne, en sont exactement au même point que vous, confrères M. et R. Dans notre bonne petite sous-préfecture, les fonctionnaires sont obligés de « ménager » le médecin officiel, assermenté, maire et conseiller général et si celui-ci fait une saison aux bains de mer, c'est le fils du confrère, encore étudiant en médecine, qui distribue les certificats officiels et qui PEUT ETRE appelé à viser nos certificats à nous, simples docteurs.

Au surplus, le confrère officiel, quoique assez jaloux de « ses droits » et conscient de sa puissance, n'est pas un mauvais confrère. Cette petite correspondance n'a donc pas d'autre but que de témoigner le plaisir avec lequel les médecins socialistes ou nationalistes, conservateurs ou autres, verraient disparaître ce mandarinat officiel.

Si vous pensez que ces quelques lignes .....

Dr X...

P. S. — Autre petite anecdote.

L'hiver dernier, un ouvrier de notre usine de produits chimiques, dont les produits spécialisés sont fort connus des thérapeutes, fut blessé au pied — tel Achille — au cours de son travail à l'usine.

Sur le simple conseil des patrons, il alla se faire soigner chez le confrère officiel.

Survint une pleurésie et cet ouvrier conscient me fit appeler.

L'on aurait pu voir, si je n'avais pas été prévenu dès le 2e *jour*, ce spectacle réjouissant d'un médecin, bandant officiellement, avec la certitude d'être rémunéré par la Compagnie d'assurances, le pied du pauvre bougre et d'un autre médecin non officiel, mais suffisamment « poire », soignant avec la quasi-certitude de ne jamais être payé la plèvre du même pauvre bougre.

Résultat, j'ai prié le *Concours* de m'envoyer ses affiches « Accidents du travail, avis aux blessés », je les ai fait afficher dûment timbrées un peu partout sur nos murs et le surlendemain, il en restait une seule : celle qui est collée — sans timbre — sur les murs de ma salle d'attente.

Pas un ouvrier de plus ; mais sans doute le même nombre de femmes et d'enfants d'ouvriers, cet hiver, à soigner au nom des principes d'humanité, de charité ou de solidarité.

Dr X...

L'incompatibilité de la clientèle avec les fonctions de directeurs du Bureau d'hygiène.

Mon cher Confrère,

Je tiens tout d'abord à vous remercier sincèrement des précieux conseils que vous nous donnez dans votre lettre du 26 août dernier. Si j'ai tardé à vous répondre, c'est que je tenais à vous communiquer les décisions prises par notre Syndicat local, qui n'a pu se réunir que dernièrement en raison de l'absence d'un certain nombre de confrères en vacances.

L'ordre du jour de notre réunion portait sur les « Attributions des Directeurs des Bureaux d'hygiène », question que la Fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais avait soumise à l'étude des différents Syndicats.

La question de la nomination du directeur du bureau d'hygiène de Valenciennes comme médecin chef de l'Hôtel-Dieu fut également discutée.

L'un de nous exposa les attributions obligatoires et facultatives des bureaux d'hygiène, que vous avez publiées dans un de vos numéros du *Concours*. Tous les confrères présents furent unanimes à reconnaître que les directeurs des bureaux d'hygiène avaient un rôle très important à remplir et n'avaient pas le loisir de faire autre chose. Après discussion, notre Syndicat vota à l'unanimité deux ordres du jour de protestation destinés l'un à la commission administrative des hospices de Valenciennes, l'autre à la municipalité de Valenciennes.

Le premier ordre du jour réprouve les procédés employés par cinq membres de la commission des hospices, qui ne tinrent aucun compte des titres des candidats et voulurent surtout, en nommant le Dr X..., être agréables à son parent.

Le deuxième ordre du jour, que je vous reproduis en entier parce qu'il vous intéressera davantage invite la municipalité de Valenciennes à réviser le contrat passé avec son directeur du Bureau d'hygiène, le Dr X...

ORDRE DU JOUR. — « Les médecins de Valenciennes et de l'arrondissement, réunis le 13 septembre 1911 en assemblée extraordinaire à l'effet de discuter des attributions des directeurs des bureaux d'hygiène et du cumul du directeur du bureau d'hygiène de Valenciennes en particulier,

Considérant :

1° Que le directeur du bureau d'hygiène de Valenciennes, chargé de multiples fonctions, ne peut pas consacrer à son bureau d'hygiène tout le temps nécessaire et désirable ;

2° Qu'il y a incompatibilité absolue entre le bureau d'hygiène et la clientèle privée ;

3° Que ces différentes fonctions ne laissent pas au directeur l'indépendance professionnelle et l'autorité morale suffisantes ;

Pour ces raisons appellent l'attention de la municipalité de Valenciennes sur cette situation anormale et l'invitent à y remédier. »

Quelques conseillers municipaux, mis au courant de notre réunion, vont soulever la question à la prochaine séance du Conseil municipal et inviter le maire à faire rentrer le directeur du bureau d'hygiène dans ses fonctions administratives.

Je lis dans le dernier *Bulletin* de nos Syndicats une lettre que M. Mirman, directeur de l'hygiène publique, envoyait au maire de Dunkerque, le 12 janvier dernier, au sujet du bureau d'hygiène de Dunkerque.

Cette lettre qui est publiée par nos confrères de

Dunkerque contient des passages intéressants tels que ceux-ci :

« Il est de toute nécessité que vous ne confiez ces délicates fonctions qu'à un médecin qui renonce à faire de la clientèle........... ; car comment espérer qu'un médecin pris par les exigences de la clientèle trouvera le temps, la liberté d'esprit, l'indépendance nécessaires pour rendre au maire tous les services que celui-ci doit attendre du Directeur de son bureau d'hygiène......

..........*Ajouterai-je que l'expérience a établi combien un directeur de bureau d'hygiène ne faisant pas de clientèle pouvait plus aisément garder avec le corps médical de la ville les cordiales relations nécessaires au bon fonctionnement de son service ? Le médecin ne verrait plus en lui le confrère à la concurrence prévilégiée et tirant de ses fonctions publiques un moyen d'étendre sa clientèle* ».

A la suite de cette lettre, le maire de Dunkerque fit connaître aux candidats du bureau d'hygiène qu'ils avaient à lui faire parvenir un engagement écrit formel de ne pas faire de clientèle.

Ne pourrions-nous pas faire adresser par M. Mirman une lettre semblable à M. le Maire de Valenciennes, qui autorise *verbalement* son directeur du bureau d'hygiène à faire de la clientèle ? Qu'en pensez-vous ?

Je suis étonné que le *Concours médical,* qui est un journal d'avant-garde, n'ait pas encore dans plusieurs articles signalé l'incompatibilité absolue qui existe entre cette fonction et la clientèle d'hôpital, de bureau de bienfaisance, privée, etc.

Je crois qu'il y aurait là, comme vous me le disiez dans votre dernière lettre, une campagne intéressante à mener dans l'intérêt du Corps médical tout entier, car ce qui se passe à Valenciennes s'est peut-être déjà passé ou se passera dans d'autres villes.

Ne pourriez-vous pas suggérer la chose au Comité de rédaction du *Concours* ?

Je vous tiendrai au courant de ce qui va se passer ici à Valenciennes et de la décision qui sera prise par le Conseil municipal

---

LA MÉDECINE GRATUITE

Simple histoire à l'usage des médecins qui soignent gratuitement ces Messieurs de la Maréchaussée.

Ça, c'est le titre. Or donc, oyez, jeunes et vieux confrères qui, gratuitement, soignez MM. les Pandores.

Le 18 octobre dernier, à l'occasion d'un procès civil, où j'étais appelé comme défendeur devant la justice de paix de mon canton, quelle ne fut pas ma surprise d'entendre citer, comme témoin, le maréchal des logis, commandant la brigade de gendarmerie du canton. Ce dernier vint à la barre et, sous la foi du serment, me prêta des propos que je n'avais nullement tenus. Je perdis de ce fait ce procès.

Or, le soir de l'audience, j'allais à la gendarmerie et je demandais à parler au maréchal des logis. Ce dernier me reçut dans son bureau.

Là, je lui reprochais sa façon d'agir à mon égard, et je lui dis textuellement ceci :

« Vous n'avez pas été correct avec moi, vous m'avez fait dire des choses que je n'avais jamais eu à la pensée de dire ; il me semble que vous auriez dû avoir plus d'égard envers le médecin qui vous soigne gratuitement et que vous avez mis si souvent à contribution ».

Savez-vous sa réponse ? C'est là que l'histoire se corse !

« Vous n'avez pas à me reprocher les soins que vous nous donnez ! *Si vous soignez les gendarmes gratuitement, c'est* QUE VOUS ETES UN IMBÉCILE, *ainsi que tous les médecins qui agissent comme vous* !!!.....

Vous avez entendu, confrères. *Et nunc erudimini, gentes* !!!.....»

La conclusion : Pour ne pas être plus longtemps traité d'imbécile, le soir même, j'informais le colonel commandant la 20e légion de gendarmerie, lui donnant tous détails sur cet incident, et lui annonçais qu'à l'avenir ses Pandores iraient se faire pendre ailleurs, — et l'avertissais que si une sanction sévère n'était pas prise contre ce sous-officier, je ferais porter l'affaire devant M. le Ministre de la Guerre qui, lui, ne raterait certainement pas le Pandore, auteur du beau discours, d'autant plus que le sus-nommé m'avait également manqué comme médecin de réserve.

L'affaire en est là. On enquête. Je crois qu'une sanction sera prise.

Si j'ai raconté cette historiette, c'est pour qu'une fois de plus tous mes sympathiques confrères sachent en quelle estime nous tiennent en général tous ceux qui nous grugent et auxquels nous avons la naïveté de donner des soins gratuits.

Dr NIVOLLET,
Médecin de réserve à Bouilly.

***

Pandore a raison de ne pas trop priser les soins gratuits qu'on lui donne. Mais son appréciation est trop forte : le médecin qui donne ses soins gratis n'est pas un imbécile : c'est un naïf, car il croit que « cela fera bien auprès de sa clientèle » que de soigner à l'œil, gendarmes, forestiers, cantonniers, facteurs, employés de chemin de fer, etc. etc., etc. Ce pauvre confrère croit ainsi s'attirer de la clientèle parce que (le pauvre !) il en est encore à croire que les clients qu'ils soigne gratis iront de partout célébrer sa science et son désintéressement !

Erreur profonde ! Le client n'apprécie que le médecin cher, parce que, s'il est plus cher que ses confrères, c'est qu'il est meilleur et qu'il est plus savant.

Confrères, courez moins après la lettre de félicitations, la médaille de bronze ou d'argent, ou après le ruban violet ou rouge. Cette monnaie-là n'a pas cours par ces temps de vie chère. Faites-vous payer en argent ; cela vaudra mieux, et pour votre réputation, et pour votre porte-monnaie et pour les vôtres, pour ne pas avoir à laisser une

veuve dans le besoin, ou des enfants qui, faute d'argent, auront une situation sociale moindre que celle de leur père.

P. B.

VARIÉTÉS

La Papillonne

Impressions de naguère. — Souvenirs d'autrefois.

Dans la vie ordinaire, la papillonne se décèle, sous sa forme la plus simple, par des coups d'œil furtifs, par des regards attendris ou passionnés, par des gestes expressifs, par des signes clandestins, qui ne passent pas toujours inaperçus.

Au début de mes études médicales, je fus mis en relations par un ami, avec les membres de la colonie hellénique.

La présentation eut lieu, au café d'Athènes, le jour de Pâques.

J'assistai à une scène aussi intéresante qu'inattendue. En s'abordant, les Grecs s'embrassaient avec joie et, en se donnant l'accolade, ils prononçaient ces mots : *Christos anesthe* (Christ est ressuscité).

C'est, paraît-il, chez les Chrétiens d'Orient, la coutume d'inaugurer ainsi la grande fête du printemps. Les Grecs de Paris se conformaient à un usage traditionnel qui remonte aux origines du christianisme.

Parmi eux, on remarquait :

Panas Photino, le studieux Panas, qui commençait alors son internat et qui devait, dans la suite, fournir comme ophtalmologiste, une longue et brillante carrière :

Le sémillant Vatikiotis, qui se préparait au professorat pour l'Ecole du Caire : le modeste Pantelopoulo, le beau Constantidinès, qui furent des praticiens distingués.

Les autres devinrent, dans leur pays, des jurisconsultes éminents ou des hommes politiques en renom.

Tous ces jeunes gens étaient aimables, gracieux, sympathiques, d'une courtoisie parfaite, d'un commerce agréable.

Ils avaient dans le verbe et dans le geste, une vivacité, une spontanéité toutes françaises.

Ils aimaient à parler de la Grèce, d'Athènes, de ses us et coutumes. Les questions de mœurs les intéressaient particulièrement.

En Grèce, les mœurs sont plus austères qu'en France. Les jeunes gens ont une tenue plus sévère et ont une plus grande réserve.

Les relations avec le sexe sont limitées, restreintes et surveillées avec soin. Les fréquentations sont plutôt rares et les rapprochements difficiles.

Les communications se bornent le plus souvent à des œillades, à des regards expressifs, à des gestes plus ou moins éloquents. On exprime cela par un mot caractéristique : l'*ergolavia*, qui signifie : le flirt avec les yeux.

La différence est grande avec la vie de Paris, qui est libre, insoucieuse et sans entraves. Aussi, habitués à cette existence sans réserve et sans frein, ces jeunes étrangers raillaient agréablement leurs compatriotes, les trouvant un peu arriérés.

L'ergolavia est de tous les temps et de tous les lieux. Le nom peut différer, mais la chose est la même. C'est une forme atténuée de la papillonne.

J'ai voulu faire connaître le nom poétique et harmonieux qu'on lui donne au pays des Hellènes et faire ressortir le contraste des temps et des mœurs : *alia tempora, aliæ mores*. La Grèce, vertueuse maintenant ou plutôt à l'époque dont je parle, il y a 56 ans, la Grèce fut jadis le berceau de la sensualité antique, si pompeusement glorifiée par l'auteur d'*Aphrodite*.

Les manifestations de la papillonne ne sont pas toujours aussi pudiques.

Dans les grands centres, dans les villes importantes, à Paris notamment, sur les grands boulevards, on peut observer chaque jour des individus bien mis, des oisifs, des désœuvrés, se livrer à un sport spécial. Quand ils aperçoivent une femme dont les formes leur plaisent, ils s'en approchent, lui emboîtent le pas, la suivent, la dépassent, se retournent pour la dévisager, lui font un geste satisfait, puis se remettent à la suivre et à l'accompagner jusqu'à sa demeure. .....

Parmi ces individus, quelques-uns ont des idées belliqueuses ; ils abordent les femmes, font les godelureaux et proposent un rendez-vous.

Les autres se bornent à suivre. Ils le font avec une certaine réserve, n'approchant pas trop près et se contentent de rester dans le sillage de la femme.

Pourquoi suivent-ils ? Demandez-leur.

Qu'espèrent-ils ? Rien.

Alors pourquoi ?

Ils ne s'en rendent pas compte. Ce sont des victimes de la papillonne.

Sont-ils à plaindre ? non ; ils ont du plaisir. Ils sont plutôt à blâmer, ils commettent une infraction aux règles de la bienséance. Leur faute n'est pas bien grave ; il y a impulsion, donc demi-conscience.

En France, on s'en amuse et on en rit.

Que celui d'entre nous qui n'a jamais suivi de femme leur jette la première pierre.

Il en va autrement en Amérique. Il y a des femmes, affiliées à la police, qui ont pour fonction de faire arrêter et punir les suiveurs trop entreprenants. Ce sont les *flirt-catchers* (chasseuses de flirt).

On les choisit jeunes et jolies, et on les fait accompagner à distance par deux détectives. Un suiveur devient pressant. La policière fait un signe ; les détectives le saisissent et l'emmènent au poste, où il encaisse une amende.

Pareille aventure arriva dernièrement à un Français. Le commissaire, apprenant sa nationalité, lui fit grâce en lui disant : « Ne recommencez plus, n'oubliez pas que la galanterie française n'est pas un article d'exportation ».

— Les femmes connaissent à merveille la papillonne et ses effets. Elles sont habiles à l'amorcer, à l'agacer, à la surexciter. Elles sont ai-

dées dans ce travail par des auxiliaires précieuses, les modistes et les couturières, qui sont de véritables artistes.

Autrefois, elles avaient inventé les « suivez-moi jeune homme ». C'était de longs rubans qui pendaient dans le dos et attiraient l'attention. Les jeunes suivaient ..... et les vieux aussi.

Plus tard, vinrent les cache-peigne. Il y en avait de tous genres et de fort beaux.

Quand on voyait un élégant cache-peigne, on voulait voir le visage qui le portait. On regardait, et quelquefois — pas toujours — on était ravi.

Puis, vinrent les chichis et les chapeaux extravagants, de dimensions invraisemblables, et les jupes étriquées, jusqu'à l'absurde. C'était un défi au bon goût et au bon sens. Les femmes pouvaient à peine marcher et il fallait les déshabiller pour les examiner au spéculum. C'était aussi un défi aux hommes. Elles semblaient nous dire avec ironie : « voyez par-ci, voyez par-là ; voyez nos chapeaux et nos jupes. Comment trouvez-vous cela ? Sommes-nous assez ridicules ? Eh bien, nous vous plairons et vous nous aimerez quand même ».

Et, en effet, nous les trouvions quand même délicieuses ; tant il est vrai que le sexe est encore ce qu'il a toujours été et sera sans doute toujours ..... adorable, absurde, exécrable et charmant.

Actuellement, il s'est fait un léger changement. Il y a toujours de vastes chapeaux, il y a même les fantastiques chapeaux à la veuve joyeuse. Mais, il y a aussi les chapeaux ruche, pierrot, niniche, gendarme, qui sont des correctifs ainsi que les calottes postiches. Les jupes sont encore entravées, mais elles sont remontantes, moins étroites et partant plus gracieuses.

Maintenant, nous trouvons tout cela bien. La chose s'explique. Nous nous sommes habitués. L'habitude est une suggestion, toute suggestion, même imposée, finit par devenir agréable.

Il est juste d'ajouter que ces toilettes originales ont une espèce de logique.

Les coiffures tapageuses attirent le regard ; elle sont faites pour cela.

Les jupes réveillent l'instinct en modelant les flexions gracieuses des hanches et en mettant en relief les courbes suggestives des éminences charnues postérieures.

Ne nous étonnons donc pas d'un succès fondé sur une base psychologique.

Les couturières faisaient autrefois de l'esthétique ; elles font maintenant du galbe, de la plastique.

⁂

A l'époque lointaine où je préparais le concours de l'internat, la plupart des candidats suivaient la même conférence. Elle était présidée par le docteur Martin Magron, un vieux médecin qui faisait peu de pratique et beaucoup de siologie.

C'était un vigoureux vieillard d'une soixantaine d'années. Il avait une belle figure, large et forte, toujours rasée de frais, de grands yeux gris clair, une physionomie qui respirait la douceur et la bonté.

Sa tête chenue, sa longue chevelure d'apôtre tombant sur ses épaules, lui donnaient un aspect vénérable. Il ressemblait à Béranger. Possesseur d'une petite fortune qui le rendait indépendant, il s'adonnait à des travaux de laboratoire et consacrait ses loisirs à l'instruction des étudiants. Il était heureux quand il était au milieu de nous et il nous témoignait un vif intérêt et une sincère affection.

Sur son conseil et pour augmenter nos chances de succès, nous avions, à cinq, formé un groupe distinct et organisé une conférence complémentaire.

Il y avait Brouardel, dont le sens droit, la pondération impeccable, l'équilibre admirable des facultés intellectuelles le conduisirent au Décanat.

Il y avait Charpentier, type accompli du Parisien, l'auteur du beau Traité pratique des accouchements, élu membre de l'Académie de médecine à l'unanimité.

Horteloup, chirurgien des hôpitaux, secrétaire de la Société de chirurgie. Sevoin, médecin de quartier hautement apprécié et décoré, après la guerre, de la Légion d'honneur.

Unis par les liens d'une aimable camaraderie et par l'amour de l'étude, nous nous rencontrions tous les jours, soit à l'hôpital, soit aux cours de la Faculté, soit à la Bibliothèque, l'hiver dans les salles de dissection.

Tous les jeudis, nous nous réunissions pour la conférence tantôt chez Charpentier, tantôt chez Horteloup, qui étaient tous deux fils de médecins de Paris.

Après la conférence, qui durait près de trois heures, c'étaient les longues causeries, les projets, les rêves d'avenir. Quand le temps était beau, nous allions pérégriner dans Paris. C'était sur les grands boulevards que nous aimions à flâner, à la recherche d'impressions nouvelles.

Un jour, après la conférence, Horteloup qui était un joyeux compagnon et qui avait des tuyaux ignorés du vulgaire, Horteloup nous dit : « Mes amis, je vais vous faire voir aujourd'hui une chose que vous n'avez jamais vue ».

— Ah, ah ! et quoi donc ?

— Je ne veux rien vous dire. J'aime mieux *vous le faire voir*.

— Alors, allons-y.

Il nous emmena rue Le Peletier, tout près de l'Opéra. C'était peu de temps après l'attentat d'Orsini, presque au même endroit.

Il nous quitta en nous disant : « Attendez-moi là, je reviens, dans cinq minutes », et il s'engagea dans une allée.

Nous attendîmes cinq minutes, nous faisions les cent pas ; dix minutes, nous commencions à nous impatienter ; la nuit venait ; un quart d'heure ; nous parlions de nous en aller.

Enfin, Horteloup reparut des clefs à la main. « Je vous ai fait attendre longtemps, dit-il, il m'a été impossible de revenir plus tôt. Il a fallu parlementer, discuter. Mon père étant le médecin de la maison, on s'est décidé. Et puis, il a fallu faire

une visite préparatoire. Enfin, c'est prêt. Suivez-moi ».

Il nous fait monter à l'entresol et nous fait entrer dans un vestibule carré sur lequel s'ouvrent trois portes, une médiane, deux latérales, masquées par des portières en reps marron.

Nous franchissons la porte du milieu. Nous sommes dans un boudoir exquis. Un tapis épais assourdit le bruit de nos pas. Le plafond est décoré de moulures délicates et d'une rosace fleurie. Les parois sont tendues de satin bleu tendre et capitonnées dans toute la hauteur. De distance en distance, les boutons de capitonnage alternent avec des couples de cabochons de cristal disposés par couples. Peu de meubles, mais luxueux ; un lit en bois de rose sculpté avec dessus de dentelle et transparent bleu, deux chaises en bois doré à sièges capitonnés, une causeuse, un fauteuil Louis XV, une toilette en bois de rose sculpté et ornée de coins dorés.

Une lampe, entourée d'un globe de verre dépoli, répand sur tous les objets, une lumière douce et reposante.

Un parfum d'iris, subtil et discret, enbaume l'atmosphère.

On voudrait vivre dans ce nid, plein de promesses et d'un charme inoubliable.

Nous le quittons à regret et comme il n'y a pas de communication entre les pièces de l'appartement, nous revenons dans le vestibule pour visiter le salon, qui se trouve à droite.

Il est convenablement meublé, mais sans luxe. On remarque sur le mur, attenant au boudoir, une draperie flottante.

En la soulevant, on aperçoit des verres ronds disposés par couples et ressemblant aux oculaires des stéréoscopes. Par ces verres, on voit facilement l'intérieur du boudoir dans presque toute son étendue.

C'est là que les clients de la maison viennent braquer les yeux et assister aux scènes qui s'y déroulent.

Une femme, attachée à la maison, va chercher un ami de rencontre, l'introduit dans le boudoir et se livre bientôt à ses étreintes.

Les voyeurs peuvent alors assouvir leur curiosité lascive et indiscrète.

Nous visitons la troisième pièce ; c'est une buvette. On y remarque sur le mur à droite une petite porte large comme la main, que l'on peut ouvrir et fermer sans bruit et à volonté et qui permet d'entendre, à travers le lambris, le plus léger bruit, fût-ce un soupir, émis dans le boudoir. Ce judas acoustique, paraît-il, ne servait presque jamais.

— Notre visite est terminée, nous nous disposons à sortir.

Le maître de l'établissement se présente. Se découvrant et s'inclinant respectueusement devant Horteloup :

« Monsieur le docteur, dit-il, a tout montré à ces messieurs ».

— Oui, monsieur, et ils y ont pris, comme moi, un vif intérêt. Avez-vous de nombreux clients ?

— Peu, mais de bons, d'excellents.

— Vous avez la qualité, sinon la quantité, cela vaut mieux.

— C'est mon avis, M. le docteur

— Vos clients sont-ils jeunes ?

— Non, ce sont des hommes d'âge mûr ; la plupart sont des vieillards ayant dépassé la soixantaine. Ce sont des rentiers, des hommes de bourse, des banquiers, et même . . . . .

Il hésitait.

Parlez, lui dit Horteloup, les médecins sont discrets par profession.

— C'est absolument confidentiel.

— Soyez sans crainte.

— Eh bien, nos deux meilleurs clients sont des personnages de la Cour impériale. L'un d'eux surtout est d'une grande générosité.

Ces renseignements complétaient la visite et nous édifiaient selon nos désirs.

Sur ce, nous prenons congé et nous nous retirons, enchantés d'être initiés à un des mystères les plus piquants de la vie parisienne et quelque peu étonnés — nous étions jeunes —, que des hommes de valeur sacrifient des sommes et un temps précieux pour satisfaire les fantaisies d'un instinct dépravé.

(*A suivre*).

Dr Coulhon,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Montluçon (Allier).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Les médecins en aéroplane.** — On lit dans la *Gazette des hôpitaux de Toulouse* : Le docteur C. B. Clarke faisait ces jours derniers un essai à l'aérodrome de Nassau (Long-Island). Soudain à cinquante mètres de hauteur, il ne put plus gouverner son appareil et vint s'abattre sur le sol.

La mort fut instantanée.

— **Médecins sanitaires maritimes.** — La Société générale de transports maritimes à vapeur, 70, rue de la République, à Marseille, demande des médecins sanitaires maritimes.

Le traitement est de 250 francs par mois en Méditerranée, ligne de Marseille à Oran ; sur la ligne du Brésil : 300 francs la première année ; 325 francs la deuxième année, 350 francs la troisième année, 400 francs les autres années ; plus une gratification annuelle égale à un mois de solde.

— **Soins médicaux aux douaniers.** — Le Conseil général de la Gironde vient de donner un avis favorable au vœu suivant qui lui était présenté par le docteur Dupeux :

« Que l'État assure les soins médicaux et pharmaceutiques aux douaniers en les faisant admettre dans les Sociétés de secours mutuels partout où la chose est réalisable, en payant pour eux la cotisation réglementaire, ou qu'il leur alloue une somme équivalente, en sus de leurs appointements ordinaires, sous la rubrique « frais de maladie », dans les communes où il n'existe pas de Sociétés de secours mutuels. »

« Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les

gendarmes ? — demande *Rennes médical* où nous découpons cet entrefilet. C'est évidemment une solution qui ne manque pas d'élégance, à la condition toutefois que la Mutualité se conforme à ces deux desiderata des praticiens du XXe siècle : le *libre choix*, et le tarif à la visite suffisamment rémunérateur.

L'encombrement médical. — Notre excellent confrère, le Dr Ch. Darras, trésorier de l'A. G., nous communique pour être reproduit le tableau suivant qui mérite d'être lu et médité.

Diplômes de docteurs en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1910-1911 (1).

Pour comparer avec les trois années scolaires précédentes, voir le *Concours médical* 1909, nº 4 ; 1910, nº 4 et 1911, nº 2.

FACULTÉS	DOCTEURS EN MÉDECINE		Total des thèses
	Diplôme d'Etat	Diplôme d'université	
Paris	446	37	483
Alger	16	»	16
Bordeaux	125	»	125
Lille	37	»	37
Lyon	139	3	142
Montpellier	130	17	146 (*a*)
Nancy	31	5	36
Toulouse	67	2	69
Beyrouth	30	»	» (*b*)
Totaux	1.021	64	1.054

(*a*) Un diplôme d'Etat a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Montpellier en 1906.

(*b*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

— **La réorganisation des études médicales au budget de 1912.** — On évaluait à 4.500.000 francs la somme nécessaire à cet important objet. La Chambre a voté un crédit de... 75.000 fr. Une paille !

« Sur ce chapitre, a dit le ministre de l'Instruction publique, la commission du budget a bien voulu accepter, au dernier moment, je m'en excuse, un relèvement de 75.000 fr. Cette augmentation de crédit a pour objet de réaliser ou du moins de commencer à réaliser la réforme des études médicales prévue par un décret de 1909, reprise par un nouveau décret de 1911.

« Je demande à la Chambre de vouloir bien accepter sur ce point la proposition de la commission du budget, car il est de toute nécessité que nous réalisions dans les études médicales un certain nombre de réformes qui ont été élaborées par des commissions tout à fait compétentes, et qui auront pour résultat, je crois, d'assurer au personnel médical une culture plus développée, une valeur théorique supérieure, et en même temps une expérience pratique conforme aux intérêts de la collectivité. »

Une réduction de 1,6 % ! A ce compte-là nous attendrons un siècle pour que toutes les réformes demandées soient réalisées. Quand je dis *nous*...

(1) Aucun diplôme d'Officier de santé n'a été délivré pendant l'année scolaire.

— **Le diplôme de pharmacien.** — En exécution de la loi du 19 avril 1898 sur l'exercice de la pharmacie, un décret décide que le diplôme de pharmacien de 2e classe cessera d'être délivré à partir du 1er novembre 1917.

— **Les troubles de la Faculté.** — Les étudiants se sont réunis au nombre de 1500 en un vaste meeting qui, disent les journaux, a eu grande allure et excellente tenue. On a nommé une délégation chargée d'entrer en rapport avec l'administration et les pouvoirs publics. Sans préjuger de l'issue de ces conversations, il est permis de déplorer que les jeunes révoltés n'aient pas commencé par où ils viennent de finir et se soient servis de la violence qui n'amène jamais à rien de bon.

Ministère de l'intérieur. — Le concours d'adjuvat de 1912 pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés s'ouvrira au ministère de l'intérieur le lundi 26 février 1912.

Les inscriptions sont reçues au ministère de l'intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau, 7, rue Cambacérès, *du 25 janvier au samedi* 10 *février* 1912 *inclus*.

L'arrêté fixant les conditions du concours a paru au *Journal officiel*, nº 337, du 12 décembre 1911.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 2 février 1910 ;

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris au ministère de l'intérieur, le lundi 26 février 1912, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à sept.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), jusqu'au samedi 10 février 1912 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

Art. 3. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 11 décembre 1911.

Pour le président du conseil, ministre de l'intérieur et par délégation :

Le sous-secrétaire d'Etat,

L. Malvy.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-troisième année. N° 53 Dimanche 31 DÉCEMBRE 1911.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Coopération médicale et l'Assurance-Maladie

J'ai lu dans la *Revue de Déontologie* de 1904 l'article du Dr Fildermann *sur un projet de coopération médicale*.

Les idées qui y guident notre confrère et l'économie de son projet sont assez semblables aux miennes.

La seule différence est que le Dr Fildermann part de l'intérêt du malade qui, d'après lui, est actuellement en conflit avec celui du médecin, tandis que je me base sur l'intérêt du médecin qui, d'après moi, doit, pour ne pas être sacrifié par la force des choses, s'accorder avec l'intérêt public, en l'espèce l'intérêt du malade.

Tout ceci paraît être identique et l'on serait tenté de croire qu'il faut être bien subtil pour trouver une différence entre nos deux manières de procéder.

Cette différence existe néanmoins et tient évidemment à la diversité de notre point de départ.

Le Dr Fildermann, qui a longuement réfléchi à son projet, comme le démontre la brillante polémique qu'il entretint à ce sujet avec le Dr Dinet dans la *Revue de Déontologie,* conçoit *a priori* une organisation complète, définitive en quelque sorte ; il base les honoraires de la coopération sur l'abonnement des familles, et les partage également entre les médecins qui sont chargés d'assurer chacun le service de sortes de circonscriptions médicales.

Au contraire, dans mon projet, basé sur mes observations personnelles et non fruit de mes seules réflexions, le libre choix du médecin par le malade doit être absolument respecté et chaque malade conserve le soin d'honorer son médecin. Je laisse dans la Coopération médicale plus de liberté entre coopérateurs, je maintiens la libre concurrence, le plus précieux stimulant de l'activité humaine, et je prétends néanmoins qu'une fois la coopération médicale formée, l'intérêt de chacun de ses membres à la faire prospérer est assez grand pour limiter la concurrence de chacun et la maintenir dans la juste mesure des procédés confraternels et licites.

Le système un peu trop absolu du Dr Fildermann avait fait assimiler par le Dr Dinet son organisation coopérative à une véritable fonctionnarisation.

Il y a en effet là un écueil qu'il convient d'éviter, car un médecin qui, du fait d'abonnements, touche des honoraires fixes et assure le service d'une circonscription où il n'a aucune concurrence sérieuse à redouter, qu'il soit rétribué par l'Etat, le département, la commune, une mutualité, une compagnie financière, industrielle, ou une coopérative médicale, est une sorte de fonctionnaire, sans indépendance, sans stimulant, et enclin fatalement, s'il n'est pas possédé du démon du dévouement et du sacrifice, à faire le moins d'effort possible. Je ne doute pas qu'employé d'une coopérative médicale, le médecin, ayant voix au chapitre, ne soit pas en bonne posture pour se défendre ; je ne doute pas que l'exploitation du praticien n'y soit rare, que les conflits n'y soient jugés avec plus d'équité et de compétence, mais il n'en résulte pas moins que la rémunération n'y est pas proportionnelle à l'effort, ce qui ne peut être considéré comme très moral.

D'autre part, le système que je propose,

et dont je reconnais la similitude presque absolue avec celui de M. Fildermann, peut être immédiatement appliqué sans bouleverser les habitudes actuelles, sans changer sensiblement les relations entre les praticiens et leurs clients. Il met à la disposition des malades de la campagne les soins de médecins spécialistes dont ils sont actuellement privés ; il leur permet de bénéficier des avantages d'une maison de santé à prix réduits et de services spéciaux qui sont à l'heure actuelle le monopole coûteux des grandes villes et des établissements hospitaliers bien organisés ; et c'est tout, du moins pour l'instant.

Est-ce à dire pour cela que je considère que les médecins devront indéfiniment conserver avec leurs clients les relations actuelles, inconstantes, capricieuses et irrégulières ? Je ne le pense pas et cela depuis longtemps. Je me permettrai de rappeler les dernières phrases d'un discours que je prononçais le 13 novembre 1909 lors de la célébration du XXVe anniversaire de la Fondation de l'Union de nos Syndicats, et dont le sujet était *les Origines et le Programme de l'Union des Syndicats médicaux de France*.

Je vois poindre, disais-je, l'aurore lointaine, où notre organisation étant devenue parfaite, l'État, vraisemblablement transformé, voudra tirer parti des Syndicats médicaux pour le plus grand bien de la société tout entière.

Ce jour-là, les Syndicats médicaux auront charge de la sauvegarde de la santé publique. Ils recevront la mission d'éteindre un à un, par la prophylaxie, les fléaux qui nous déciment.

Et comme il ne serait pas juste que le médecin devienne la victime des services publics qu'il aurait rendus, je prévois que l'Etat, mû par le souci de la justice, imposera à chaque citoyen l'assurance contre la maladie au Syndicat médical. Les primes de cette assurance, essentiellement variables et proportionnelles aux services rendus, n'auront rien de commun avec l'actuel abonnement. La liberté de confiance sera toujours respectée. Les médecins, ayant intérêt à supprimer la maladie, s'acharneront à en rechercher et à en faire disparaître les causes.

Et le Syndicat répartira équitablement entre tous les confrères les primes d'assurance recueillies. Chacun aura sa part, sans que celui qui, par son dévouement ou son intelligence, aura rendu le plus de services, soit frustré du supplément légitime de ressources qu'un labeur plus grand ou plus utile devra lui assurer.

Mais je m'aperçois que je m'égare et que je vous mène en un voyage au pays d'Utopie.

Vous me le pardonnerez, car, comme l'a dit un profond sociologue :

« Il est dans la nature humaine de ne pas se laisser priver d'idéal et de ne pouvoir accomplir de grandes actions sans l'impulsion toute puissante des sentiments altruistes. La poétisation de la lutte, la conviction que l'on se voue à quelque chose de supérieur (patrie, liberté, justice sociale), a toujours été la source de l'héroïsme et le chemin de la victoire ».

Les idées émises dans ce discours se rapprochent encore singulièrement de celles du Dr Fildermann, mais là encore il y a une différence qui paraît subtile et petite, et qui cependant est d'une importance considérable, c'est que je considère que l'assurance-maladie doit s'adapter au libre choix et ne doit avoir rien de commun avec l'abonnement.

Si le Dr Fildermann avait écrit son projet dix ans plus tard avec l'expérience de la pratique, s'il l'avait plus développé en étudiant minutieusement tous ses détails, il est probable qu'il ne se serait pas borné à exiger de la famille un abonnement banal.

Les primes de l'assurance-maladie, qui un jour s'imposera au corps médical sous une forme ou une autre, devront, pour que ce système fonctionne le plus parfaitement possible, être calculées avec plusieurs éléments. Le premier devra être fourni par des tables de morbidité bien établies et pour chaque profession ; le second devra comprendre les actes médicaux accomplis dans un but de préservation (inspection médicale d'écoles, d'établissements, de nourrissons, examens bactériologiques dans le but de prendre des mesures prophylactiques convenables, vaccinations et immunisations diverses, enquêtes sanitaires pour l'exécution de grands travaux publics : adduction d'eau, travaux de voirie, surveillance des produits alimentaires, etc., etc.) ; un troisième sera le coût moyen de la vie du médecin qui, dans l'assurance-maladie scientifiquement établie, devra entrer en ligne de compte. Notre ami, le Dr Chapon, en a exposé les motifs dans le travail où, avec beaucoup de logique, il réclame de baser sur les frais imposés au médecin le prix de ses actes professionnels. Les primes de l'assurance-maladie devraient donc varier par périodes et comme toutes primes d'assurances, être sérieusement calculées par des actuaires.

Mais, une fois ces primes établies et le système de l'assurance-maladie adopté, on aurait tort de croire que l'on aboutirait fatalement à la fonctionnarisation du médecin et à la suppression du libre choix par le malade. Si les coopérations médicales étaient florissantes, si le corps médical, par l'heureuse influence du syndicalisme, était fortement organisé, il imposerait le libre choix et la répartition des primes entre les praticiens, proportionnelle au travail acompli, comme cela s'est effectué du reste pour l'Assistance médicale gratuite dans le plus grand nombre des départements.

Sans être prophète, je crois que je puis répéter : Si le corps médical ne sait pas s'organiser, s'il n'est pas capable de s'adapter lui-même, en toute indépendance, au milieu social qui évolue, de se plier aux conditions économiques qui se transforment, de faire bénéficier les malades, dans la mesure du possible, de tou-

tes les découvertes scientifiques et de toutes les améliorations techniques, il est destiné à disparaître en tant que corps indépendant. La profession médicale, tombée dans le fonctionnarisme et le salariat, devra être rayée de la liste des professions libérales. Ce sera fâcheux pour le médecin praticien, mais déplorable pour le malade, qui verra substituer à celui en qui il a mis sa confiance, à celui pour qui il n'a pas de secret, sur le dévouement et l'affection duquel il se croit en droit de compter, le froid et indifférent fonctionnaire ou salarié, limitant strictement aux exigences des règlements et des contrats ses obligations professionnelles.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

ACTUALITÉS MÉDICALES

Pathogénie de l'ictère catarrhal.

Dans un récent article du *Paris-Médical*, M. Lafforgue a cherché à montrer que, d'après les auteurs modernes, l'ictère catarrhal serait la conséquence d'une *hépatite parenchymateuse aiguë bénigne.*

« D'après les nouvelles théories, dit l'auteur, il serait logique de faire une différenciation spécifique absolue entre l'ictère catarrhal et l'ictère hémolytique. Abstraction faite des différences étiologiques qui les séparent, l'ictère catarrhal aurait pour caractéristiques principales : la cholurie, la décoloration des selles, l'augmentation de la résistance globulaire (celle-ci plus marquée, il est vrai, d'après Ribierre, quand l'ictère s'accompagne d'insuffisance hépatique).

Au contraire, dans l'ictère hémolytique, il existe de l'acholurie, une coloration à peu près normale des selles, et son substratum anatomo-physiologique consiste précisément dans une diminution de la résistance globulaire.

D'après MM. Lagane et P. Weil, cette distinction paraît être bien artificielle.

« Pour eux, la pathogénie de l'ictère catarrhal comporte à l'heure actuelle un certain nombre de certitudes : 1° c'est par la voie descendante sanguine, bien plus que par la voie ascendante biliaire, que l'agent morbide accède à la cellule hépatique ; 2° cet agent morbide est le plus souvent infectieux (paratyphique A fréquemment incriminé), parfois toxique (intoxications alimentaires, chloroforme) ; 3° à l'origine de tout ictère catarrhal, il y a une atteinte de la cellule hépatique. L'ictère n'est point imputable, comme on l'a longtemps professé, à l'oblitération des voies biliaires extra-hépatiques. Eppinger a tenté de rajeunir cette pathogénie, en incriminant des formations adénoïdiennes qui existeraient dans la portion terminale du cholédoque, sorte d'« amygdale » cholédocienne, dont l'hypertrophie entraînerait la rétention de la bile. Mais les constatations d'Eppinger sont très discutables, et c'est bien la cellule hépatique qui est en cause, comme le démontrent les faits relatés ci-dessus.

« Mais comment cette lésion cellulaire produit-elle de l'ictère ? Est-ce par inversion du courant biliaire qui se déverserait vers le pôle sanguin ou par oblitération des canalicules intercellulaires, elle-même imputable à une tuméfaction des cellules hépatiques ? On ne peut le dire, de même que l'on ne peut préciser dans quelle proportion les lésions d'angiocholite s'associent aux lésions du parenchyme.

« Il faut donc considérer l'ictère catarrhal, disons l'ictère bénin, comme une *hépatite parenchymateuse aiguë bénigne*. Mieux que les anciennes hypothèses, cette conception montre les relations étroites qui « par des formes intermédiaires, le relient à l'ictère grave ». Elle a sa répercussion sur la thérapeutique. En effet, si la notion d'hépatite est substituée à celle d'obstruction, c'est surtout la fonction biliaire de la cellule qu'il faudra viser à rétablir. On donnera du salicylate de soude avec prudence, pour ne pas aggraver le trouble d'une cellule déjà altérée, mais surtout il faudra recourir à l'opothérapie biliaire et prescrire du lait écrémé ».

Pansement picrique après les vaccinations

D'après une traduction du *Bull. médical*, les professeurs Jay Frand Schamberg et John Kolmer, de Philadelphie, emploient comme antiseptique après chaque vaccination le pansement à l'acide picrique.

« Cet agent, jouissant de la propriété de former une combinaison chimique avec la kératine du tissu épithélial, est appelé à protéger ainsi efficacement la petite plaie opératoire déterminée par la vaccination.

« L'auteur s'est rendu compte qu'une solution alcoolique d'acide picrique à 4 %, appliquée sur la région vaccinée quarante-huit heures après l'introduction de la lymphe, ne saurait entraver le succès de l'opération. Cette pratique diminue l'intensité de la réaction inflammatoire locale et, surtout, elle met à l'abri des complications.

« MM. Schamberg et Kolmer ajoutent que les expériences de laboratoire leur ont démontré que l'acide picrique est quatre fois plus efficace que l'acide phénique, comme antiseptique local »

La pneumonie des diabétiques.

D'après M. le Dr Jules Duval, dans sa thèse de Montpellier, la pneumonie chez les diabétiques a une gravité considérable. Elle emporte parfois les malades en quelques heures (forme foudroyante de Bouchardat) ou bien elle aboutit à une complication fatale, suppuration, gangrène, urémie, insuffisance cardiaque en partie liée à de l'artério-sclérose et à une surcharge adipeuse. La gravité de son pronostic est due à l'accroissement de virulence du pneumocoque et des microbes associés (par suite des milieux sucrés), au défaut de résistance du terrain, à l'insuffisance respiratoire du diabétique. La mort n'est pas toutefois l'aboutissant fatale de la pneumonie.

Son diagnostic est souvent difficile à cause de son allure discrète et de sa marche insidieuse (sans fièvre, sans point de côté virulent, sans grande expectoration) ; la dyspnée, assez intense, doit, chez un diabétique avéré, faire penser à ce diagnostic. Dans les cas où la pneumonie a des allures plus franches et attire suffisamment l'attention, c'est souvent le diabète qui est méconnu, d'où la nécessité de la recherche du sucre chez tout pneumonique. Il faut se souvenir toutefois qu'il peut y avoir des glycosuries transitoires au cours de la pneumonie.

« Une fois la pneumonie installée, on luttera contre elle par les moyens ordinaires. Comme révulsif, on emploiera localement les cataplasmes sinapisés, les ventouses et l'on proscrira complètement le vésicatoire à cause de la possibilité d'érysipèle ou de gangrène au point d'application et surtout à cause de la possibilité d'une néphrite sur un rein déjà prédisposé. Comme décongestionnant, on utilisera le kermès, et l'on évitera l'ipéca et surtout le tartre stibié qui prédisposent trop à l'adynamie.

« On s'adressera surtout à l'état général afin d'éviter l'adynamie, la gangrène, la suppuration ; on administrera des toniques (alcool, kola) et des médicaments anti-infectieux (électrargol, par exemple). On empêchera le collapsus cardiaque en soutenant le cœur au moyen d'injections d'huile camphrée, d'éther, de caféine. On évitera l'urémie en poussant aux urines au moyen du régime lacté, de la théobromine. ». Il est prudent d'éviter l'antipyrine.

PARTIE PROFESSIONNELLE

SOU MÉDICAL

Séance du 14 décembre 1911.

Admissions.

Le Conseil prononce l'admission, sous réserves de la publication statutaire, des nouveaux membres ci-après pour prendre effet à partir du 1er janvier 1912 :

2482 Dr Lesur, à Septeuil (Seine-et-Oise).
2483 Dr Fenouillère, à Sainville (Eure-et-Loir).
2484 Dr Bosc, aux Mureaux (Seine-et-Oise).
2485 Dr Taisne, à Missillac (Loire-Inférieure).
2486 Dr Baudry, à Flize (Ardennes).
2487 Dr Gauthier, à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).
2488 Dr Rouyer, à Paris, 3, rue Montesquieu.

Le Dr D. informe le Conseil qu'il a gagné en 1re instance le *procès en diffamation* qu'il avait soutenu, grâce à l'appui moral et pécuniaire du « Sou », contre un journaliste qui l'avait attaqué dans une feuille locale.

Son adversaire a interjeté appel.

Le Conseil accorde son appui pécuniaire pour que notre adhérent puisse se défendre en appel.

Le Dr C. a été condamné en 1re instance dans un procès de *responsabilité professionnelle*.

Le Conseil estime que notre confrère ne doit pas s'incliner devant cette condamnation et accorde son appui moral et pécuniaire pour interjeter appel.

Le Dr C. considère terminé son *procès en responsabilité professionnelle* de par le départ sans adresse du demandeur. Dans ces conditions, le Conseil ordonnance une somme de 55 fr. 43 pour payer avoué et huissier.

Le Dr F., dans une affaire d'*accident du travail*, avait joint à sa demande principale une demande additionnelle en dommages-intérêts pour rendre susceptible d'appel un procès en justice de paix.

Le Tribunal d'appel a repoussé l'appel, conformément à la jurisprudence toute récente de la Cour de Cassation.

En conséquence, le Conseil ordonnance un bordereau de 92 fr. 25 pour les frais d'avoué.

Le Dr A. vient de voir une de ses *notes d'honoraires* ramenée de 500 fr. à 200 fr. par le juge de paix qui, entre autres motifs, se base sur la condition de fortune des clients.

Après avis de Me Gatineau, le Conseil ne peut formuler aucune opinion sur l'opportunité de l'appel, les juges ayant malheureusement un pouvoir souverain et discrétionnaire pour taxer les notes d'honoraires des médecins. Le Dr A. devra donc s'inspirer dans son cas très particulier du service rendu, des tarifs locaux et de la condition sociale de ses clients, pour savoir s'il doit en appeler de la décision du juge de paix.

Le Dr M. demande si une Compagnie d'assurances est en droit d'exiger du médecin traitant

qu'il force un blessé à se faire *panser au cabinet et non à domicile.*

Le Conseil répond par la négative, car la Compagnie a, à son service, des médecins contrôleurs qu'elle n'a qu'à mettre en mouvement, selon les termes de l'article 4, paragraphe 5, de la loi du 31 mars 1905.

Le médecin traitant ne doit que donner des soins et non pas exercer un contrôle ou une surveillance.

Le Dr M. voudrait intenter un procès à une Compagnie *pour brusque renvoi injustifié.*

Par une consultation écrite, notre avocat-conseil a nettement déclaré que le résultat d'un tel procès serait très aléatoire, étant donnée l'absence de tout contrat écrit.

Le Conseil estime, en conséquence, qu'il n'y a pas lieu, pour ce cas, de déroger aux termes de l'art. 7, paragraphe 3, du Règlement intérieur.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

École de Psychologie, 49, rue Saint-André des-Arts, 49 (au siège de l'Institut psycho-physiologique).

Programme des Cours et des Conférences de l'École de Psychologie, pour l'année 1912 (12e année) 49, rue Saint-André-des-Arts.

La neuvième séance de réouverture des cours aura lieu le lundi 8 janvier, à 5 heures, sous la présidence de M. Yves Delage, professeur à la Sorbonne membre de l'institut.

Ordre du jour : 1° Dr Paul Farez : l'école de Psychologie ; 2° Allocution de M. le Dr Bérillon : Essai de psycho-pathologie générale : Les maladies de l'instinct (avec projections) ; 3° Allocution de M. Yves Delage.

Cours de 1912 (12e *année*). (Les cours et les conférences de l'École de Psychologie sont publics)

Psychothérapie. —Hypnotisme thérapeutique. — Dr Bérillon, professeur. Objet du cours : 1° Les maladies de l'instinct. — Psychothérapie des états anxieux. 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : Les applications pédagogiques de la suggestion. Les jeudis à cinq heures, à partir du lundi 8 janvier.

Psychologie pathologique. — Dr Farez, professeur. Objet du cours : Les psychoses de la soif. Les samedis à cinq heures, à partir du samedi 13 janvier.

Psychologie des sensations. — Dr Iribarne, professeur. Objet du cours : La psychologie de l'audition. Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 13 janvier.

Pédagogie des enfants anormaux.— M. G. Quinque, professeur. Objet du cours : Les méthodes pédagogiques applicables aux arriérés. Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 9 janvier.

— **Laboratoire d'hygiène** (Faculté de médecine. Professeur : M. Chantemesse). — Enseignement de la technique bactériologique appliquée à l'hygiène. — Sous la direction de M. Macaigne, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie (fondation Lemonnier), une série de vingt séances de travaux pratiques sera faite au laboratoire d'hygiène, à partir du lundi 29 janvier 1912, à trois heures.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours sauf le dimanche, de deux à cinq heures.

Programme des travaux. — 1° Technique générale. Stérilisation ; milieux de culture ; coloration ; isolement, etc.

2° Analyses bactériologiques de l'air et des poussières, de l'eau, du sol et des produits pathologiques (matières fécales, crachats, sang, etc.)

3° Diagnostic des principales espèces pathogènes : tuberculose, diphtérie, coli-bacille, dysenterie, fièvre typhoïde, choléra, charbon, tétanos, peste, champignons, intoxications alimentaires.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers et les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

— **L'hygiène à l'école.** — MM. les docteurs Laurand, Rafinesque et Raymond, et par M. Pizon, maire-adjoint, du XVIe arrondissement de Paris, pour lutter contre la saleté de la chevelure des élèves, font distribuer aux écoliers, et notamment à ceux qui ont des poux ou des lentes, la note suivante :

« La présence des poux et de leurs œufs dans la chevelure des enfants constitue une affection contagieuse, malpropre, toujours malsaine et parfois dangereuse.

« Elle est répugnante et cause aux enfants bien tenus, qu'elle risque de contagionner, une répulsion légitime et justifiée. Elle entraîne fréquemment des lésions du cuir chevelu (eczéma, gourme, ulcérations, engorgement des glandes, abcès...). Elle peut causer par ses complications des infections profondes et même amener des maladies graves. Elle engendre en tout cas, à la longue, des troubles de la santé générale, contrairement au préjugé absurde qui en fait une cause de santé.

« La destruction des parasites et de leurs œufs est donc indispensable ; elle est facile. Elle est une obligation pour les parents conscients de leurs devoirs vis-à-vis de leurs enfants.

« Les élèves, chez lesquels cette mesure de propreté ne serait pas observée, ne pourraient être conservés à l'école.

« Pour détruire les poux, il suffit d'imbiber abondamment les cheveux avec un mélange par parties égales d'huile d'olive et de pétrole ordinaire (non pas d'essence) ; puis, le lendemain, faire un savonnage de la tête avec le savon noir. Les œufs ou lentes qui restent adhérents à la chevelure seront alors enlevés en peignant soigneusement les cheveux à plusieurs reprises avec un peigne fin largement et fréquemment trempé dans du vinaigre ordinaire chaud. Il sera utile ensuite, tous les huit jours, de savonner la tête des enfants, puis de lotionner les cheveux avec de l'alcool camphré.

« Naturellement tous les enfants d'une même famille devront être débarrassés en même temps de leurs parasites ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1911

Cette table contient sept parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Sociétés et Groupements scientifiques et d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — V. Jurisprudence médicale. — VI. Accidents du travail. — VII. Petite correspondance hebdomadaire.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E



F

G

H

I

R

S

T

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

C

D

E

F

H

I

L

M

N

O

P

R

S

III

Sociétés et Groupements scientifiques et d'Intérêt Professionnel

IV

TABLE des AUTEURS

d'Articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1911)

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

V
Jurisprudence médicale

VI

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Table analytique par ordre alphabétique

VII

Petite Correspondance hebdomadaire

Nota : *Les chiffres indiqués sont ceux des pages d'annonces.*

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX Frères et THIRON